Capítulo 7

Menores, psicopatología y riesgo social: un estudio

Laila Mohamed-Mohand.
E-mail: lafu@ugr.es
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad de Granada

Ramón Arce Fernández.
Departamento de Psicologia Social, Básica y Metodología.
Universidad de Santiago de Compostela.

Mercedes Novo Pérez.
Departamento de Psicologia Social, Básica y Metodología.
Universidad de Santiago de Compostela.

1. Introducción

La aparición y desarrollo de las conductas antisociales es una variable que debe ser valorada a la hora de evaluar la carrera delictiva de los menor desde la infancia a la adolescencia, solo así, se podrá obtener un ajustado pronóstico de cara a la prevención, por ser éstas posibles predictores de futuras conductas delictivas (Farrington y West, 1990; Hoeve, Blokland, Dubas, Loeber, Gerris, Van der Lann, 2008; Redondo y Pueyo, 2007). En la misma línea, Loevinger (1976) señala diversos modelos evolutivos que describen la progresión de distintos patrones de conductas en etapas. Autores como Arce y Fariña 2007, señalan que la conducta delictiva sigue un proceso de evolución lineal, en el que confluyen diversos factores de riesgo a nivel biológico, psicológico y sociocomunitario que va persistiendo y empeorando con el tiempo.

Farrington (2005) señala entre otros, los siguientes indicadores del comportamiento antisocial en la infancia y la adolescencia: trastornos de conducta, impulsividad, robo, vandalismo, resistencia a la autoridad, agresiones físicas y/o psicológicas, maltrato entre iguales, huída de casa, ausentismo escolar y crueldad hacia los animales.

Partiendo de este planteamiento, existen un gran números de autores que han postulado la predictibilidad de comportamiento antisocial adulto en base a la existencia de ciertos indicadores durante la infancia y la adolescencia (Caspi, 2000; Farrington, 2003; Loeber, Green y Lahey, 2003).

La literatura recoge la existencia de numerosos estudios en los se intenta observar la relación existente entre la delincuencia y los trastornos psicopatológicos (Luberto, Zavatti y Gualandri, 1997), cierto es que los resultados no permiten extraer conclusiones definitivas, ya que se han realizado con delincuentes juzgados y condenados. Ciertamente, la gran mayoría de personas con alguna alteración psicopatológica no comete delitos o su comportamiento no es violento, pero la probabilidad de que esta circunstancia se produzca es mayor entre las personas con problemas de salud mental que entre aquellos que no los tienen (Silver, Felson y Vaneseltine, 2008).

Todas estas investigaciones han provocado la aparición de multitud de teorías que intentan señalar los factores que provocan la aparición del comportamiento antisocial y su posterior desarrollo. Algunas se centran en el análisis de las diferencias individuales como problemas de aprendizaje, conciencia, impulsividad e inteligencia; mientras que otras destacan variables externas al individuo como contexto social, contexto familiar, exposición a la violencia y oportunidades para delinquir (Andreu, Peña y Larroy, 2010; Timmerman y Emmelkamp, 2005).

Los resultados de investigación han evidenciado una mayor fragilidad en salud mental y adaptación social, con presencia de comportamientos de abandono escolar, conductas violentas a nivel de relaciones interpersonales (Florenzano, 2002; Garrido, 2006; Garrido, Stangeland y Redondo, 1999), amenazando la convivencia social y reduciendo las posibilidades de ajuste psicológico y social en el futuro,

siendo un predictor de delincuencia adulta la aparición de conductas antisociales antes de los 15 años (Garrido, Stangeland y Redondo, 1999, Rutter y Giller, 1985; Rodríguez y Paíno, 1994; Garrido, 2006; Mohamed-Mohand, 2008).

En esta línea, se sitúan estudios recientes que señalan que la principal preocupación de la sociedad en relaciona a los jóvenes, son la delincuencia y la violencia (Sánchez- Teruel, 2011; Sánchez- Teruel, Cobos y Peñaherrera, 2011).

2. Método

2.1. Participantes

En este estudio participaron un total de 117 menores con un rango de edad que oscilaba entre los 14 y los 17 años (M=15,61; Sx=1,15), siendo 55, el 47%, varones y 62, el 53% mujeres. De éstos, 51, el 43,6%, habían sido catalogados como menores de un contexto del alto riesgo de desviación social (26 de Educación Primaria y 25 de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO)) y 66, el 56,4%, de bajo riesgo (35 de Educación Primaria y 31 de la ESO). Del total de menores evaluados se descartaron todos aquellos que habían superado los 17 años o que habían sido objeto de alguna intervención social sistemática porque contaminarían los resultados.

2.2. Diseño

La metodología de investigación empleada fue del tipo cuasi-experimental y en un ambiente natural. En concreto, se planificó un diseño factorial completo 2X2 (riesgo social X evolución natural), ambos con dos niveles, alto vs. bajo en riesgo social, y medida 1 vs. medida 2 en la evolución natural, sobre el conjunto de variables que predicen el comportamiento desviado. Los niveles del factor riesgo social, alto vs. bajo riesgo, fueron determinados por la Administración; específicamente, por la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, con base en los registros que ellos mismos manejan sobre el grado de violencia, falta de integración social, fracaso en todos

los ámbitos que están observando en un centro de Primaria, centros "A1", y en un centro de la ESO, centro "A2", frente a una situación de normalidad en un centro de Primaria, centro "B1", y en un centro de la ESO, centro "B2". El segundo factor, la evolución natural, tenía por objeto evaluar la progresión de los menores en una edad sin responsabilidad penal (Medida 1) a una edad con responsabilidad penal (Medida 2) en las variables críticas para la explicación del comportamiento antisocial y desviado.

2.3. Instrumentos de medida

Como medida de la variable psicopatología, se han utilizado el siguiente instrumento psicométrico así como el procedimiento que señalamos a continuación:

Lista de Comprobación de Síntomas 90-R/SCL-90-R (Derogatis, 1977, 2002).

Para la medida de la psicopatología recurrimos al SCL-90-R, Lista de Comprobación de Síntomas - 90-R (Symptom Check List - 90 - R) de Derogatis (1977, 2002). El SCL-90-R fue desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en el individuo, y consta de 90 ítem (existe una versión reducida de 52) en los que el sujeto informa de sus síntomas psicológicos, psiquiátricos y somáticos. La escala de respuestas es de cinco puntos: "nada" (0), "un poco" (1), "moderadamente" (2), "bastante" (3) y "muchísimo" (4). Este instrumento evalúa 9 dimensiones primarias y 3 índices globales de malestar.

a) Dimensiones primarias:

I. Somatización. Esta dimensión, compuesta por 12 ítem, evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionado con diferentes disfunciones corporales (p.e., cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

II. Obsesivo-compulsivo. Esta subescala engloba síntomas que están claramente identificados con el síndrome clínico del mismo nombre. En concreto, se focaliza en pensamientos, impulsos y acciones que son experimentados como imposibles de evitar o no deseados.

III. Susceptibilidad interpersonal. Los nueve síntomas de esta dimensión detectan la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación sobre todo cuando la persona se compara con los otros, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

IV. Depresión. La depresión se mide a través de 13 ítems que recogen signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía, sentimientos de desesperanza, ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.

V. Ansiedad. Los diez ítems de esta escala son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto en la generalizada como aguda (pánico), tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. Además, también mide signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicosomáticas.

VI. Hostilidad. Los seis ítems de esta dimensión aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

VII. Ansiedad fóbica. Los siete ítems de la ansiedad fóbica aluden a una respuesta persistente de miedo a personas concretas, lugares, objetos y situaciones que es, en sí misma, irracional y desproporcionada en cuanto al estímulo que la provoca.

VIII. Ideación paranoide. La sintomatología paranoide se aprecia mediante seis ítems que evalúan comportamientos paranoides fundamentalmente en cuanto a desórdenes del pensamiento, incluyendo características propias del pensamiento proyectivo tales como suspicacia, centralismo auto-referencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

IX. Psicoticismo. Los diez síntomas que evalúan la dimensión psicótica están referidos a estados de soledad, estilo de vida

esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

Además, el SCL-90-R contiene siete ítems que no se incorporan a ninguna de las nueve dimensiones, pero que tienen cierta relevancia clínica. Éstos son: poco apetito (19), problemas para dormir (44), pensamientos acerca de la muerte o morirse (59), comer en exceso (60), despertarse muy temprano (64), sueño intranquilo (66), y sentimientos de culpa (89).

b) Índices globales de malestar:

Índice de Gravedad o Severidad Global (GSI). Este índice es buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar. La fórmula de cómputo es:

$$GSI = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{\text{Número total de ítem}}$$

I. Total de Síntomas Positivos (PST). El PST es el resultado de contabilizar el número de total de ítem que tienen una respuesta positiva (esto es, mayor a cero).

II. Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI). El PSDI evalúa si la persona tiende a exagerar o minimizar los malestares que lo aquejan, obteniéndose de la siguiente fórmula:

$$PSDI = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{PST}$$

La escala fue sometida a un análisis de la fiabilidad por Derogatis (1983), mediante el coeficiente *alpha de Cronbach* (n=219) y el procedimiento *Test-Retest* (n=94) con los resultados que pueden consultarse en la Tabla 1 y que avalan la consistencia interna de la escala.

Tabla 1. Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra psiquiátrica norteamericana (Derogatis, 1983).

Variable	Test-Retest	Alpha de Cronbach
Somatización	,86	,86
Obsesivo-Compulsivo	,85	,86
Susceptibilidad Interpersonal	,83	,86
Depresión	,82	,90
Ansiedad	,80	,85
Hostilidad	,78	,84
Ansiedad Fóbica	,90	,82
Ideación Paranoide	,86	,80
Psicoticismo	,84	,77

Nota: Intervalo de 1 semana entre el test y el retest.

La adaptación española llevada a cabo por TEA (Derogatis, 2002) mostró también buenos índices de consistencia como se puede observar en la Tabla 2.

Tabla 2. Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra psiquiátrica española (Derogatis, 2002).

Variable	Test-Retest	Alpha de Cronbach
Somatización	,81	,87
Obsesivo-Compulsivo	,87	,88
Susceptibilidad Interpersonal	,81	,86
Depresión	,87	,89
Ansiedad	,88	,90
Hostilidad	,85	,86
Ansiedad Fóbica	,83	,86
Ideación Paranoide	,81	,81
Psicoticismo	,86	,87

Derogatis (1977) comprobó la validez convergente en relación con las Escalas del MMPI y MHQ, así como la validez de constructo,

obteniendo la misma estructura factorial que había sido hipotetizada (véase Derogatis, 1977, pp. 17-26). La versión castellana arrojó una estructura factorial similar a la original (Derogatis, 2002). Con los datos de nuestra muestra obtuvimos un **a** para el total de la escala de ,95.

Medida de los grupos de riesgo social y evolución natural.

Los grupos de riesgo social fueron definidos por la Administración; en concreto, por la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. El riesgo social fue definido por los problemas detectados por la Administración de violencia, exclusión social, fracaso escolar, y comportamientos disruptivos entre los menores que acudían a esos centros. Así, categorizaron los centros "A1" y "A2" como de alto riesgo, y los Centros "B1" y "B2" de bajo riesgo. Si bien las categorías de riesgo vinieron definidas por un agente externo, proveniente de los registros de técnicos de la Administración, en función de datos reales de que disponían sobre los comportamientos de los menores socializados en estos ambientes, el uso de la evolución natural como un factor explicativo longitudinal se deriva tanto en términos de socialización antisocial, a través de los conceptos de aprendizaje para delinquir, carrera delictiva, escala delictiva o especialización delictiva y el paradigma de vulnerabilidad (i.e., Werner, 1986; Zubin, 1989), como prosocial a través de la adquisición gradual de competencia social (p.e., D'Zurilla, 1986; Peterson y Leigh, 1990; Wallston, 1992).

El otro factor de agrupamiento, la evolución natural, vino definido, por la edad de los menores, la Medida 1 sin responsabilidad penal (10 a 14 años[1]) y la Medida 2 con responsabilidad penal (14 a 18 años). Por evolución natural se entiende que los menores no fueron

1 La Ley 5/2000 establece, en la exposición de motivos (motivo número 4), que la responsabilidad penal se inicia a los 14 años por lo que los menores en este nivel fueron evaluados con edades desde los 10 a los 14 años, sin que ninguno de ellos tuviera esta última edad en la Medida 1. Por su parte, en la Medida 2 todos contaban, al menos, con 14 años y ninguno tenía los 18 porque ya alcanzarían la mayoría de edad (art. 19 del Código Penal de 1995).

objeto de intervención social, comunitaria o escolar sistemática con el objetivo de potenciar la protección contra la desviación social o de dotación de competencia social.

2.4. Procedimiento

Las evaluaciones se llevaron a cabo en pases colectivos en los respectivos colegios e Institutos. Para la recogida de datos contamos con la autorización de la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla así como los Equipos Directivos de los respectivos centros.

3. Resultados

Psicopatología

Realizado un MANOVA 2 (riesgo social: alto vs. bajo) X 2 (evolución natural: en edad sin responsabilidad penal vs. en edad con responsabilidad penal), no mostró diferencias en la salud mental mediadas por el factor riesgo social, $F_{multivariada}$ (9,107)= 0,88; ns; eta^2= ,069; 1-ß= ,414, pero sí por el factor evolución natural, $F_{multivariada}$ (9,107)= 3,26; p<,01; eta^2= ,215; 1-ß= ,975, y por la interacción de ambos, $F_{multivariada}$ (9,107)= 2,29; p<,05; eta^2= ,161; 1-ß= ,885. En resumen, el factor evolución natural explica el perfil patológico de los menores, dando cuenta del 21,5% de la varianza. Además, la interacción entre los factores riesgo social y evolución natural explica el 16,1% de la varianza.

Los efectos univariados, disponibles en la Tabla 3, mostraron diferencias significativas del factor evolución natural en las variables clínicas obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Específicamente, la salud mental de los menores mejora por simple evolución natural tal y como se desprende de la mejora significativa en la segunda medida en obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Así, los menores presentan la siguiente secuencia de evolución hacia la salubridad mental que se caracteriza por un control: a) de los pensamientos, impulsos y acciones que son experimentados como imposibles de evitar o no deseados; b) la motivación, la energía vital, el interés por la vida, merma de

los sentimientos de desamparo y de los pensamientos suicidas; c) del nerviosismo, tensión, temblores, aprehensión, sentimientos de terror o ataques de pánico; d) del miedo a una persona, lugar, objeto o situación que se significa por ser irracional y desproporcionada al estímulo, y que conlleva a conductas de evitación o escape; e) de los pensamientos proyectivos, hostilidad, egocentrismo, grandiosidad, desconfianza, miedo a la pérdida de la autonomía e ilusiones; y f) del aislamiento, el estilo de vida esquizoide, la retirada, alucinaciones o desórdenes de pensamiento.

Tabla 3. Efectos univariados en la patología para el factor evolución natural. Efectos intra-sujetos.

Variable	MC	F	p	eta²	1-ß	M_1	M_2
Somatización	0,26	1,85	,177	,016	,270	0,57	0,50
Obsesivo-Compulsivo	2,89	12,02	,001	,095	,930	0,97	0,74
Susceptibilidad Interpersonal	0,82	3,29	,072	,028	,436	,70	0,58
Depresión	2,34	12.56	,001	,098	,940	,71	,50
Ansiedad	0,80	5.68	,019	,047	,656	,60	,48
Hostilidad	0,80	2,74	,101	,023	,375	,55	,43
Ansiedad Fóbica	2.69	16,71	,000	,127	,982	,53	,30
Ideación Paranoide	3.41	13,78	,000	,107	,957	,75	,50
Psicoticismo	2.35	12,23	,001	,096	,934	,64	,43

Nota: G.L. (1,115); M_1= media de la medida en edad sin responsabilidad penal; M_2= media de la medida en edad con responsabilidad penal.

4. Discusión

La no verificación de diferencias en la salud mental entre menores de riesgo y de no riesgo es de interés por varias razones. Primera, la salud mental no media en general en comportamiento antisocial y delictivo, es decir, la biología no es, en general, un concomitante del riesgo de desviación .Segunda, la observación de daño en la salud

mental en los menores de reforma (Fariña, Arce y Vázquez, 2006) ha de interpretarse más como una secuela del tratamiento jurídico penal que como una realidad clínica, es decir, los daños en la salud mental han de entenderse en línea con el *síndrome funcional de separación* (v. gr., depresión, susceptibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, somatización, obsesión-compulsión), y no como patología que explique el comportamiento delictivo.

Por ende, en nuestros resultados observamos que la salubridad mental de los menores sigue la siguiente secuencia de evolución identificándose un control de los pensamientos no deseados, impulsos y acciones que son imposibles de evitar. Así mismo, aumenta la motivación, la energía vital, el interés por la vida, disminuyendo los sentimientos de desamparo y de los pensamientos suicidas. Este control, repercute positivamente a su vez en un mayor dominio por parte del menor de los sentimientos de terror o ataques de pánico, el miedo irracional a personas, lugares, objetos o situaciones. En suma, en la adolescencia (>14 años) se registran mejores niveles de salud mental por lo que ésta no se puede sostener que es un facilitador del comportamiento antisocial y delictivo registrado en edades con responsabilidad penal.

Referencias bibliográficas

Andreu, J. M.; Peña, M. E.; Larroy, C. (2010). Conducta antisocial, impulsividad y creencias justificativas: análisis de sus interrelaciones con la agresión proactiva y reactiva en adolescentes. *Behavioral Psychology*, 18 (2010) 57-72.

Andrew, S. D., y Bonta, J. (2006). *The Psychology of criminal Conduct* (6 ª Ed.). Cincinati (EEUU): Anderson Publishing Co

Arce, R., y Fariña, F. (2007a). Teorías de riesgo de la delincuencia. Una propuesta integradora. En F. J. Rodríguez y C. Becedóniz (Coords.), *El menor infractor. Posicionamientos y realidades* (pp. 37-46). Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

Caspi, A. (2000). The chilsd is father of the man. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 158-172.

D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions*. Nueva York: Springer Verlag.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual II for the revised version of the SCL-90.* Baltimore: John Hopkins University Press.

Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual*. Madrid: TEA.

Derogatis. L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual II for the revised version of the SCL-90.* Baltimore: John Hopkins University Press. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Fariña, F., Arce, R., y Vázquez, Mª. J. (2006). *Estudio de la psicopatología en menores infractores*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado el 6 de junio de 2012 de http://www.psiquiatria.com

Farrington D P, West D. (1990).The Cambridge study in delinquent develpment a long-term follow-up of 411 London males. En: H J Kerner, G Kaise. Editors. *Criminality: personality, behaviour and life history*. Berlin: Springer Verlag.

Farrington, D. (2005). Childhood originsof antisocial behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 177-190.

Farrington, D. P. (2003). Advancing knowledge about the early prevention of adult antisocial behaviour. En D. P. Farrington y J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of antisocial behaviour* (pp. 1-31). Cambridge: Cambridge University Press.

Farrington, D.P. (1996). Psychosocial influences on the development of antisocial personality. En G. Davies, S. Lloyd-Bostock, M. McMurran y C. Wilson (Eds), *Psychology, law and criminal justice: International development in research and* **practice**, (pp. 424-444). Berlín: Walter de Gruyter.

Florenzano, R. (2002). *El adolescente y sus conductas de riesgo.* Santiago de Chile:

Garrido, V. (2006). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador.* Barcelona: Ariel

Garrido, V., Stangenland, P., y Redondo, S. (1999). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Hoeve, M., Blokland, A., Dubas, J. S., Loeber, R., Gerris, J. R. M., & Van der Laan, P. H. (2008). Trajectories of delinquency and parenting styles. Journal of Abnormal Child Psychology, 36(2), 223-235.

Loeber, R., Green, S., y Lahey, B. (2003). Risk factors for adult personality. En D. P. Farrington y J. W. Coid (Eds.), *Early prevention of antisocial behaviour* (pp. 79-108). Cambridge: Cambridge University Press.

Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Luberto, S., Zavatti, P. y Gualandri, G. (1997). Mental illness and criminality: a study of a sample of psychiatric out-patients. En S. Redondo Illescas, V. Garrido Genovés, J. Pérez Sánchez y R. Barberet (Eds.). *Advances in Psychology and Law* (pp. 301-310). Berlín:Walter de Gruyter.

Mohamed-Mohand, L. (2008). *Estudio de campo del comportamiento inadaptado en menores: riesgo social y evolución natural.* Tesis doctoral no publicada: Universidad de Granada.

Peterson, G. W., y Leigh, G. K. (1990). The family and social competence in adolescence. In Gullotta, T. P., Adams, G. R., and Montemayor, R. (eds.), *Developing Social Competency in Adolescence.* Sage, Newbury Park, CA, pp. 97–138.

Redondo S, Pueyo A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo 28(3):147-156.*

Rodríguez, F.J. y Paíno, S. (1994). Violencia y desviación social: Bases y análisis para la intervención. *Psicothema, 6 (2)*: 229-244.

Rutter, M. y Giller, H. (1985). *Delincuencia juvenil*. Madrid: Martínez Roca

Sánchez-Teruel, D. (2011). *Intervención y atención a las agresiones a menores y mujeres.* Madrid. CEP.

Sánchez-Teruel, D., Cobo, E.F., Peñaherrera, M. (2011). Violencia sexual entre compañeros y en parejas adolescentes. En Mª L. Sanchiz, M. Martí e I. Cremades (2011) (Edit). *Orientación e intervención educativa: retos para los orientadores del siglo XXI* (pp. 729-738). Valencia. Márgenes

Silver, E.; Felson, R.B. y Vaneseltine, M. (2008). The relationship between mental health problems and violence among criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 405-427.

Timmerman, I. y Emmelkamp, P. (2005). An Integrated Cognitive-Behavioural Approach to the Aetiology and Treatment of Violence. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 167–176.

Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 183-199.

Werner, E. E. (1986). The concept of risk from a developmental perspective. *Advances in Special Education, 5*, 1-23.

Zubin, J. (1989). Suiting therapeutic intervention to the scientific models of aetiology. *British Journal of Psychiatry, 115*, 9-14.