

# **Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta Disocial.**

Jordi Sasot Llevadot

Unitat de Paidopsiquiatria.  
Centro Médico Teknon  
Barcelona

## **RESUMEN:**

En el presente artículo se actualizan los conceptos diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante y del Trastorno Disocial siguiendo los criterios de clasificación de la Academia Americana de Psiquiatría y se describen los aspectos básicos de su tratamiento.

## **ABSTRACT:**

In this paper the concepts diagnoses Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder are updated following the classification criteria of the American Academy of Psychiatry and the basics of treatment are described.

## **INTRODUCCIÓN**

En la práctica educativa de los padres con sus hijos, una de las dificultades más frecuentes es la desobediencia, junto en algunos casos con la provocación.

Una de las causas más frecuentes de estos comportamientos es la falta de un método adecuado en el manejo del niño o del adolescente por parte de sus padres o educadores.

Ante una educación sobreprotectora y en la que no interviene la educación de la capacidad de frustración surgen niños y adolescentes que no respetan las normas ni la propia autoridad de los padres.

Ahora bien, ¿podemos concluir que todos los trastornos del comportamiento son consecuencia de una mala educación?, evidentemente no, existen variables biológicas, desde dismaturativas hasta lesivas, que condicionan la respuesta educativa de un niño o adolescente.

Estos trastornos de comportamiento en los que hay implícitas causas, conocidas o no, de origen biológico, son los que denominamos trastornos del comportamiento perturbador y que, según los criterios del manual diagnóstico DSM-5, de reciente aparición, se encuentran dentro de la categoría diagnóstica de los Trastornos Disruptivos, de Conducta y del Control de los Impulsos.

El manual diagnóstico DSM-5, incluye en esta categoría diagnóstica los dos siguientes tipos:

1. El Trastorno de Conducta Negativista Desafiante.
2. El Trastorno de Conducta Disocial.

Cabe destacar que la nomenclatura de la categoría que los incluye ha sufrido cambios respecto a la anterior versión de dicho manual diagnóstico, el DSM-IV-TR. Por lo que, en esta nueva edición, la categoría que anteriormente los incluía (llamada: Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador) ha sido dividida en dos, diferenciando claramente entre aquellos trastornos asociados a la falta de atención (actualmente en DSM-5 como: Trastornos del desarrollo neurológico) y aquellos asociados al comportamiento perturbador (actualmente en DSM-5 como: Trastornos Disruptivos, de Conducta y del Control de los Impulsos).

Además, el DSM-5 añade otros trastornos dentro de esta categoría, como el trastorno explosivo intermitente, piromanía o cleptomanía (incluidos en DSM-IV-TR dentro de la categoría diagnóstica: Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados). Estas variaciones, incluidas en el DSM-5, pueden observarse en la tabla 1, donde se hace una comparativa con el DSM-IV-TR.

### **TRASTORNO DE CONDUCTA NEGATIVISTA DESAFIANTE**

Según los criterios DSM-5 la característica fundamental del Trastorno Negativista Desafiante es la presencia de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses.

Asimismo, durante este periodo es frecuente la aparición de cuatro o más de los siguientes síntomas:

- presentar accesos de cólera (pataletas).
- discutir con frecuencia con los adultos.
- desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas con los adultos.

- llevar a cabo actos deliberados que molestan a otras personas.
- acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento
- sentirse fácilmente molestado por otros.
- ser colérico y resentido.
- ser rencoroso o vengativo.

Estos comportamientos han de aparecer con mayor frecuencia de lo que correspondería por su edad y nivel de desarrollo y deben causar un déficit significativo en el funcionamiento social y académico.

En los casos en los que el trastorno aparezca exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o del estado de ánimo (depresión), o disocial o antisocial de la personalidad (en un adolescente mayor de 18 años) no se establece el diagnóstico.

En consecuencia, el Trastorno Negativista Desafiante normalmente se diagnostica en la niñez y casi siempre antes de la adolescencia.

En el DSM-5, el Trastorno Negativista Desafiante forma parte de los Trastornos Disruptivos, de Conducta y del Control de los Impulsos, en el que, además y entre otros, se encuentra el Trastorno Disocial.

Por otro lado, en la CIE-10, a este trastorno se le denomina Trastorno Disocial Desafiante Oposicionista.

En este sistema de clasificación se afirma que el Trastorno Disocial Desafiante Oposicionista viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violan la ley y los derechos de los demás.

A nivel clínico se utiliza más la clasificación DSM, que diferencia con mayor exactitud el Trastorno de Conducta Negativista Desafiante del Trastorno de Conducta Disocial, de mayor gravedad.

#### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: epidemiología**

La prevalencia del TND se sitúa, dependiendo del rigor de la muestra estudiada, entre el 2% y el 16% de la población.

La prevalencia durante la infancia es de un 3-4%, siendo más frecuente entre los niños que entre las niñas (4-5% frente al 2-3%, respectivamente). La prevalencia presenta un pico a la edad aproximada de los 8-10 años, tanto en niños como en niñas.

En la adolescencia también es mayor en varones: 2-4% frente al 1-2%, respectivamente, presentando un índice global del 1 – 3% ..

### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: etiología**

La causa del TND es multifactorial. La probabilidad aumenta en presencia de diversos factores de riesgo, entre los que destacan:

- Herencia (heredabilidad cercana al 50% con un patrón multigénico).
- Género masculino
- Bajo cociente intelectual.
- Complicaciones perinatales ( prematuridad y consumo de tabaco en el embarazo)
  - Lactantes con temperamento difícil (inconsolables)
  - Agresividad física.
  - Respuestas emocionales desproporcionadas.
  - Conflictos familiares y sociolaborales.
  - Enfermedad mental de alguno de los padres.

Estos niños presentan alteraciones cerebrales fundamentalmente en el córtex prefrontal y en el funcionamiento de diversos neurotransmisores cerebrales, fundamentalmente de la serotonina la noradrenalina y la dopamina.

### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: comorbilidad**

La comorbilidad dentro del anterior grupo diagnóstico de los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, es un tema muy estudiado.

El Trastorno de Conducta Negativista Desafiante está muy vinculado al TDAH, los estudios más actuales nos indican que aproximadamente la mitad (40-60 %) de los niños TDAH presentaran a lo largo de su vida un Trastorno Negativista Desafiante, dicho de forma contraria, el TDAH es común en niños con Trastorno Negativista Desafiante.

Este grupo comórbido (TND y TDAH) es también el que presenta mayor riesgo de desarrollar un Trastorno Disocial (TD), sin descartar que el propio TND puede desarrollar por si mismo y a partir de la propia infancia un TD.

No olvidemos tampoco que los niños o adolescentes con TD casi siempre han presentado un diagnóstico previo de TND.

Asimismo, es importante destacar que aproximadamente el 40% de los niños con TND presentará un TD, fundamentalmente aquellos de inicio precoz.

Finalmente tengamos presente que un subgrupo de los pacientes con TD presentará en la vida adulta un Trastorno Antisocial de la Personalidad.

### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: diagnóstico**

El diagnóstico debe ser multidisciplinar, y en él, el psiquiatra infantil y adolescente debe ser el eje alrededor del cual se agrupen los demás especialistas, fundamentalmente el psicólogo clínico.

El diagnóstico requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar la demanda es fundamental. Es vital la práctica inicial de un correcto diagnóstico diferencial con un trastorno funcional del comportamiento.

Debe también de realizarse una anamnesis cuidadosa, valorando la salud mental de la familia y (fundamentalmente la de ambos padres) y los antecedentes personales acompañado de cuestionarios y adecuadas entrevistas con padres y maestros, (no olvidemos tampoco la salud mental del maestro), destacamos a este nivel el cuestionario CBC de Achenbach.

Entre las entrevistas pueden mencionarse: la NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Versión IV (NIMH DISC-IV) de Shaffer, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, la Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) de Angold y Costello y finalmente la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) de Wendy (versión española traducida y adoptada por L. Ezepeleta).

A nivel clínico debe realizarse una entrevista personal con el niño o el adolescente, valorando el control del impulso, la hiperactividad, la autoestima, las conductas negativistas y desafiantes y las posibles conductas disociales.

Los estudios genéticos, de neuroimagen y neurofuncionales, no tienen aún relevancia patognomónica, si bien en un futuro cercano serán imprescindibles. A este nivel puede en algunos casos ser aconsejable realizar un estudio de neuroimagen y neurofisiológico para descartar patología cerebral, fundamentalmente a nivel de córtex prefrontal.

A nivel psicométrico es necesario la práctica de exploraciones psicotécnicas específicas que evalúen fundamentalmente los niveles cognitivos, la personalidad y el control del impulso, a nivel emocional y cognitivo. Es decir debe de realizarse un estudio psicodiagnóstico completo que evalúe la clínica y la presencia de comorbilidad.

El diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante es fundamentalmente clínico, debiendo abarcar los siguientes apartados: Anamnesis, antecedentes personales y familiares, exploración física, neurológica, neuropsicológica y de la personalidad, psiquiátrica y la práctica de exploraciones complementarias.

En la Tabla 2 se describen los criterios para el diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante según el manual DSM-5.

En el manual diagnóstico DSM-5, se han realizado varios cambios respecto a los criterios diagnósticos encontrados en el DSM-IV-TR para el Trastorno Negativista Desafiante, entre los que podemos resumir los siguientes:

- El criterio A se han redefinido los 8 síntomas que se encontraban en el DSM-IV-TR, clasificándolos en 3 apartados: Estado de ánimo enojado e irritable (incluye los síntomas 1, 6 y 7 anteriormente citados en el DSM-IV-TR); comportamiento desafiante y discutiador (incluye los síntomas 2, 3, 4 y 5 anteriormente citados en el DSM-IV-TR) y venganza (incluye el síntoma 8 anteriormente citado en el DSM-IV-TR).
- El criterio A, especifica que los síntomas se observan en la interacción con por lo menos una persona diferente a un hermano. Dicho matiz no aparecía en la anterior versión, DSM-IV-TR.
- El síntoma 8, añade que debe ocurrir dos veces en los últimos seis meses.
- La nota incluida en el criterio A referente a la frecuencia ha sido modificada. De esta forma, el cambio fundamental radica en que, para niños menores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir la mayoría de los días, en un periodo de al menos seis meses; y que, en niños mayores de 5 años, debe ocurrir una vez por semana en el mismo periodo de tiempo, a excepción en ambos casos del síntoma 8 que tiene su propia frecuencia delimitada.
- El criterio C se ha modificado, indicando que: los comportamientos no aparecen en el transcurso de un trastorno psicótico, Trastorno Depresivo, Trastorno Bipolar o por uso de sustancias. Asimismo, el criterio no se cumple para el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- El criterio D, incluido en el DSM-IV-TR, se anula.
- Por último, se incluye la posibilidad de especificar la gravedad del cuadro, por lo que dependiendo del número de contextos en los que se muestre la sintomatología, podremos diferenciar entre leve, moderado o grave.

### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: tratamiento**

El planteamiento terapéutico de un niño o adolescente con Trastorno Negativista Desafiante exige una intervención multimodal, es decir: psicoeducativa (padres y maestros) psicoterapéutica (orientación cognitivo-conductual) y también en ocasiones psicofarmacológica.

#### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: aspectos psicoterapéuticos**

Hoy en día el tratamiento psicoterapéutico de este trastorno se desarrolla en dos direcciones atendiendo a las distintas partes afectadas, el niño que presenta conductas de negativismo y de desobediencia y los padres que desde un inicio tratan de enfrentarse a estos problemas del comportamiento. Es por ello que el entrenamiento de padres por un lado y las intervenciones centradas en el propio niño por otro, sean las principales iniciativas terapéuticas para resolver este trastorno. Las evidencias científicas actuales han puesto de manifiesto que el entrenamiento y formación de padres en habilidades y pautas de conducta reduce la oposición, el desafío y la agresividad de los niños y adolescentes con este trastorno al tiempo que mejora el comportamiento y la relación entre ambos padres, así como atenúa su estrés.

#### **Trastorno de Conducta Negativista Desafiante: aspectos psicofarmacológicos**

El tratamiento psicofarmacológico tiene gran interés y es de gran ayuda, al incidir sobre el funcionalismo alterado del SNC, fundamentalmente relacionado con el control del impulso.

Los fármacos más utilizados son:

- Antipsicóticos atípicos (Risperidona, Aripiprazol, Olanzapina, Quetiapina y Paliperidona).
- Antiepilépticos (Topiramato, Acido Valproico, Carbamazepina y Oxacarbamacepina)
- Psicoestimulantes (Metilfenidato)

#### **TRASTORNO DE CONDUCTA DISOCIAL**

El Trastorno de Conducta Disocial es, según el DSM-5, "un patrón de conducta repetido y persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás así como las principales normas sociales propias de la edad". El trastorno causa además un deterioro del funcionamiento a nivel social, académico y/u ocupacional clínicamente significativo.

Los niños/as diagnosticados con este trastorno:

- frecuentemente intimidan o acosan a otros.
- suelen iniciar peleas físicas.

- han usado algún arma que puede causar un daño físico a otros.
- han sido crueles físicamente con animales o con personas.
- han afrontado y robado a una víctima.
- han causado fuegos con la intención de causar un daño serio.
- frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones.
- huyen del hogar durante la noche mientras están viviendo en el hogar familiar.

La simple aparición de estas conductas no es, sin embargo, criterio suficiente para el diagnóstico, ha de existir un deterioro significativo en el ajuste del niño adolescente, y se ha de considerar el entorno en el que se dan estas conductas.

Existen ciertos ámbitos, como el carcelario, las guerras, las pandillas juveniles, etc., en los que estos patrones inadaptados de conducta social, son la respuesta "normal" y por tanto resultan admitidos e incluso valorados por el colectivo.

El afán objetivista de las clasificaciones psiquiátricas unido a la variedad de matices que pueden encontrarse en el Trastorno de Conducta, han ocasionado el establecimiento de distintas clasificaciones de éste.

Así, el DSM-5 distingue en base a criterios de edad entre:

Trastorno de Conducta Disocial de Inicio en la Infancia (F91.1): la aparición de algunos de los criterios propios del Trastorno de Conducta es anterior a los 10 años.

Trastorno de Conducta Disocial de Inicio en la Adolescencia (F91.2): la aparición de los criterios del Trastorno de Conducta es posterior a los 10 años.

Trastorno de Conducta Disocial de inicio no especificado (F91.9): se cumplen los criterios básicos; si bien, no hay información suficiente para determinar que la edad de inicio del primer síntoma fue antes o después de los 10 años.

Si bien, la utilidad de esta distinción no está clara, se sabe que existe un peor pronóstico para los trastornos de inicio temprano.

Por su parte, la CIE-10 hace una clasificación del Trastorno de Conducta según factores contextuales y de socialización, estableciendo:

**Trastorno Disocial limitado al Contexto Familiar:** en él las conductas del niño/a presentan un adecuado ajuste con las personas y situaciones externas al medio familiar, y sin embargo desajustado en lo referente a la familia. Las manifestaciones más comunes son robos en el hogar, actos destructivos y acciones violentas contra miembros de la familia.

**Trastorno Disocial en niños/as no socializados:** las conductas propias del Trastorno de Conducta se ven acompañadas por una falta de integración social efectiva, fruto de la carencia de habilidades para el establecimiento de relaciones adecuadas con los compañeros/as, de manera que el niño/a se sentirá frecuentemente aislado, rechazado, será impopular y no disfrutará de relaciones afectivas recíprocas y sinceras.

**Trastorno Disocial en niños/as socializados:** el individuo presenta un grado de integración adecuado al menos con algunos compañeros de la misma edad.

Esto no implica que para establecer este diagnóstico, el trastorno deba obligatoriamente presentarse cuando el individuo forma parte de un grupo, es independiente.

#### **Trastorno de Conducta Disocial: epidemiología**

La prevalencia del Trastorno de Conducta Disocial en la adolescencia es de un 3-9% frente a un 2% en la infancia. Respecto a las diferencias por sexos y edad, en los niños y adolescentes es del 1-2% y del 5-9 % respectivamente. En las niñas y preadolescentes es de un 0-3% frente a un 5% en las adolescentes. La prevalencia aumenta progresivamente hasta aproximadamente los 15-16 años.

Suele haber una estabilidad diagnóstica muy importante. De hecho, más de las dos terceras partes diagnósticas en la infancia permanecen en la adolescencia. Igualmente, cuanto más precoz es la presentación del trastorno mayor es el riesgo de que permanezca en la adolescencia.

#### **Trastorno de Conducta Disocial: etiología**

La causa del TD es también como ocurre con el TND multifactorial. La probabilidad aumenta en presencia de diversos factores de riesgo.

Estos niños presentan alteraciones cerebrales fundamentalmente en el córtex prefrontal y en el funcionamiento de diversos neurotransmisores cerebrales, fundamentalmente de la serotonina la noradrenalina y la dopamina.

La variable más importante, como factor de riesgo, es el género. La agresión física es más frecuente en los niños desde la primera infancia. A

nivel evolutivo desde el periodo infantil hasta la adolescencia la agresión física solo permanece en el 13% de las niñas frente al 69% de los niños.

En niños menores de dos años se han descrito como factores de riesgo, los factores genéticos, las características temperamentales, los déficits neurocognitivos, la hiperactividad y las conductas oposicionistas.

#### **Trastorno de Conducta Disocial: comorbilidad**

Hoy en día conocemos que el niño hiperactivo a los 18 meses presenta dos veces mayor probabilidad de presentar conductas agresivas entre los 18 meses y los cinco años de edad. Asimismo los más oposicionistas tienen el triple de riesgo y los que presentan comorbilidad TND-TDAH lo tienen cuatro veces mayor.

Asimismo los niños que precozmente presentan un trastorno de conducta disocial suelen presentar una alta prevalencia de agresividad física a diferencia de los de presentación tardía que no la muestran con la misma intensidad.

Las conductas de agresión física de los niños son el mejor predictor de riesgo para las conductas delincuentes violentas y no violentas en la adolescencia. En las niñas no existen predictores clínicos fiables que nos muestren como evolucionaran en la adolescencia.

El Trastorno de Conducta disocial puede presentar comorbilidades concurrentes y sucesivas. Puede presentar fundamentalmente comorbilidad sucesiva con el TND y el Trastorno Antisocial de la Personalidad y concurrente con TND, TDAH, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y de forma muy significativa con el consumo de sustancias tóxicas.

#### **Trastorno de Conducta Disocial: diagnóstico**

El diagnóstico de Trastorno de Conducta Disocial requiere una evaluación multidisciplinar que explore al paciente y su entorno, fundamentalmente la familia y la escuela.

Tal y como también decíamos con el TND, el diagnóstico requiere la capacidad de contactar con el paciente y su familia en los primeros momentos, saber escuchar con un alto grado de empatía la demanda es fundamental.

Debe también de realizarse una anamnesis cuidadosa, valorando la salud mental de la familia (fundamentalmente de ambos padres) y los antecedentes personales acompañado de cuestionarios y adecuadas entrevistas con padres y maestros.

En la actualidad existen cuestionarios clínicos que nos ofrecen una excelente información en la valoración del trastorno de conducta disocial, entre ellos podemos destacar el Cuestionario Esperí, que valora cinco variables conductuales: predisocial, disocial, oposicionismo desafiante, impulsividad y psicopatía. Se presenta en dos cuestionarios para niños de 8 a 11 años y adolescentes de 12 a 17 años.

A nivel psicométrico es también necesario la práctica de exploraciones psicotécnicas específicas que evalúen fundamentalmente los niveles cognitivos, la personalidad y el control del impulso, a nivel emocional y cognitivo. Es decir debe de realizarse un estudio psicodiagnóstico clínico completo que evalúe su estado y la presencia de comorbilidad.

En la Tabla 3 se describen los criterios para el diagnóstico del Trastorno Disocial según el manual DSM-5. La tabla 4 describe la evaluación de los Trastornos de Conducta.

En el DSM-5, el Trastorno Disocial forma parte del grupo de los Trastornos Disruptivos, de Conducta y del Control de los Impulsos, grupo en el que, además y entre otros, se encuentra también el Trastorno Negativista Desafiante. Además, se añade dentro del Trastorno Disocial, una especificación: especificar si presenta emociones prosociales limitadas.

Para asignar esta especificación, la persona debe haber presentado al menos 2 de 4 características (comentadas a continuación) persistentemente, al menos durante 12 meses en múltiples relaciones y situaciones. Las características describen el patrón habitual de funcionamiento interpersonal y emocional durante este periodo.

Las cuatro características son: falta de remordimiento o culpa, falta de empatía y preocupación, falta de preocupación por su rendimiento y afecto superficial o deficiente. Como se entenderá, para el cumplimiento de este criterio, se necesita información de diferentes contextos, por lo que, en adición a la información dada por el individuo, es preciso considerar la información aportada por otras personas del entorno cercano al individuo (p.ej., padres, profesores, compañeros de trabajo o amigos).

### **Trastorno de Conducta Disocial: tratamiento**

El tratamiento del Trastorno de Conducta Disocial requiere un planteamiento multimodal que debe de tener como objetivos el paciente, la familia y el medio socio-escolar. Las técnicas psicoterapéuticas de orientación cognitiva-conductual, el asesoramiento educativo de los padres, la intervención escolar y también en este proceso diversas medidas de protección social son junto al tratamiento psicofarmacológico las variables terapéuticas fundamentales.

Lo más habitual es que el tratamiento se lleve a cabo en consultas externas, con el niño o el adolescente viviendo con su familia. En algunos casos puede resultar imprescindible la hospitalización o el ingreso en hospital de día.

Las técnicas de modificación de conducta tienen como objetivo incrementar los comportamientos positivos y adecuados y reducir los negativos. Un apartado fundamental es el entrenamiento en la resolución de problemas y en el control de la impulsividad y de la ira. El objetivo final es el desarrollo moral del sujeto. La colaboración de los padres es imprescindible para la mejoría del paciente, mediante la coherencia con su propio comportamiento y el mantenimiento de los criterios educativos.

Además del entrenamiento de los padres en habilidades educativas es conveniente mejorar la comunicación y el posible estrés intrafamiliar.

El hecho de que los padres sufran en muchos de estos pacientes trastornos psiquiátricos es un factor de mal pronóstico, especialmente si presentan trastornos de personalidad.

Asimismo la necesidad de tratamiento del trastorno psiquiátrico paterno o materno es imprescindible para la mejoría clínica del paciente.

El tratamiento farmacológico tiene un papel nuclear en la mayoría de los tratamientos con estos pacientes. El tratamiento con psicofármacos es un apartado no siempre complementario del plan global de tratamiento al no depender solamente de que existan otros síntomas psiquiátricos asociados como depresión, ansiedad, obsesiones, manía o síntomas psicóticos, siendo también esencial en momentos de crisis.

Los fármacos más eficaces en el Trastorno de la Conducta Disocial son los Antipsicóticos atípicos (Risperidona, Aripiprazol, Olanzapina, Quetiapina y Paliperidona ), el Litio, la Carbamacepina y Oxacarbamacepina, el Acido Valproico y los Psicoestimulantes (Metilfenidato); no obstante, estos datos basados en la experiencia clínica no siempre han sido corroborados por ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

#### **BIBLIOGRAFIA GENERAL**

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. 5 ed. APA. Arlington VA. 2013.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4 ed. APA. Washington DC. 2000.

3. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. OMS. Ginebra. 1992.
4. Barkley RA. Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3.ª ed. London: The Guilford Press; 2006. pp. 77-121
5. Fergusson DM; Horwood LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. Aust N Z J Psychiatry .2001, 35: 287- 296
6. Alda JA, Arango C, Castro J, Petibó MD, Soutullo C, San L (coord) Trastorns del comportament en l'infància i l'adolescència: que està passant? Esplugues de Llobregat: Hospital de Sant Joan de Deu .2009
7. Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Ojembarrena E, Olaskoaga A. Versión española del ECBI: medida de validez. Atención Primaria. 1998 Vol. 21. 2:19-34.
8. Abad Gil J. Presentación de los resultados del estudio Eyberg de la SEPEAP. Pediatría Integral. Ergon. 2008. Supl.1 .
9. Rigau-Ratera.E, Garcia-Nonell C, Artigas-Pallarés. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. Rev. Neurol. 2006; 42 (Supl 2): S83-S88.
10. Ruths S, Steiner H, Psychopharmacologic treatment of aggression in children and adolescents. Pediatr Ann 2004; 33 (5):318-327
11. Turgay A. Psychopharmacological treatment of oppositional defiant Disorder. CNS Drugs. 2009; 23 (1): 1-17
12. Byrne S, Walter G, Hunt H, Soh N, Cleary , Duffy P, Crawford G, Krabman P, Concannon P, Malhi G. Self-reported side effects in children and adolescents taking risperidone. Australas Psychiatry. 2010 Feb; 18 (1); 42-45
13. Greenaway M, Elbe D. Focus on aripiprazole: A review of its use in child and adolescent psychiatry. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 Aug; 18 (3) 250-260
14. Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman JF, ( Editors): Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice. New York: Oxford University Press. 2003
15. NICHD. Trajectories physical aggression from toddlerhood to middle childhood: predictors, correlates, and outcomes. Monogr Soc Res Child Dev 2004, 69: 1-129.

16. Archer J., Côté S. Sex differences in aggressive behavior: A developmental and evolutionary perspective. En: Developmental origins of aggression. Tremblay RE, Hartup, WH, Archer J Eds, Guilford Press. New York 2005.
17. Lacourse E, y cols. Developmental trajectories of boys' delinquent group membership and facilitation of violent behaviours during adolescence. Dev Psychopathol 2003, 15:183-197.
18. Sampson RJ, Laub JH. Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70. Criminology 2003, 41: 301-339.
19. Tremblay RE y cols. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. Pediatrics 2004, 114: e43-e50. .
20. Serrano E De la Fuente J.E, Ibañez RM, Sasot J. Mania Symptoms in children and adolescents with disruptive behaviour disorders. 13th International Congress. ESCAP. Florence 2007.
21. Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y Arte. Madrid, Narcea, 2003, 114-115.
22. Kazdin AE, Wassell G: Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:414-420.
23. Nock MK, Kazdin AE, Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. J Child Fam Stud 2001; 10:155-180.

Tabla 1

DSM - IV	DSM - 5
<b>Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador</b>	<b>Trastornos Disruptivos, de Conducta y del control de los Impulsos</b>
F.90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	F91.3 Trastorno Negativista-Desafiante
F.91.8 Trastorno Disocial	F63.81 Trastorno explosivo intermitente
F.91.3 Trastorno Negativista-Desafiante	F91 Trastorno Disocial F91.1 Tipo inicio en la infancia F91.2 Tipo inicio en la adolescencia F91.9 Tipo inicio no especificado Especificar si: rasgos de falta de preocupación y de emociones.
F.91.9 Trastorno de Comportamiento Perturbador no especificado	F60.2 Trastorno Antisocial de la personalidad
<b>Trastornos del Control de los impulsos no clasificados en otros apartados</b>	F63.1 Píromanía
F.63.8 Trastorno explosivo intermitente	F63.3 Cleptomanía
F63.1 Píromanía	F91.8 Otros trastornos disruptivos, de conducta y del control de los impulsos.
F63.3 Cleptomanía	F91.9 Trastorno disruptivo, de conducta y del control de los impulso no especificado.
<b>Trastornos de la Personalidad</b>	<b>Trastornos del desarrollo neurológico</b>
F.60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad	F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
	<b>Trastornos de personalidad</b>
	F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad

Tabla 2

<b>Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante (DSM-5: F.91.3)</b>
<p>A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos, exhibidos durante la interacción con al menos un individuo diferente a un hermano.</p>
<p><b>Estado de ánimo enojado e irritable:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.</li><li>2. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.</li><li>3. A menudo es colérico y resentido.</li></ol>
<p><b>Comportamiento desafiante y discutidor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. A menudo discute con sus figuras de autoridad o, para niños y adolescente, con adultos.</li><li>5. a menudo desafía activamente o se niega a cumplir con la solicitud de las figuras de autoridad o adultos.</li><li>6. A</li></ol>
<p><b>Venganza:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Ha sido menudo molesta deliberadamente a otras personas.</li><li>7. A menudo rencoroso o acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.</li></ol> <p>vengativo al menos dos veces en los últimos 6 meses.</p>
<p><b>Nota:</b> considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en niños o adolescentes de edad, nivel de desarrollo y cultura equivalentes. Para niños menores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir en la mayoría de los días por un periodo de al menos 6 meses a menos que se indique lo contrario ( con excepción del Criterio 8). Para individuos mayores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir al menos una vez por semana desde al menos 6 meses a menos que se indique lo contrario ( con excepción del Criterio 8).</p>
<p>B. La perturbación en la conducta está asociado a con angustia en el individuo o en otros individuos de su contexto social inmediato.</p>
<p>C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, por uso de sustancias, depresivo o bipolar. Asimismo, el criterio no se cumplirá para el Trastorno de desregulación</p>

disruptiva del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

**Leve:** La sintomatología se limita en un único contexto (p.ej. en casa, en el colegio, en el trabajo o con los compañeros)

**Moderado:** Algunos síntomas están presentes en al menos dos contextos.

**Grave:** Algunos síntomas están presentes en tres o más contextos.

Tabla 3

**Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial (DSM-5)**

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de al menos tres de los siguientes 15 criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

**Agresiones a personas o animales.**

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

**Destrucción de la propiedad:**

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

**Fraudulencia o robo**

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (p. ej., "tima" a otros).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).

**Violaciones graves de normas**

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años.

14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo.

15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de Trastorno Antisocial de la Personalidad

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

**F91.1** Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos en una de las características del criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

**F91.2** Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica del criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

**F91.9** Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios para el diagnóstico de trastorno disocial, pero no hay suficiente información para determinar si la edad de inicio fue antes o después de los 10 años de edad.

Especificar si:

**Con emociones prosociales limitadas:** Un individuo debe haber presentado al menos dos de las siguientes características persistentemente al menos durante 12 meses en múltiples contextos. Estas características reflejan el patrón típico de funcionamiento interpersonal y emocional del individuo y no únicamente comportamientos ocasionales en algunas situaciones. Así, para cumplir el criterio a especificar, se necesitará información de tantas fuentes como sea necesario (padres, profesores, compañeros de trabajo o estudio, familiares, etc.)

- **Falta de remordimiento o culpabilidad:** No se siente mal o culpable cuando el o ella hace algo mal (excluir remordimiento cuando se expresa sólo cuando se le ha pillado y/o al sufrir la pena). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones.

- **Falta de empatía:** No tiene en cuenta y es despreocupado sobre

los sentimientos de los otros. La persona aparece más preocupada sobre los efectos de su comportamiento sobre el mismo que sobre su efecto en los otros, incluso cuando estos resultan en daños sustanciales hacia los otros.

- **Despreocupación por el rendimiento:** No muestra preocupación por su pobre o problemático rendimiento en la escuela, trabajo u otras actividades importantes. El individuo no se esfuerza lo suficiente para obtener resultados positivos, aun cuando las expectativas son claras, culpando a otros por su pobre desempeño.

- **Afecto superficial o deficiente:** No expresa sentimientos o muestra emociones a los otros, excepto en formas que parecen poco profundas, superficiales o insinceras (p. ej., sus acciones contradicen las emociones que muestra, puede "encender" o "apagar" sus emociones rápidamente) o cuando la expresión de sus emociones se usan para sacar un beneficio (p. ej., muestra emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad:

**Leve:** pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros (p. ej., mentiras, absentismo escolar u otros).

**Moderado:** el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves" (p. ej., robo sin confrontación con la víctima o vandalismo).

**Grave:** varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros (p.ej., abuso sexual, uso de armas, crueldad física u otros)