

Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes

Jordi Sasot-Llevadot, Rosa M. Ibáñez-Bordas, Antonio Soto-López, Francisco Montañés-Rada, Xavier Gastaminza-Pérez, José A. Alda-Díez, Tomás Cantó-Díez, Miguel A. Catalá, Maite Ferrin-Erdozain, Marta García-Giral, Montserrat Graell-Bernal, Olvido Granada-Jiménez, Óscar Herreros-Rodríguez, María J. Mardomingo-Sanz, Dolores Mojarro-Práxedes, Jaume Morey-Canyelles, Juan Ortiz-Guerra, Montserrat Pàmies-Massana, Francisco Rey-Sánchez, María Romera-Torrrens, Belén Rubio-Morell, Pedro M. Ruiz-Lázaro, Francisco Ruiz-Sanz; Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (GEITDAH)

Resumen. El Grupo de Especial Interés en el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (GEITDAH) presenta en este artículo un consenso de expertos de toda España sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. A partir del trabajo inicial del equipo de la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital Quirón-Teknon de Barcelona, se han consensado aspectos básicos que podrían ser el punto de partida para futuros consensos. Ha sido también objetivo prioritario del trabajo actualizar en los trastornos de conducta en niños y adolescentes los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*, y su comorbilidad con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Palabras clave. Consenso. GEITDAH. TDAH. Trastorno disocial. Trastorno negativista desafiante.

Introducción

Los trastornos de la conducta del niño y del adolescente son uno de los motivos de consulta pediátricos más frecuentes. Que nos encontremos ante un cambio conductual, no obstante, no lleva implícito que sea un trastorno de la conducta, ya que puede ser un problema comportamental. Entonces, cuando hablamos de trastornos de la conducta y del comportamiento, ¿nos referimos a los mismos conceptos?

Habitualmente utilizamos de forma indistinta dos palabras, conducta y comportamiento, que aunque conceptualmente son casi sinónimas, clínicamente tienen valores distintos.

El vocablo 'conducta' al igual que la mayoría de los términos que hoy se utilizan en las ciencias psicológicas, proviene de las ciencias naturales. Vygotski alertaba acerca de la génesis de los conceptos psicológicos: 'El lenguaje psicológico actual es, ante todo, insuficientemente terminológico: eso significa que la psicología no posee aún su lenguaje. En su vocabulario encontramos un conglomerado de tres clases de palabras: palabras del lenguaje cotidiano, palabras del lenguaje filosófico, y los vocablos y formas tomados de las ciencias naturales' [1].

Por supuesto, la historia etimológica de los conceptos marca, de alguna manera, su posterior definición y utilización, y produce generalmente restricciones semánticas muy difíciles de eliminar. Qui-

zás la primera utilización de la palabra conducta se encuentre en el área de la química, donde se refiere a la actividad de las sustancias, para posteriormente utilizarse en la biología, donde hace alusión a las manifestaciones de los seres vivos.

Etimológicamente, la palabra 'conducta' proviene del latín y significa 'conducida o guiada'; es decir, todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo que bien pudiera ser interno o externo. Partiendo de esta idea, la conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos de causa biológica como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto.

Es curioso cómo el comportamiento ha adquirido un significado que demuestra una mayor implicación del sujeto, hecho relacionado con la etimología de la palabra, también proveniente del latín *comportare*, que significa 'implicar', mientras que la raíz etimológica de conducta indica algo externo, guiado.

Así pues, vamos a utilizar fundamentalmente el concepto de trastornos del comportamiento en aquellas situaciones, no estructuradas psicopatológicamente, en las que el propio niño o adolescente tiene amplia capacidad de respuesta y es aún plenamente autónomo en su resolución.

Basándonos en ello, los trastornos del comportamiento son alteraciones, en general, mucho más benignas y cercanas a la normalidad que todos aquellos que denominamos trastornos de conducta.

Hospitales y unidades miembros del consenso GEITDAH:

Fundación Hospital Alcorcón; Alcorcón, Madrid (F. Montañés-Rada). Hospital Universitari Vall d'Hebron; Barcelona (X. Gastaminza-Pérez). Hospital Clínico Universitario de Valencia (M.A. Catalá). Hospital San Telmo; Palencia (F. Ruiz-Sanz). Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; Zaragoza (P.M. Ruiz-Lázaro). Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Granada (O. Herreros-Rodríguez). Hospital Clínic; Barcelona (M. García-Giral). Hospital Sant Joan de Déu; Esplugues de Llobregat, Barcelona (J. Ortiz-Guerra, J.A. Alda-Díez). Departamento de Psiquiatría; Universidad de Sevilla (D. Mojarro-Práxedes). USMI San Vicente; Alicante (T. Cantó-Díez). Hospital Universitario Gregorio Marañón; Madrid (M.J. Mardomingo-Sanz). Hospital Quirón-Teknon; Barcelona (J. Sasot-Llevadot, R.M. Ibáñez-Bordas, A. Soto-López). Hospital Parc Taulí; Sabadell, Barcelona (M. Pàmies-Massana). Hospital General de Salamanca (F. Rey-Sánchez). Instituto de Psiquiatría; Maudsley Hospital; Londres, Reino Unido (M. Ferrin-Erdozain). Hospital Infantil Universitario Niño Jesús; Madrid (M. Graell-Bernal). Servicio de Psiquiatría; Complejo Hospitalario de Toledo (O. Granada-Jiménez). Hospital Universitari Son Espases; Palma de Mallorca (J. Morey-Canyelles, M. Romera-Torrrens). Hospital Universitario de Canarias; Santa Cruz de Tenerife (B. Rubio-Morell).

Correspondencia:

Dr. Francisco Montañés Rada. Servicio de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Budapest, 1. E-28922 Alcorcón (Madrid).

E-mail:

fmontanes@fhacorcon.es

Aceptado tras revisión externa:

16.02.15.

Cómo citar este artículo:

Sasot-Llevadot J, Ibáñez-Bordas RM,

Soto-López A, Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Alda-Díez JA, et al. Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. Rev Neurol 2015; 61: 167-82.

Nota:
Las tablas citadas en el manuscrito pueden consultarse en la versión electrónica del artículo (www.neurologia.com).

© 2015 Revista de Neurología

Educación y comportamiento: el papel de los padres

El comportamiento infantil es consecuencia del moldeado educativo de sus educadores, fundamentalmente de sus padres. También influye la propia carga genética del niño, variable que condiciona el propio temperamento y, con ello, su conducta y gestión adaptativa y emocional.

Los padres y los maestros, con su educación, 'moldean' las variables innatas del propio niño. Una labor educativa equivocada puede provocar en la mayoría de casos alteraciones del comportamiento.

En este sentido, la literatura científica actual nos muestra cuán importantes pueden llegar a ser los estilos educativos de los padres en el desarrollo de posteriores trastornos de la conducta. Así, factores como la conflictividad familiar, el estrés y la depresión de los padres o las sensaciones negativas asociadas a la crianza de los propios niños muestran una consistente relación con síntomas asociados con las alteraciones de la conducta [2].

Asimismo, cabe tener en cuenta la propia psicopatología mostrada por los padres. En este sentido, se han encontrado fuertes evidencias en la literatura científica actual que relacionan la presencia de rasgos antisociales en los padres con la reproducción de dichos rasgos posteriormente en sus hijos [3]. Así, la presencia de conductas criminales en alguno de los padres predice la probabilidad de que sus hijos presenten mayores índices de delincuencia, independientemente de otros importantes factores de riesgo, como pueden ser alteraciones familiares, resultados académicos pobres o una deficitaria crianza [4].

Otra interesante línea de investigación va más allá de los estilos educativos de los padres, e incluye las características propias de los hijos (como su temperamento). Basándonos en ello, debemos valorar que los problemas de comportamiento nacen en muchas ocasiones de la interacción entre las características de los padres y las de sus hijos [5].

En esta línea, la capacidad para entender el estado emocional de los otros (o empatía) parece tener una importancia clave en cómo los estilos educativos de los padres son procesados por sus hijos y el resultado que en éstos pueden acabar generando. Según sugiere la investigación, los niños con mayores niveles de empatía se beneficiarían de estilos centrados en establecer unas adecuadas medidas disciplinarias, mientras que aquellos niños con niveles más bajos de empatía mostrarían una mejor respuesta frente a estilos de carácter reforzador [6]. De esta forma, tal y como sugieren los autores, la

empatía puede ser un factor protector o de riesgo educativo, dependiendo del contexto familiar.

¿Cuáles son los errores educativos de las familias actuales? ¿Cuáles son las principales actitudes educativas que pueden generar con mayor facilidad trastornos del comportamiento en los hijos? [7].

Actitudes educativas autoritarias

Son padres que intentan determinar hasta el más mínimo detalle todas y cada una de las actividades de sus hijos, con lo que no existen indicaciones, sino órdenes que se pueden acompañar de amenazas, y en esas actividades la opinión de los hijos cuenta más bien poco; no es extraño que las descalificaciones o insultos sean la norma (inútil, tonto...), con lo que la posibilidad de que aparezca el maltrato físico o emocional suele ser habitual.

En estos niños se puede observar un impacto a medio y largo plazo, ya que interiorizan una pobre imagen de sí mismos, al opinar que sus figuras parentales tienen razón y que deben obedecer sin más (comentarios del tipo: 'soy malo', 'no hago caso', etc., sobre su conducta no suelen ser extraños). En ocasiones, estos niños intentan reaccionar con una cierta agresividad, adoptando una actitud individualista, tendiendo a desentenderse de lo que plantean sus padres e intentando guardar las apariencias con el fin de evitarse conflictos. A largo plazo, van poniendo en duda el cariño que sus padres dicen tenerles y terminan con trastornos del comportamiento y acusando a sus padres de egoístas.

Actitudes educativas de tipo controlador

El autoritarismo que se ejerce es algo más sutil, ya que tienden a educar a sus hijos según la imagen subjetiva que tienen de ellos mismos, y no tienen en cuenta las opiniones o gustos o preferencias de sus hijos; tratan de imponer a sus hijos la forma de vida que ellos tuvieron o bien de compensar alguna vivencia de inferioridad, por lo que se muestran excesivamente exigentes con sus hijos con el fin de mostrar los logros alcanzados, tratan de condicionarles con su propia visión del mundo, limitando la posibilidad de que sus propios hijos vayan descubriendo su propia vida y construyendo su propio mundo. De esta suerte, el efecto en los hijos consiste en un temor permanente a equivocarse, terminan por dudar de su propia valía, los errores les crean un gran sentimiento de culpa, se daña su autoestima y no consiguen lograr las metas propuestas por sus padres. Son también niños que fácilmente presentarán trastornos del comportamiento.

Actitudes educativas frustrantes

Son aquellas actitudes educativas que no demuestran cariño y en las que no se presta una atención suficiente hacia sus hijos. Incluyen un cierto rechazo hacia el hijo, al que consiguen rebajar e infravalorar. El castigo por cualquier posible o eventual desliz suele ser la norma. El impacto en los hijos va a depender del momento en que aparezca esta actitud de forma manifiesta, de tal suerte que cuanto más precoz se establezca este tipo educativo, el impacto va a ser mayor. Estas actitudes son las que producen efectos de mayor gravedad en los niños, y aparecen comportamientos agresivos, procesos depresivos concomitantes y una grave inadaptación social.

Actitudes educativas inconsecuentes

Estos padres cambian muy frecuentemente de actitud con sus hijos, castigan con frecuencia y, una vez impuesta la sanción, se arrepienten y se desdicen; son padres que tienen importantes y frecuentes desacuerdos entre ellos en relación con los objetivos y los métodos educativos. El resultado es que aparecen como unas figuras que se sienten inseguras y sin criterio educativo claro en relación con sus hijos, con lo que dependen de lo que oyen a otros padres o en cada situación. Con estas actitudes, los hijos tienen graves dificultades para formarse una idea objetiva de lo que está bien y de lo que está mal, por lo que se vuelven emocionalmente inestables, indecisos y temerosos por no saber, con justeza, a qué atenerse.

Actitudes educativas de inhibición

Son aquellos padres que no dan indicaciones a sus hijos acerca del camino que deben seguir, cada uno organiza su estilo de vida y lo modifica cuando lo cree pertinente, sin dar cuenta a los demás del contexto familiar. Son figuras parentales que no intervienen en los conflictos que se plantean con sus hijos (por ejemplo, no son capaces de discernir cuándo y cómo solicitar un apoyo o ayuda educativa o terapéutica). No suelen utilizar la alabanza, pero tampoco la crítica constructiva y nunca juzgan al niño, son padres con miedo ante los posibles traumas o frustraciones que la falta de libertad pudiera generar en sus hijos. Los hijos de este patrón educativo presentan dificultades evidentes para poder orientar su propia vida y poder ir descubriendo el sentido de las relaciones y de las cosas de la vida, con lo que fácilmente generan trastornos del comportamiento.

Actitudes educativas sobreprotectoras

Este tipo de padres considera a sus hijos como unos seres débiles, incapaces e inexpertos, con lo que no permiten a sus hijos el ensayo de respuestas de forma autónoma, lo hacen con la sana intención de evitar al hijo un perjuicio ('no sabe hacerlo') y piensan que 'con el tiempo...' ya tendrán oportunidad de hacerlo solos, quizá cuando sea 'mayor' o ellos no estén. Estos hijos presentan una evidente y constatable ausencia de iniciativa personal, con una aparente despreocupación por las cosas, y están muy pendientes del contexto en el que viven, lo que da como resultado una gran inseguridad personal y una muy baja autoestima.

Ante todas ellas, ¿qué tipo de actitudes educativas son las más aconsejables?: las actitudes educativas asertivas. Son las de aquellos padres que dedican tiempo y prestan atención al comportamiento normal de su hijo, lo que les permite destacar las conductas correctas. Son figuras parentales flexibles ante los pequeños errores o desviaciones que puedan acontecer, por lo que castigan o corrigen los comportamientos más desadaptados y utilizan también el refuerzo positivo de las recompensas como estímulo y motivación. Los niños educados en estos ambientes presentan una elevada autoestima y una notable autonomía personal; tienen iniciativa para comenzar nuevas tareas y confían en sus posibilidades reales, lo que les permite tomar decisiones y se presentan como menos dependientes del contexto psicosocial.

Errores educativos de la práctica educativa actual

Entre todas las variables citadas, en la práctica educativa actual hay dos aspectos que se hallan fuera de control: la ausencia de un adecuado 'tiempo educativo' con los hijos y el desconocimiento del 'papel de padres'.

La ausencia de tiempo genera en algunos padres un menor conocimiento de sus hijos debido a un menor tiempo de convivencia y de observación, lo cual produce muchas dudas y temor a equivocarse, con lo que no se asumen bien los errores educativos y aparece más fácilmente el sentimiento de culpa y, con éste, la sobreprotección.

Otros padres necesitan hijos perfectos, con lo que al menor problema se plantean delegar sus funciones con terceros, con lo que inevitablemente tienden también hacia la sobreprotección.

¿Y qué causa la sobreprotección?: la ausencia del desarrollo de una adecuada capacidad de frustra-

ción, en otras palabras, estos niños ya desde pequeños aprenden que solo existe el 'sí', apenas el 'no'.

El desconocimiento del papel de padres es la mayoría de las veces involuntario, son padres sin criterio educativo que no se plantean objetivos, con lo que su educación es ambivalente y excesivamente tolerante, y moldean hijos tiranos. Al hablar del 'papel de padres' es también importante hablar de los que voluntariamente dimiten y delegan, ya que serán niños que difícilmente conocerán el 'no'. No educar la capacidad de frustración en la infancia es, en la mayoría de los casos, causa de trastornos del comportamiento.

Asimismo, hay también otro grupo de padres que tiene que ser motivo de preocupación para los profesionales de la salud y de la educación. Son familias cuyos hijos se encuentran con relativa frecuencia ante situaciones de estrés crónico:

- Padres con antecedentes personales de haber recibido tratamientos psiquiátricos o por toxicomanías.
- Padres en situación de conflicto relacional grave o en situación de divorcio emocional.
- Fallecimiento de algún otro hijo o enfermedades crónicas en alguno de los otros hijos.
- Situación de pérdida emocional con las propias familias de origen.
- Separaciones u hospitalizaciones prolongadas padres-hijos.
- Problemática laboral grave.

Agresividad y violencia en la infancia y adolescencia

La agresividad es una respuesta fisiológica y adaptativa del ser humano y de los animales mediante la cual nos defendemos de los peligros.

¿Cuál es una de las diferencias fundamentales entre agresividad y violencia? Con un ejemplo podemos explicarlo: los animales salvajes no son violentos, a diferencia de los humanos, que sí pueden serlo. La violencia siempre exige un aprendizaje previo.

Los niños y adolescentes no nacen violentos. Sí que pueden existir factores de vulnerabilidad neurológica en la infancia y en la adolescencia que pueden facilitar un aprendizaje de la violencia. Uno de estos factores es la ausencia de un adecuado control del impulso.

Educar la capacidad de control del impulso es enseñar también a manejar la agresividad, es decir, educar el autocontrol de la agresividad.

A partir de estos conceptos, podemos discriminar varios tipos de trastornos del comportamiento:

- Los trastornos funcionales del comportamiento, de carácter reactivo a una dinámica educativa familiar y escolar equivocada, anteriormente comentada. Se observan en niños y adolescentes en los que inicialmente no hay ningún tipo de vulnerabilidad neurobiológica significativa que influye en el trastorno. Este tipo de trastornos del comportamiento son el motivo más frecuente de consulta pediátrica.
- Los trastornos del comportamiento perturbador.

En la práctica educativa de los padres con sus hijos, una de las dificultades más frecuentes es la desobediencia junto con, en algunos casos, 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 dismadurativas hasta lesivas, que condicionan la respuesta educativa de un niño o adolescente.

Estos trastornos del 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 y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición* (DSM-5) [8], de reciente aparición, se encuentran dentro de la categoría diagnóstica de los 'trastornos perturbadores, de conducta y del control de los impulsos'. El DSM-5 incluye en esta categoría diagnóstica los dos siguientes tipos: el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta disocial.

La nomenclatura de la categoría que los incluye ha sufrido cambios respecto a la anterior versión de dicho manual, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, texto revisado* (DSM-IV-TR) [9], por lo que, en esta nueva edición, la categoría que anteriormente los incluía (llamada trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador) se ha dividido en dos y diferencia claramente aquellos trastornos asociados a la falta de atención (actualmente en el DSM-5 como 'trastornos del neurodesarrollo') de aquellos asociados al comportamiento perturbador (actualmente en el DSM-5 como 'trastornos perturbadores, de conducta y del control de los impulsos').

Además, el DSM-5 añade otros trastornos dentro de esta categoría, como el trastorno explosivo intermitente, la piromanía o la cleptomanía (incluidos en el 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 figura, donde se hace una comparativa con el DSM-IV-TR.

Trastornos de la conducta: variables biológicas y funciones ejecutivas

Las variables biológicas que condicionan la clínica de los trastornos del comportamiento perturbador son consecuencia de la propia carga genética, que va a regular el desarrollo del cerebro, fundamentalmente de la corteza prefrontal, principal área reguladora del control del impulso y de las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades que permiten la anticipación y el establecimiento de objetivos, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas cabo con eficiencia.

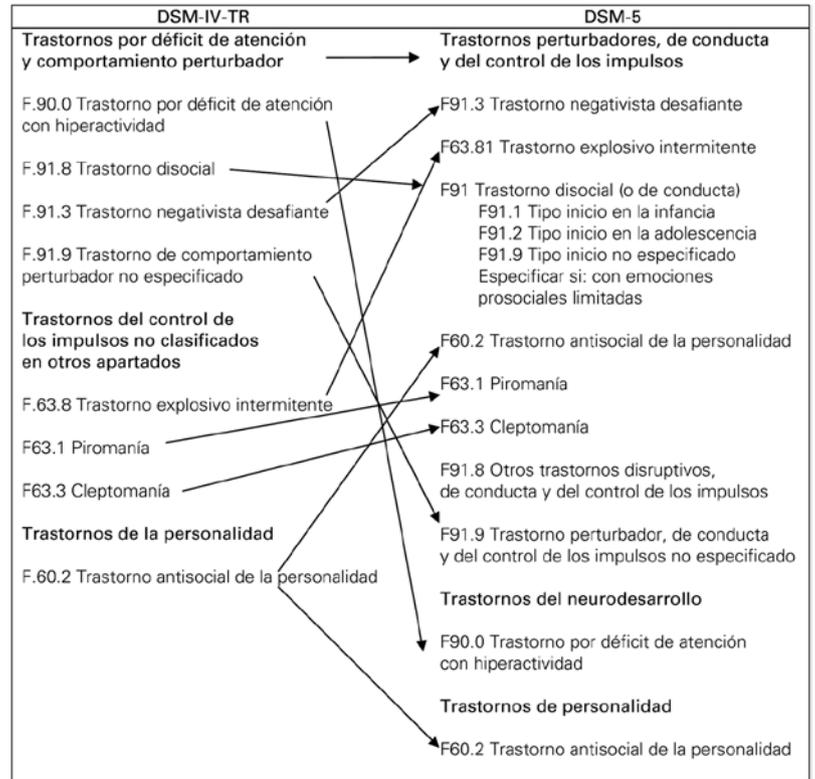
El cerebro ejecutivo tiene un papel neurológico fundamental, el de ‘director de orquesta’. Los niños y adolescentes con trastornos del comportamiento perturbador tienen un mal director de orquesta, con lo que su ‘música comportamental’ es disarmónica. Hoy en día conocemos que la ausencia de unas adecuadas funciones ejecutivas está implicada en el desarrollo de conductas disruptivas [10].

Entre las funciones ejecutivas destacan la flexibilidad cognitiva (capacidad para el cambio), la memoria de trabajo, la autorregulación, la habilidad para resolver problemas gracias a la planificación y la organización, y la capacidad para la inhibición de conductas. La memoria de trabajo, habilidad ejecutiva básica, es la capacidad de la persona para mantener la información en su mente y operar con ella.

Estos déficits en las funciones ejecutivas afectan a la capacidad del niño para responder de forma adaptativa al entorno ante las normas del adulto. El niño con dificultades en su memoria de trabajo tiene dificultades para valorar las consecuencias de sus comportamientos basándose en la experiencia previa. Por ello, no es capaz de anticiparse a las potenciales consecuencias de sus actos. Estas dificultades cognitivas del niño contribuyen, en general, a la aparición de múltiples comportamientos de carácter opuscionista.

Estos niños y adolescentes presentan un temperamento y unas características cognitivas que faci-

Figura. Comparación entre el DSM-IV-TR y el DSM-5.



tan la expresión de comportamientos disruptivos al carecer del autocontrol necesario para identificar y regular sus comportamientos.

En esta línea de trabajo entra en la escena clínica una categoría diagnóstica recogida en el DSM-5, los ‘trastornos disruptivos, de conducta y del control de los impulsos’.

Trastorno negativista desafiante

Según los criterios DSM-5, la característica fundamental del TND es la presencia de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste al menos durante seis meses.

Asimismo, durante este período 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 molesto 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 TND normalmente se diagnostica en la niñez y casi siempre antes de la adolescencia.

En el DSM-5, el TND forma parte de los trastornos perturbadores, 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 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión [11], a este trastorno se le denomina 'trastorno disocial desafiante oposicionista'.

En este sistema de clasificación, se afirma que el trastorno disocial desafiante oposicionista se define 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. Clínicamente, se utiliza más la clasificación DSM, que diferencia con mayor exactitud el TND del trastorno de conducta disocial, de mayor gravedad.

Epidemiología

La prevalencia del TND se sitúa, dependiendo del rigor de la muestra estudiada, en el 2-16% de la población. La prevalencia durante la infancia es de un 3-4%, y es más frecuente entre los niños que entre las niñas (4-5% frente a 2-3%, respectivamente). La prevalencia presenta un pico a la edad aproximada de los 8-10 años, tanto en los niños como en las niñas [12]. En la adolescencia también es mayor en los varones: 2-4% frente a 1-2%, respectivamente, y presenta un índice global del 1-3% [13].

En un reciente estudio realizado en la provincia de Hunan (China) con un total de 9.495 niños de 5-17 años [14] utilizando una entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV, se obser-

va que la categoría diagnóstica más prevalente entre los trastornos psiquiátricos es la del grupo de los trastornos de la atención y del comportamiento perturbador (10,69%), y los más frecuentes son el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) (5,95%) y los trastornos del comportamiento perturbador (4,74%), con una relación global aproximada entre sexos de 3 a 1 a favor de los varones.

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).
- Sexo 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 sobre todo en la corteza prefrontal y en el funcionamiento de diversos neurotransmisores cerebrales, fundamentalmente de la serotonina, la noradrenalina y la dopamina [15].

Curso evolutivo

El TND se inicia habitualmente antes de los 8 años y nunca más allá de la etapa preadolescente (no más allá de los 12 años). Los niños con TND pueden empezarse a identificar a partir de los 3,5 años. En el niño normal hay una etapa habitual de desarrollo, la etapa negativista, que se inicia a los 15-18 meses y puede alcanzar hasta los 3,5 años.

Aunque puede haber niños menores de tres años que presenten síntomas evidentes de un probable TND, es aconsejable siempre no plantear etiquetas diagnósticas en plenas etapas madurativas infantiles, salvo en los niños que presenten comórbidamente una significativa hiperactividad con agresiones físicas con sus iguales.

Los síntomas aparecen inicialmente en el entorno familiar, y se generalizan en la escuela y lugares públicos. No obstante, el diagnóstico precoz es fundamental, ya que las formas tempranas de TND pueden ser predictivas, sin tratamiento, de otros pro-

blemas posteriores en la vida, como consumo de sustancias, delincuencia juvenil y criminalidad adulta.

Comorbilidad

La comorbilidad dentro del anterior grupo diagnóstico de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador es un tema muy estudiado. El TND está muy vinculado al TDAH, los estudios más actuales indican que aproximadamente la mitad (40-60%) de los niños con TDAH presentarán a lo largo de su vida un TND; dicho de forma contraria, el TDAH resulta común en niños con TND [16].

Este grupo comórbido (TND + TDAH) es también el que presenta mayor riesgo de desarrollar un trastorno disocial, sin descartar que el propio TND puede desarrollar por sí mismo y a partir de la propia infancia un trastorno disocial. No olvidemos tampoco que los niños o adolescentes con trastorno disocial casi siempre han presentado un diagnóstico previo de TND.

Asimismo, es importante destacar que aproximadamente el 40% de los niños con TND presentará un trastorno disocial, fundamentalmente aquellos de inicio precoz [17].

Finalmente, un subgrupo de los pacientes con trastorno disocial presentará en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad.

Diagnóstico

El diagnóstico debe ser multidisciplinar y, en él, el psiquiatra ha de 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 realizarse también una anamnesis cuidadosa, y valorar la salud mental de la familia (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 el cuestionario *Child Behavior Checklist* de Achenbach.

Entre las entrevistas pueden mencionarse: *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children IV*, *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* y, finalmente, *Diagnostic In-*

terview for Children and Adolescents, que dispone de una versión española traducida y adaptada.

No obstante, las entrevistas requieren largo tiempo de aplicación; por ello existen alternativamente diversas escalas de valoración, como la *Eyberg Child Behavior Inventory* [16,18], de reciente utilización por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria en el estudio Eyberg (problemas del comportamiento en la infancia y adolescencia: variables educativas y del entorno familiar) [19]. En un reciente estudio [20] se confirma la utilidad clínica del *Eyberg Child Behavior Inventory* en la identificación de familias con riesgo de trastornos de conducta en sus hijos, con la que se valora que, si los padres tienen una tolerancia demasiado alta o baja con el comportamiento de sus hijos, éstos tienen mucho mayor riesgo de presentar trastornos del comportamiento, motivo por el que son padres que deberían recibir un adecuado entrenamiento educativo.

Clínicamente debe realizarse una entrevista personal con el niño o el adolescente, y valorar 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, en algunos casos puede ser aconsejable realizar un estudio de neuroimagen y neurofisiológico para descartar patología cerebral, fundamentalmente en la corteza prefrontal.

Resulta necesaria la práctica de exploraciones psicotécnicas específicas que evalúen fundamentalmente los niveles cognitivos, la personalidad y el control del impulso. Es decir, debe realizarse un estudio psicodiagnóstico completo que evalúe la clínica y la presencia de comorbilidad.

El diagnóstico del TND es fundamentalmente clínico y debe abarcar: anamnesis, antecedentes personales y familiares, exploración física, neurológica, neuropsicológica y de la personalidad, psiquiátrica y práctica de exploraciones complementarias. En la tabla I se describen los criterios para el diagnóstico del TND según el DSM-5.

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

- En el criterio A se han redefinido los ocho síntomas que se encontraban en el DSM-IV-TR, clasificándolos en tres apartados: estado de ánimo enojado e irritable (incluye los síntomas 1, 6 y 7 anteriormente citados en el DSM-IV-TR); com-

- portamiento desafiante y discutidor (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 período de al menos seis meses; y que, en niños mayores de 5 años, debe ocurrir una vez por semana en el mismo período de tiempo, a excepción, en ambos casos, del síntoma 8, que tiene su propia frecuencia delimitada.
 - El criterio C se ha modificado e indica 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.
 - 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.

Tratamiento

El planteamiento terapéutico de un niño o adolescente con TND exige una intervención multimodal, es decir, psicoeducativa (padres y maestros), psicoterapéutica (orientación cognitivo-conductual) y también, en ocasiones, psicofarmacológica [17].

Aspectos psicoeducativos

Es fundamental transmitir tanto a padres como a maestros una línea educativa clara que se debe seguir. Empecemos por lo que no se puede hacer:

- No entrar en un lucha de poderes en busca de ganar o decir la última palabra, haciéndole sentir al niño o al adolescente que nosotros, los adultos, tenemos el poder.
- No promover la argumentación o la discusión ante una situación específica con el fin de convencerle de que nosotros, los adultos, tenemos la razón.
- No criticar ni utilizar formas de comunicación de carácter agresivo.

- No confrontarse con el niño o el adolescente ante momentos de crisis.
- No obligar al niño o al adolescente a cambiar su conducta en momentos en que esté alterado o en crisis.
- No establecer castigos en momentos de conflicto.
- No preguntar ¿por qué? (usted debe saber ya la respuesta).

Hay que tener en cuenta que el objetivo de aplicar una estrategia no es ganar la batalla, porque para ganar una batalla debe haber una pelea y aquí partimos de la expectativa de que lo que existe es más bien un problema que requiere una solución, en la que salgan todos beneficiados.

Es un desafío, el niño o el adolescente busca sentir que gana, que tiene la última palabra, que tiene poder ante las figuras de autoridad y que logra que el adulto o la persona que está siendo desafiada pierda el control.

Las estrategias que favorecen la interacción son aquellas que dan la oportunidad al niño o al adolescente de sentir que ganan o que tienen cierto control sobre la situación, pero dentro de unos límites que se establecen, sin caer en lucha de fuerzas o autoritarismos.

Para lograr una actitud favorable en el niño o el adolescente, este tiene que percibir lo siguiente:

- Que es respetado y aceptado, y como persona no se le critica ni rechaza (lo que no se acepta es sólo su conducta).
- Que se le tiene en cuenta en la solución del problema (presentando el adulto ambas propuestas, haciendo también suya la propia del niño o adolescente).
- Que la solución no es impuesta, es negociada (en la intervención hay convencimiento, no imposición).
- Que la intervención educativa va en su beneficio (hay que transmitir que cumplir las normas va en beneficio del propio niño o adolescente).

Dar órdenes en momentos difíciles requiere con estos niños y adolescentes usar unas pequeñas reglas:

- Mirar a los ojos.
- Ser firme.
- Si es un niño pequeño y está en berrinche, esperar a que se calme.
- Asegurarse de que comprenderá la orden afirmando lo que se dijo.
- La orden debe ser única, clara y concreta.
- La orden debe indicar lo que se desea que haga.
- La orden no puede ser presentada como un favor o una pregunta.

- Hay que tolerar un período para el cumplimiento de la orden.

Tener un hijo o un alumno con estas características es un reto, ya que, la mayoría de las veces, es difícil comprender sus actitudes y tolerar sus reacciones sin perder el control.

Es básico aceptar que estos comportamientos tienen una causa biológica y que las reacciones autoritarias por parte del educador sólo promueven reacciones negativas.

No se puede personalizar la conducta que tiene un niño o un adolescente con TND, hay que tener una actitud más racional y evitar reacciones excesivamente emotivas. Son conductas educativamente poco gratificantes que requieren tiempo, paciencia y esperanza, variables en contradicción con nuestra vida habitual.

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. Por ello el entrenamiento de los padres, por un lado, y las intervenciones centradas en el propio niño, por otro, son las principales iniciativas terapéuticas para resolver este trastorno. Las evidencias científicas actuales han puesto de manifiesto que el entrenamiento y la formación de padres en habilidades y pautas de conducta reducen la oposición, el desafío y la agresividad de los niños y adolescentes con este trastorno, al tiempo que mejoran el comportamiento y la relación entre ambos padres, así como atenúan su estrés.

Entre los programas de entrenamiento de padres más utilizados se encuentran, fundamentalmente, el *Defiant Children* [21] –del cual existe una reciente versión desarrollada por nuestra Unidad de Psiquiatría de Centro Médico Teknon– y el *Collaborative Problem Solving* [22,23], el primero con un enfoque más conductual, y el segundo, más cognitivo.

Las iniciativas emprendidas para tratar al propio niño o adolescente diagnosticado de TND se desarrollan a través de programas de entrenamiento en habilidades cognitivas. Entre los más utilizados cabe mencionar el entrenamiento de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de la conducta [24,25]. Se trata de un programa de entrenamiento que se desarrolla en sesiones semanales de 30-45 minutos y en el que se emplean cinco

autoinstrucciones verbales correspondientes a cada uno de los cinco pasos que integran la estrategia de solución de problemas:

1. *Definición del problema*: ‘¿qué se supone que he de hacer?’
2. *Aproximación al problema*: ‘tengo que examinar todas mis posibilidades’
3. *Prestar atención*: ‘conviene que me concentre y preste atención’
4. *Tomar una decisión sobre la respuesta*: ‘tengo que elegir’
5. *Autoreforzamiento y verbalización del afrontamiento*: ‘lo he hecho bien o, vaya, lo he hecho mal; debo ir más despacio y reflexionar’

El entrenamiento se desarrolla fundamentalmente a través de modelado, ensayos conductuales, *role-playing* y práctica en vivo.

Los objetivos del tratamiento buscan modificar el modo de pensar de los niños y adolescentes y enseñarles nuevas estrategias. Se trata de una estrategia de solución de problemas que los niños y adolescentes ensayan primero en relación con problemas familiares y escolares y, más tarde, respecto a problemas de mayor relevancia personal e interpersonal.

Otro planteamiento psicoterapéutico de gran utilidad clínica son las técnicas de resolución de problemas (autoinstrucciones) [26].

Aspectos psicofarmacológicos

El tratamiento psicofarmacológico despierta gran interés y, en la actualidad, es motivo de diferentes estudios científicos. Podría ser de ayuda al incidir sobre el funcionamiento alterado del sistema nervioso central, fundamentalmente relacionado con el control del impulso. Los fármacos [27-31] más utilizados son:

- *Antipsicóticos atípicos*: risperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina y paliperidona.
- *Antiepilépticos*: topiramato, ácido valproico, carbamacepina y oxcarbacepina.
- *Psicoestimulantes*: metilfenidato.

Trastorno de conducta disocial

El trastorno de conducta disocial constituye, 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 un deterioro del funcionamiento social, académico u ocupacional clínicamente significativo. Los niños y adolescentes 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 originado fuegos con la intención de causar un daño grave.
- 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 o 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 la conducta, han ocasionado el establecimiento de distintas clasificaciones de éste. Así, el DSM-5 distingue, según 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 la 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 la 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 Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, hace una clasificación del trastorno de la conducta según factores contextuales y de socialización, y establece:

- *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, un de-

sajuste 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 no socializados*: las conductas propias del trastorno de la 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 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.

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 diagnosticadas 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 [13].

Curso evolutivo

Es importante conocer la evolución de los síntomas que estructuran el trastorno de conducta disocial. El DSM-5 divide en cuatro variables fundamentales el diagnóstico de trastorno disocial:

- Agresiones a personas o animales.
- Destrucción de bienes materiales.
- Fraudulencia o robos.
- Violación grave de normas.

Evolución de la agresividad

Las conductas agresivas se suelen presentar a lo largo del segundo año de vida y se incrementan hasta

el tercer año. También conocemos que los niños de 2 años, en la guardería, de cada cuatro interacciones con sus compañeros, una de ellas puede ser catalogada como agresiva.

Las agresiones físicas suelen ir descendiendo en la etapa preescolar en número e intensidad en la mayoría de los casos, igual que sucede con las rabietas. Por el contrario, en una minoría permanecen las agresiones físicas. Estos niños, ya mayores de 4 años, presentan riesgo de trastorno de conducta disocial desde la infancia.

Cuando un niño no ha presentado conductas agresivas antes de los 10 años, es difícil que las presente por una causa predominantemente neurobiológica en la adolescencia.

Evolución de la destrucción de bienes materiales

Este tipo de conductas aparece durante la primera infancia y va disminuyendo con la edad. La mayoría de los adolescentes delincuentes presenta este tipo de conductas, aunque suelen ser más frecuentes durante la primera etapa. Existen diferencias por sexo a favor de los varones (2-5 a 1).

Robos y fraudes

El robo, con o sin intimidación, suele aparecer en la primera infancia, y es una conducta más frecuente en los niños que en las niñas. La conducta de robo suele incrementarse desde su inicio en la infancia hasta la adolescencia.

Respecto al fraude, es una alteración conductual que se presenta en la adolescencia tardía.

Violación grave de las reglas

Pasar la noche fuera de casa o fugarse y hacer novillos son las más frecuentes y se inician, generalmente, alrededor de los 13 años.

Etiología

La causa del trastorno disocial 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 la corteza 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 sexo. La agresión física es más frecuente en los niños desde la primera infancia. Desde el período infantil hasta la adolescencia, la agresión física sólo permanece en el 13% de las niñas frente al 69% de los niños.

En niños menores de 2 años se han descrito, como factores de riesgo, los factores genéticos, las características temperamentales, los déficits neurocognitivos, la hiperactividad y las conductas oposicionistas.

Según el modelo piramidal de Lahey y Loeber [32], no es posible comprender un patrón conductual desadaptativo sin tener en cuenta su evolución, que, según ellos, no es aleatoria. Loeber y Hay [33] analizaron las secuencias evolutivas e indicaron que la edad media en que aparecen los problemas leves es de 7 años, la conducta problemática moderada tiene lugar sobre los 9,5 años, y los problemas graves sobre los 12 años.

Los autores citados [32,33] describen estos comportamientos a través de lo que denominan 'pirámide evolutiva'. La dimensión horizontal de esta pirámide representa la prevalencia, y la vertical, de abajo a arriba, se refiere a la edad de inicio de las conductas. En ella, las conductas del TND están en la base y las del trastorno disocial en la cúspide. Según su modelo, en la población general muchos niños presentan conductas oposicionistas, pero sólo algunos desarrollarán el número suficiente de conductas desadaptadas para ser calificadas como un trastorno de conducta. Uno de los factores de peor pronóstico sería el inicio temprano y el hecho de que existan trastornos asociados, como ansiedad desadaptativa, depresión y TDAH. En definitiva, parece que el desarrollo de las conductas disociales se produce de una manera ordenada y obedece a un patrón de desarrollo desviado que se inicia con conductas disruptivas no delictivas.

Algunos autores creen que el estudio de las diferentes formas de desarrollo de conductas internalizantes y externalizantes en las distintas edades podría facilitar la identificación de los pasos que preceden a las conductas disociales; no obstante, es necesario seguir trabajando porque los estudios realizados hasta ahora no son consistentes [34].

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 5 años. 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 adolescen-

cia. En las niñas no existen predictores clínicos fiables que muestren cómo evolucionarán en la adolescencia [35-39].

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 el TND, el TDAH, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y, de forma muy significativa, con el consumo de sustancias tóxicas [15].

Comorbilidad con el trastorno negativista desafiante

Los niños con TND pueden presentar comorbilidad sucesiva y evolucionar hasta en el 40% de los casos a trastorno disocial [15].

En un estudio de 643 niños de 10 años realizado con niños con TND, presentaba comorbilidad concurrente con trastorno disocial el 27,7% [23].

Comorbilidad con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Según los estudios publicados por el MTA Cooperative Group, la comorbilidad del trastorno disocial con el TDAH alcanzaría el 14,3% [40]. De acuerdo con esto, cuando en la infancia se presenta comorbilidad entre TDAH y TND, es el mejor predictor de trastorno disocial en la adolescencia [41].

Comorbilidad con los trastornos afectivos

El trastorno disocial produce una serie de anomalías en la conducta social y escolar del que lo padece que favorece la alteración afectiva. Se ha estudiado y confirmado que un trastorno depresivo comórbido con un trastorno disocial presenta un mayor riesgo de intento de suicidio, siguiendo el denominado 'modelo del triple patrón,' es decir, trastorno de conducta, depresión y abuso de drogas [42].

Respecto al trastorno bipolar, los estudios muestran una alta comorbilidad con trastorno disocial (16,9-42%) [43] y con TDAH comórbido con TND o trastorno disocial (15%) [44].

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. Como 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 realizarse una anamnesis cuidadosa, y valorar 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 ofrecen una excelente información en la valoración del trastorno de conducta disocial. Entre ellos podemos destacar el cuestionario Esperí, que valora cinco variables conductuales: pre-disocial, disocial, oposicionismo desafiante, impulsividad y psicopatía. Se presenta en dos cuestionarios para niños de 8-11 años y adolescentes de 12-17 años.

Psicométricamente, es también necesaria 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 realizarse un estudio psicodiagnóstico clínico completo que evalúe su estado y la presencia de comorbilidad.

En la tabla II se describen los criterios para el diagnóstico del trastorno disocial según el DSM-5. La tabla III describe la evaluación de los trastornos de la conducta.

En el DSM-5, el trastorno disocial forma parte del grupo de los trastornos disruptivos, de la conducta y del control de los impulsos, grupo en el que, además, y entre otros, se encuentra también el TND. Además, se añade, dentro del trastorno disocial, una especificación: si presenta emociones pro-sociales limitadas. Para asignar esta especificación, la persona debe haber presentado al menos dos de cuatro 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 ese período.

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).

Tratamiento

El tratamiento del trastorno de conducta disocial requiere un planteamiento multimodal que debe tener como objetivos el paciente, la familia y el medio socioescolar. 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 con el 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 un 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 [45]. La colaboración de los padres resulta 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 [46,47].

El hecho de que los padres sufran en muchos de estos pacientes trastornos psiquiátricos es un factor de mal pronóstico, especialmente el tratamiento 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 es, en la mayoría de los casos, coadyuvante (es decir, para el tratamiento de la agresividad o para el de los trastornos comórbidos, como TDAH, trastornos de ansiedad, etc.). Por eso, los tratamientos farmacológicos utilizados en los trastornos de la conducta no se ven apoyados por los resultados de los ensayos clínicos, puesto que carecen de especificidad con respecto al trastorno de la conducta. No obstante, el tratamiento prolongado con psicofármacos a veces puede estar indicado aun sin la presencia de otras comorbilidades. En todos los casos se recomienda precaución y monitorización frecuente, ya que su uso sólo está aprobado en casos de pacientes con trastorno del espectro autista o discapacidad intelectual. También puede utilizarse de forma puntual y en momentos de crisis, aunque el inicio de la acción se retrasa unos 45 minutos.

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 la oxcar-

bacepina, el ácido 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 [28-30].

Trastorno antisocial de la personalidad

Según los criterios del DSM-5, el trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que se inicia en la infancia o principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón ha sido denominado también como psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad; además, dado que dos de las características de este trastorno son el engaño y la manipulación, es fundamental validar la información que nos den estas personas con otras fuentes cercanas a ellos (familiares próximos, amigos, compañeros, etc.).

Los criterios que determinan la personalidad antisocial, teniendo en cuenta que la persona deberá cumplir al menos tres de ellos, son los siguientes:

- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (p. ej., destrucción de una propiedad, robar, etc.).
- Deshonestidad o engaño, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o agresiones (incluidos malos tratos al cónyuge o a los hijos).
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas (períodos significativos sin empleo aun teniendo oportunidades de trabajar, abandono de un trabajo sin motivo alguno, despido por falta de rendimiento, etc.).
- Falta de remordimientos, indicada por la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

Aparte de estos criterios, para realizar el diagnóstico es necesario que el sujeto cumpla tres condiciones: que tenga al menos 18 años, que existan pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de

los 15 años y que el comportamiento antisocial no aparezca exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o trastorno bipolar.

En la tabla IV se describen los criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad desafiante según el DSM-5.

En el DSM-5, el trastorno antisocial de la personalidad se incluye dentro de la categoría 'trastornos disruptivos, de conducta y del control de los impulsos', junto con el TND y el trastorno disocial, entre otros, si bien cabe destacar que también se halla presente dentro de la categoría diagnóstica 'trastornos de la personalidad' (*cluster B*).

Las personas con trastorno antisocial de la personalidad se caracterizan casi siempre por carecer de empatía ('conectar' emocionalmente con el otro), así como por mostrar un carácter arrogante y enreído (por ejemplo, no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros). Otra característica de estos sujetos es la psicopatía. Por otro lado, es frecuente que los afectados por el trastorno antisocial experimenten disforia, una baja tolerancia a la frustración y al fracaso en general (es decir, que se desanimen ante la menor dificultad), y un estado de ánimo depresivo con ansiedad. Asimismo, estas personas tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente.

En cuanto al curso que sigue el trastorno, al igual que la mayoría del resto de los trastornos de la personalidad, es crónico; pero los comportamientos característicos del trastorno que hemos comentado pueden hacerse menos manifiestos a medida que el sujeto se va haciendo mayor, sobre todo en lo que respecta a los comportamientos delictivos y al consumo de sustancias.

Un aspecto importante que hay que tener en cuenta es el patrón familiar relacionado con sujetos con este proceso clínico, acerca de lo cual se ha observado que la aparición de este trastorno es más probable en personas que tengan familiares de primer grado; además, los estudios de adopción han demostrado que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo para este grupo de trastornos.

En cuanto a la prevalencia, el trastorno antisocial de la personalidad se halla en el 3% de los varones y en el 1% de las mujeres de la población general.

Consenso

Los trastornos de conducta ya aparecen en la primera infancia. La investigación demuestra que habitualmente tienen peor pronóstico estos procesos

si la presencia de agresividad física o verbal es de comienzo temprano y el entorno educativo carece del soporte profesional adecuado.

La variable más importante, como factor de riesgo, es el sexo. La agresión física es más frecuente en los niños desde la primera infancia. Evolutivamente, desde el período infantil hasta la adolescencia, la agresión física permanece cinco veces más en chicos que en chicas. En las niñas no existen predictores clínicos fiables que muestren cómo evolucionarán en la adolescencia.

En menores de 2 años se han descrito, como factores de riesgo, los factores genéticos, las características temperamentales, los déficits neurocognitivos, la hiperactividad y las conductas oposicionistas.

Diversos estudios correlacionan en pacientes con trastornos de conducta no tratados la gravedad de los problemas con la edad; así pues, la edad media en que aparecen los problemas leves es de 7 años, la conducta problemática moderada tiene lugar sobre los 9,5 años, y los problemas graves, sobre los 12.

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, como se ha mencionado, existe evidencia científica de que la propia psicopatología mostrada por los padres, así como sus estilos educativos, pueden acabar afectando el desarrollo y evolución de los síntomas típicos relacionados con los trastornos del comportamiento perturbador, por lo que deben tenerse muy en cuenta en el momento de realizar posteriores intervenciones.

Del mismo modo, existe base científica de que no podemos obviar cómo las propias características del niño o adolescente desempeñan un importante papel a la hora de interaccionar con las actitudes educativas de sus padres, ya que, dependiendo de éstas, la respuesta puede variar enormemente y generar elevadas diferencias individuales.

El trastorno de conducta disocial puede mostrar comorbilidades concurrentes y sucesivas. Puede presentar, fundamentalmente, comorbilidad sucesiva con el TND y el trastorno antisocial de la personalidad, y concurrente con el TND, el TDAH, los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad y, de forma muy significativa, con el consumo de sustancias tóxicas.

El coste de los trastornos de conducta en términos de calidad de vida y de recursos es muy alto, e incluye servicios de salud mental, servicios educativos y de asistencia social, además del coste de los servicios de justicia en muchos de estos casos. Con frecuencia, son pacientes con una muy alta tasa de

fracaso escolar y absentismo, sin olvidar la consecuente problemática laboral. Por ello es imprescindible una intervención temprana con una implicación coordinada de diferentes profesionales desde distintos ámbitos. Dichos planes de intervención deben incorporar inevitablemente, como señala la literatura científica actual, variables relacionadas con el entorno y las actitudes educativas de sus padres, a la vez que deben mantener el foco de atención sobre las propias características personales de los niños de cara a dar una respuesta lo más adaptada posible a las necesidades de cada caso.

Bibliografía

- Vigotsky LS. Obras escogidas. Madrid: Visor; 1997.
- Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41: 168-92.
- Farrington DP, Loeber R. Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Crim Behav Ment Health* 2000; 10: 100-22.
- Smith CA, Farrington DP. Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 230-47.
- Klahr AM, Burt SA. Elucidating the etiology of individual differences in parenting: a meta-analysis of behavioral genetic research. *Psychol Bull* 2014; 140: 544-86.
- Miller N, Johnston C, Pasalich D. Parenting and conduct problems: moderation by child empathy. *J Psychopathol Behav Assess* 2014; 36: 74-83.
- Pedreira JL, San Román P, Rodríguez-Sacristán J. Factores de riesgo psicosocial en la primera infancia: seguimiento longitudinal. Madrid: INSERSO; 2001.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. Arlington VA: APA; 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Washington DC: APA; 2000.
- Hayes SC, Gifford EV, Ruckstuhl LE. Relational frame theory and executive function. In Lyon GR, Krasnegor NA, eds. *Attention, memory and executive function*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes; 1996. p. 279-305.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Geneva: OMS; 1992.
- Barkley RA. Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences. In Barkley RA, ed. *Attention-deficit hyperactivity disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*. 3 ed. London: Guilford Press; 2006. p. 77-121.
- 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: 287-96.
- Guan BQ, Luo XR, Deng YL, Wei Z, Ye HS, Yuan XH, et al. Prevalence of psychiatric disorders in primary and middle school students in Human Province. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2010; 12: 123-7.
- Alda JA, Arango C, Castro J, Petibó MD, Soutullo C, San L, coords. *Trastornos del comportamiento en la infancia i l'adolescència: què està passant?* Espelgues de Llobregat: Hospital de Sant Joan de Deu; 2009.
- Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Ojembarrena E, Olaskoaga A. Versión española del ECBI: medida de validez. *Aten Primaria* 1998; 21: 19-34.
- Rigau-Ratera E, Garcia-Nonell C, Artigas-Pallarés. Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Rev Neurol* 2006; 42 (Supl 2): S83-8.
- García-Tornel S, Eyberg SM, Calzada EJ, Sainz E. Trastornos del comportamiento en el niño: utilidad del Inventario Eyberg en la práctica diaria del pediatra. *Pediatría Integral* 1998; 3: 348-54.
- Abad-Gil J. Presentación de los resultados del estudio Eyberg de la SEPEAP. *Pediatría Integral* 2008; Supl 1.
- Lampe EM, Karazsia BT, Wildman BG. Identification of families at risk for behavior problems in primary care settings. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30: 518-24.
- Barkley RA. *Defiant children: a clinician's manual for parent training*. New York: Guilford Press; 1987.
- Greene RW. *The explosive child understanding and parenting easily frustrated 'chronically inflexible' children*. New York: Harper Collins; 1998.
- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric co-morbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1212-24.
- Kazdin AE, Weisz JR, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2 ed. New York: Guilford Press; 2010.
- Kazdin AE. *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. New York: Oxford University Press; 2000.
- Kendall P, Braswell L. *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press; 1985.
- Ruths S, Steiner H. Psychopharmacologic treatment of aggression in children and adolescents. *Pediatr Ann* 2004; 33: 318-27.
- Turgay A. Psychopharmacological treatment of oppositional defiant disorder. *CNS Drugs* 2009; 23: 1-17.
- Byrne S, Walter G, Hunt H, Soh N, Duffy P, Crawford G, et al. Self-reported side effects in children and adolescents taking risperidone. *Australas Psychiatry* 2010; 18: 42-5.
- Greenaway M, Elbe D. Focus on aripiprazole: a review of its use in child and adolescent psychiatry. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 250-60.
- Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman JF, eds. *Pediatric psychopharmacology: principles and practice*. New York: Oxford University Press; 2003.
- Lahey B, Loeber R. Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In Routh DK, ed. *Disruptive behavior disorders in childhood*. New York: Plenum Press; 1994. p. 139-80.
- Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol* 1997; 48: 371-410.
- Loeber R, Burke JD. Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *J Res Adolesc* 2011; 21: 34-6.
- NICHD Early Child Care Research Network. Trajectories physical aggression from toddlerhood to middle childhood: predictors, correlates, and outcomes. *Monogr Soc Res Child Dev* 2004; 69: 1-129.
- Archer J, Côté S. Sex differences in aggressive behavior: a developmental and evolutionary perspective. In Tremblay RE, Hartup, WH, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression*. New York: Guilford Press; 2005. p. 425-43.
- Lacourse E, Nagin D, Tremblay RE, Vitaro F, Claes M. Developmental trajectories of boys' delinquent group membership and facilitation of violent behaviours during adolescence. *Dev Psychopathol* 2003; 15: 183-97.
- Sampson RJ, Laub JH. Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70. *Criminology* 2003; 41: 301-39.
- Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004; 114: e43-50.
- MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.

41. Rutter M. Comorbidity, concepts, claims and choices. *Crim Behav Ment Health* 1997; 7: 265-85.
42. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
43. Masi G, Toni C, Perugi G, Traverso MC, Millepiedi S, Mucci M, et al. Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comp Psychiatry* 2003; 44: 184-9.
44. Serrano E, De la Fuente JE, Ibáñez RM, Sasot J. Mania symptoms in children and adolescents with disruptive behaviour disorders. 13th International Congress. ESCAP. Florence, 2007.
45. Mardomingo MJ. *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y Arte. Madrid: Narcea; 2003.
46. 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: 414-20.
47. Nock MK, Kazdin AE. Parent expectancies for child therapy: assessment and relation to participation in treatment. *J Child Fam Stud* 2001; 10: 155-80.

GEITDAH consensus on conduct disorders in children and adolescents

Summary. In this paper, the Special Interest Group on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (GEITDAH, from its name in Spanish) presents a consensus reached by experts from all over Spain on conduct disorders in children and adolescents. Following the initial work by the team at the Pedopsychiatry Unit at the Quirón-Teknon Hospital in Barcelona, agreements have been reached on a number of basic aspects that could be the starting point for future consensuses. A top priority aim of the work was also to update the criteria in the *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*, for conduct disorders in children and adolescents, together with their comorbidity with attention deficit hyperactivity disorder.

Key words. ADHD. Consensus. Dissocial disorder. GEITDAH. Oppositional defiant disorder.

Tabla I. Criterios para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante (F.91.3) según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*.

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos seis meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos, exhibidos durante la interacción con al menos un individuo diferente a un hermano

Estado de ánimo enojado e irritable:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. A menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros
3. A menudo es colérico y resentido

Comportamiento desafiante y discutiador:

4. A menudo discute con sus figuras de autoridad o, para niños y adolescentes, con adultos
5. A menudo desafía activamente o se niega a cumplir con la solicitud de las figuras de autoridad o adultos
6. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
7. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento

Venganza:

8. Ha sido rencoroso o vengativo al menos dos veces en los últimos seis meses

Nota: considere 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 período de al menos seis meses a menos que se indique lo contrario (con excepción del criterio 8). Para individuos mayores de 5 años, el comportamiento debe ocurrir una vez por semana o más desde al menos seis meses a menos que se indique lo contrario (con excepción del criterio 8)

B. La perturbación en la conducta está asociada con angustia en el individuo o en otros individuos de su contexto social inmediato

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 disruptiva del estado de ánimo

Especificar la gravedad actual:

Leve: la sintomatología se limita en un único contexto (por ejemplo, en casa, en el colegio, en el trabajo o con los compañeros)

Moderado: algunos síntomas están presentes al menos en dos contextos

Grave: algunos síntomas están presentes en tres o más contextos

Tabla II. Criterios para el diagnóstico del trastorno disocial (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*).

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, que se manifiesta 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 seis 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 (por ejemplo, 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 (por ejemplo, ataque con violencia, arrebato de 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 que 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 (por ejemplo, 'tíma' a otros)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (por ejemplo, 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
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 que se va 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 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 ella misma que sobre su efecto en los otros, incluso cuando éstos provocan 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 (por ejemplo, sus acciones contradicen las emociones que muestra, puede 'encender' o 'apagar' sus emociones rápidamente) o cuando la expresión de sus emociones se usa para sacar un beneficio (por ejemplo, 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 (por ejemplo, mentiras, absentismo escolar u otros)

Moderada: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre 'leves' y 'graves' (por ejemplo, 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 (por ejemplo, abuso sexual, uso de armas, crueldad física u otros)

Tabla III. Evaluación de los trastornos de conducta (trastorno negativista desafiante/trastorno disocial).

Anamnesis	Edad de comienzo de los síntomas Síntomas fundamentales Evolución de los síntomas Circunstancias en que se presentan Repercusiones en la vida personal, familiar y escolar Acontecimientos vitales estresantes desencadenantes: divorcio, enfermedades en la familia, pérdida del trabajo
Antecedentes personales del niño	Embarazo: factores estresantes, maltrato Parto: anoxia, sufrimiento fetal Desarrollo psicomotor: deambulación, lenguaje Enfermedades: epilepsia Accidentes: descartar maltrato Hospitalizaciones Escolarización: retraso del aprendizaje, dislexia, disgrafía, discalculia
Antecedentes familiares	Edad de los padres Profesión Nivel educativo Área geográfica Características de la interacción familiar Criterios y pautas educativas Alcoholismo y consumo de drogas Conductas delictivas Trastornos psicóticos Depresión de la madre o maltrato
Exploración física pediátrica ^a	Detección de lesiones físicas signo de maltrato Malformaciones y dismorfias
Exploración neurológica	Síntomas neurológicos finos Alteraciones neurofisiológicas (epilepsias parciales complejas)
Exploración neuropsicológica	Cociente intelectual: inteligencia verbal y no verbal Funciones ejecutivas Atención. Memoria. Percepción Lenguaje Lectura. Escritura. Cálculo
Exploración de la personalidad	
Exploración psiquiátrica	Naturaleza de las conductas perturbadoras Circunstancias en que se presentan Qué significado tienen para el paciente Qué espera lograr A qué las atribuye Qué consecuencias tienen Autocrítica y sentimientos de culpa Sintomatología depresiva y ansiosa Sentimientos de soledad e incomunicación Existencia de agresiones físicas y sexuales Abandono, privación emocional o maltrato en la familia Trastornos de la sensopercepción Trastornos del curso del pensamiento Síntomas maníacos Ideación suicida
Exploraciones complementarias	Hemograma, glucosa, creatinina, ionograma (Na, Ca, K), función hepática (transaminasa glutámico-oxalacética, transaminasa glutámico-pirúvica, γ -glutamyltransferasa), función tiroidea (tirotrópica, triyodotironina, tiroxina) Tóxicos en sangre y orina Electroencefalograma. Tomografía computarizada

^a Puede servir para establecer una relación de confianza médico-paciente.

Tabla IV. Criterios para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición: F60.2*).

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que ocurre desde los 15 años, que se manifiesta por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios:
1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (por ejemplo, destrucción de una propiedad, robar, etc.)
 2. Deshonestidad o engaño, indicados por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
 4. Irritabilidad y agresividad, indicadas por peleas físicas repetidas o agresiones
 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas
 7. Falta de remordimientos, indicada por la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros
-
- B. El individuo tiene al menos 18 años
-
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial antes de los 15 años de edad
-
- D. El comportamiento antisocial no ocurre únicamente durante el curso de una esquizofrenia o un trastorno bipolar
-