

# Trastornos del comportamiento

**L.S. Eddy.** Centre Mèdic Sant Ramón. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). Salud Mental Integral y Comunitaria. Hospital HM Sant Jordi. Barcelona.

**Fecha de recepción:** 6 de febrero 2020

**Fecha de publicación:** 28 de febrero 2020

Adolescere 2020; VIII (1): 28-38

## Resumen

Los trastornos del comportamiento son cada vez más prevalentes, siendo los más frecuentes el Trastorno negativista desafiante (TND), el Trastorno explosivo intermitente (TEI), y el Trastorno de conducta (TC). Las estructuras cerebrales que intervienen sobre los comportamientos prosociales y antisociales son básicamente el sistema límbico (hipotálamo y amígdala) y la corteza prefrontal (regiones orbitofrontal y medial). Los trastornos del comportamiento suelen ir acompañados de problemas emocionales, de problemas en las relaciones sociales con iguales y con las figuras de autoridad, y de retrasos en el neurodesarrollo. Es necesario obtener información durante períodos más o menos prolongados y de diferentes fuentes (padres, profesores, compañeros o iguales, familiares), ya que el individuo con un trastorno del comportamiento suele minimizar sus problemas conductuales, sobre todo si carecen de empatía. Los factores de riesgo son múltiples, tanto biológicos como ambientales, y pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o que perpetúan la conducta. El TND puede solo manifestarse en un entorno, siendo el más frecuente el familiar. Su presencia en más de un entorno será un factor indicativo de gravedad. Para considerar el diagnóstico de TND es necesario que la conducta del adolescente interfiera en los logros académicos, en las relaciones entre iguales o en las intrafamiliares, y/o en otras situaciones importantes de la vida del sujeto. Es frecuente que los adolescentes sean fácilmente irritables y desafiantes, pero sin llegar a padecer un trastorno. El TEI consiste en arrebatos agresivos impulsivos provocados por la ira, de inicio rápido, sin un objetivo o razón, sino como respuesta a una pequeña provocación. En el TC es importante especificar si el individuo presenta emociones prosociales limitadas: falta de remordimientos o culpabilidad; insensible, carente de empatía; despreocupado por su rendimiento; afecto superficial o deficiente. Indican mayor gravedad, y por tanto, peor evolución. No es fácil el tratamiento de los trastornos del comportamiento ya que hay múltiples factores biológicos y ambientales que intervienen. Además es frecuente la presencia de comorbilidad que a veces pasa inadvertida, sin ser diagnosticado ni tratado. Es primordial una evaluación temprana para descartar comorbilidad que puede ser la causa de la clínica conductual para así iniciar un tratamiento farmacológico eficaz, como es el caso del TDAH. El tratamiento del TC es multimodal: trabajar con los padres el manejo de la conducta del adolescente, intervención cognitivo conductual con el adolescente y tratamiento farmacológico de la comorbilidad.

**Palabras clave:** *Trastorno de conducta; Trastorno negativista desafiante; Trastorno explosivo intermitente; Rasgos insensibilidad emocional; Emociones prosociales limitadas.*

## Abstract

Behavioral disorders are becoming more prevalent. The most frequent ones are Oppositional Defiant Disorder (ODD), Intermittent Explosive Disorder (IED), and Conduct Disorder (CD). The basic brain structures that are involved in prosocial and antisocial behaviors are the limbic system (hypothalamus and amygdala) and the prefrontal cortex (orbitofrontal and medial regions). Often behavioral disorders will also display emotional problems, social relationship problems with peers and authority figures, and delays in neurodevelopment. Because the adolescent with a behavioral disorder usually minimizes his/her behavioral problem, especially if he/she lacks empathy, it will be necessary to obtain information during more or less long periods and from different sources (parents, teachers, peers, relatives, etc.). The risk factors are multiple, both biological and environmental, and can act as predisposing, precipitating or perpetuating factors.

The symptoms of ODD may be confined to only one setting, and most frequently it will be the home. Its presence in more than one setting will be an indicator of the severity of the disorder. In order to consider the diagnosis of ODD, it is necessary that the adolescent's behavior interferes with his/her academic achievement, peer or family relationships, and/or other important situations in their life. It is common for teenagers to be easily irritable and challenging but without suffering any type of disorder. The IED consists of recurrent aggressive and impulsive outbursts, anger-based, of rapid onset, without an objective or reason, but in response to a small provocation. In CD it is important to specify whether the individual has limited prosocial emotions: lack of remorse or guilt; callous/lack of empathy; unconcerned about performance; shallow or deficient affect. They indicate greater severity, and therefore, worse evolution. The treatment of behavioral disorders is not easy since there are multiple biological and environmental factors involved. In addition, the existence of comorbidity is frequent and many times it will not be diagnosed nor treated. An early evaluation is essential to rule out comorbidity, which may be the cause of the behavioral symptoms, in order to initiate an effective pharmacological treatment, such as in the case of ADHD. The treatment of CD is multimodal: working with parents to manage the adolescent's behavior, cognitive behavioral intervention with the adolescent and pharmacological treatment of the comorbidity.

**Key words:** *Conduct Disorder; Oppositional Defiant Disorder; Intermittent Explosive Disorder; Callous-unemotional Traits; Limited prosocial emotions.*

## Introducción

Entre las consultas más frecuentes realizadas en psiquiatría infanto-juvenil están los problemas del comportamiento. Ahora bien, es necesario diferenciar un problema de comportamiento que altera el bienestar del adolescente, de su familia y del entorno, de los trastornos del comportamiento clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5 (DSM-5)<sup>(1)</sup> bajo el apartado *Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*, y que corresponden a: Trastorno negativista desafiante (TND), Trastorno explosivo intermitente (TEI), Trastorno de conducta (TC), Trastorno de la personalidad antisocial, Piromanía, Cleptomanía y otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado. Al margen de estos trastornos del comportamiento hay que tener presente que hay otros trastornos psiquiátricos que van acompañados de alteraciones en el comportamiento como puede ser el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar), el trastorno del espectro autista, el retraso mental, el abuso de sustancias y la psicosis<sup>(2)</sup>. También procesos neurológicos orgánicos pueden ocasionar un problema de comportamiento, como por ej., la epilepsia. Este artículo se centrará en los trastornos del comportamiento más frecuentes que son el TND, el TEI y el TC.

Entre las consultas más frecuentes realizadas en psiquiatría infanto-juvenil están los problemas del comportamiento

## Epidemiología

La prevalencia de los trastornos del comportamiento varía según los diferentes estudios. El DSM-5 sitúa la prevalencia del TND en el 3,3% con una relación prepuberal varón/mujer de 1.4:1, pero en la adolescencia y edad adulta se va igualando. La prevalencia del TEI es del orden del 2,7 % y es más frecuente en las personas jóvenes que en lo mayores de 50 años. La prevalencia del TC se sitúa entre 2-10%, con una media del 4%, y es más frecuente en el varón que en la mujer (ratio 5:2). Por tanto, aproximadamente un 9-10% de la población en edad escolar calificaría para el diagnóstico de trastorno de conducta disruptiva<sup>(3)</sup>.

## Fisiopatología

Los sujetos con trastornos del comportamiento presentan déficits en el procesamiento de estímulos emocionales, sobre todo la angustia y el miedo. No responden de la forma habitual a los premios y castigos, es decir, al refuerzo positivo y negativo. A veces son conscientes que violan las normas con riesgo a ser castigados pero les cuesta tomar conciencia que su conducta puede ocasionar daño o perjuicio a un tercero<sup>(4)</sup>.

Los sujetos con trastornos del comportamiento presentan déficits en el procesamiento de estímulos emocionales, sobre todo la angustia y el miedo

Las estructuras cerebrales que intervienen sobre los comportamientos prosociales y antisociales son básicamente el sistema límbico, con especial importancia el hipotálamo y la amígdala, y la corteza pre- frontal

Niveles bajos de serotonina en el cerebro se asociaba con niveles elevados de agresividad de tipo impulsiva

La información aportada por el adolescente es de un valor limitado ya que tienen tendencia a minimizarlo

Cuando se produce una conducta agresiva conviene distinguir entre<sup>(5)</sup>:

- La agresividad reactiva, como respuesta a una provocación o frustración, de la agresividad proactiva en busca de una recompensa.
- La agresividad impulsiva, de la premeditada.
- La agresividad emocional, de sangre caliente, de la agresividad instrumental o de sangre fría, que es cuando uno busca un beneficio y aplica la agresividad para conseguirlo.
- El desplazamiento de la agresividad hacia un tercero tras sufrir una situación frustrante, agresiva o no.
- La agresividad sin motivo, por puro placer, sin duda, el más desconcertante.

Las estructuras cerebrales que intervienen sobre los comportamientos prosociales y antisociales son básicamente el sistema límbico, con especial importancia el hipotálamo y la amígdala, y la corteza prefrontal (sobre todo las regiones orbitofrontal y medial) que está bidireccionalmente vinculada con el sistema límbico<sup>(6)</sup>. Tanto la ansiedad como el miedo activan el sistema límbico. Entre las competencias del lóbulo frontal está la memoria funcional, las funciones ejecutivas, el aplazamiento de la recompensa, la elaboración de planes a largo plazo, la regulación de las emociones y refrenar la impulsividad<sup>(7)</sup>. De una forma simplista se podría decir que el sistema límbico se encarga de las emociones y la corteza prefrontal de gestionarlas. Ambas se estimulan o se inhiben el uno al otro, colaboran y se coordinan, o discuten y trabajan en propuestas diferentes. No hay que olvidar que el lóbulo frontal es la última región del cerebro en madurar completamente, entre los 20 y 30 años de edad, por lo que muchas veces una decisión tomada por parte del adolescente no habrá sido reflexionada.

La testosterona se ha vinculado clásicamente con la agresividad, pero se considera que la agresividad tiene más que ver con el aprendizaje social que con la testosterona. La testosterona aumenta la impulsividad y la asunción de riesgos, pero los efectos de la testosterona son enormemente dependientes del contexto<sup>(5)</sup>.

Un estudio pionero en 1979<sup>(8)</sup> mostró que los niveles bajos de serotonina en el cerebro se asociaba con niveles elevados de agresividad de tipo impulsiva. En otro estudio se observó que el incremento de serotonina no reducía la impulsividad en sujetos normales pero sí en sujetos que eran propensos a ella, como sería el caso de un adolescente con un trastorno de conducta<sup>(9)</sup>.

Otros datos fisiológicos a destacar en individuos con trastornos del comportamiento, son<sup>(1)</sup>: la frecuencia cardíaca en reposo es más lenta; la reactividad de la conductancia de la piel es más baja; y la presencia de una reactividad reducida del cortisol basal.

## Clínica

Además de la conducta agresiva, los trastornos de conducta suelen ir acompañados de problemas emocionales, de problemas en las relaciones sociales con iguales y con las figuras de autoridad, y de retrasos en el neurodesarrollo, como puede ser un TDAH o trastornos del aprendizaje. A la hora de interpretar qué está ocurriendo en un adolescente con problemas de comportamiento es necesario prestar atención a 5 factores<sup>(10)</sup>: la sintomatología, el impacto, los factores de riesgo, sus puntos fuertes, y el modelo explicativo.

## Sintomatología

La mayoría de trastornos psiquiátricos presentan una combinación de síntomas relacionados con cuatro áreas o dominios:

- *Sintomatología emocional.* Es necesario indagar sobre los miedos, la ansiedad, las evitaciones, los síntomas depresivos, las somatizaciones, etc.
- *Problemas de comportamiento.* Las fuentes de información serán los padres y profesores. La información aportada por el adolescente es de un valor limitado. Los niños y adolescentes suelen ser buenos informadores sobre sus emociones, aportando datos que padres y profesores a lo mejor no han sido capaces de captar, pero cuando informan sobre su conducta suelen minimizarla, sobre todo si carecen de empatía, por lo que se precisa de información externa. Se debe preguntar sobre 3 tipos del comportamiento:
  - Conducta desafiante, a menudo asociado con irritabilidad y rabietas o estallidos de ira
  - Agresividad y conducta destructiva
  - Conductas antisociales como robar, prender fuego, abuso de sustancias, etc.

- *Retraso en el neurodesarrollo.* Hay que entrevistar a los padres sobre los diferentes hitos del desarrollo, sobre la atención y regulación, el lenguaje, juego, habilidades motoras, control de esfínteres, logros académicos (sobre todo la lectoescritura y matemáticas).
- *Dificultades en la relación social.* Las relaciones sociales cambian con el desarrollo. A veces no quedará claro si las dificultades de relación social es un problema del adolescente o del grupo de iguales por algún tipo de rechazo no relacionado con su comportamiento (por ej., por su aspecto físico, su condición social, etc.).

Aparte de valorar estas cuatro áreas del adolescente, también es necesario valorar las dificultades del sistema familiar, pues a veces son más relevantes que las del propio adolescente.

## Impacto

Conviene tener presente el impacto social que puede tener el comportamiento del adolescente sobre su vida familiar, su aprendizaje académico, sus relaciones entre iguales y sus actividades de ocio. También hay que valorar si su conducta provoca malestar en el propio adolescente, ya que muchas veces solo produce malestar en los demás.

## Factores de riesgo

Los factores de riesgo (FR) pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o que perpetúan la conducta. Cabe citar los siguientes FR<sup>(1,12,13)</sup>.

- Exposición a conflictos conyugales en el hogar.
- Crianza inconsistente o negligente, de trato severo, con pocas o nulas muestras de afecto.
- Trauma emocional y físico.
- Temperamento con problemas de regulación emocional, como la baja tolerancia a la frustración o niveles altos de reactividad emocional.
- Temperamento con falta de empatía y culpa, con una menor capacidad de respuesta emocional a los sentimientos o señales de los demás, y sin respuesta positiva a los castigos aplicados.
- Bajo cociente intelectual (CI), sobre todo a nivel del CI verbal. Este factor, el bajo CI, no suele observarse en los sujetos con emociones prosociales limitadas o insensibilidad emocional.
- Padecer otro trastorno psicopatológico.
- Psicopatología en los padres.
- Padres con conductas delincuentes y consumidores de tóxicos.
- Estatus socio-económico bajo.
- Vivir en un barrio expuesto a la violencia.
- Factores genéticos o neurobiológicos.

## Puntos fuertes o fortalezas

Es importante no focalizar en todo lo negativo, sino también en los puntos fuertes o positivos del adolescente y de su familia. Entre los puntos fuertes cabe mencionar<sup>(3,10)</sup>:

- Ausencia de los mencionados FR.
- Interacción madre/cuidador principal con el hijo de calidad.
- Disponibilidad del apoyo de una buena red social.
- Presencia de un adulto de referencia positivo.
- Adolescente con buena competencia académica.
- Adolescente con sentimiento de ser bueno en alguna faceta, por lo que es importante potenciar posibles cualidades artísticas, deportivas, etc.
- Interés e implicación en hacer cambios, en seguir una terapia, tanto por parte del adolescente como por parte de la familia.
- Habilidad de hacer amigos, de tener empatía.
- Habilidad de responder positivamente a los refuerzos positivos.

**Es importante no focalizar en todo lo negativo, sino también en los puntos fuertes o positivos del adolescente y de su familia**

## Modelo explicativo

Es bueno tener presente el modelo explicativo de cuáles pueden ser las causas que ha llevado a la situación en cuestión, tanto del adolescente como de la familia, ya que será necesario trabajarlo. Sino, es posible que las expectativas depositadas en la intervención de los profesionales no se cumplan al no abordar sus propias creencias. Por ej., si los padres se sienten culpables porque ambos trabajan una larga jornada laboral y creen que la culpa es porque están poco con su hijo, conviene analizar con ellos los factores neurobiológicos y los sociales que puedan haber intervenido. Además, al margen de la poca o nula utilidad de culpabilizarse, según el caso, podrá ser útil valorar la posibilidad de hacer cambios en la dinámica familiar.

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento, como todos los trastornos psiquiátricos, es clínico

## Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento, como todos los trastornos psiquiátricos, es clínico. A parte de la entrevista clínica, se recomienda la utilización de cuestionarios para maestros y padres, como por ej., el *Parent-rating scale of Reactive and Proactive Aggression* (PRPA)<sup>(14)</sup>. A continuación, se exponen los criterios diagnósticos del DSM-5 para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta más frecuentes.

La característica principal del trastorno negativista desafiante (TND) es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad, discusiones/actitudes desafiantes y/o vengativas

## Trastorno negativista desafiante

La característica principal del trastorno negativista desafiante (TND) es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad, discusiones/actitudes desafiantes y/o vengativas (Tabla I). No es inusual, a diferencia de otros trastornos, como el trastorno por déficit de atención (TDAH), que los individuos muestren síntomas únicamente en casa y solamente con miembros de la familia; pero habrá que tener presente que el grado de generalización de los síntomas será indicativo de la gravedad del trastorno. De tal manera, se considera *leve* cuando los síntomas se limitan a un entorno (en casa, en la escuela, en el trabajo, o con los compañeros); *moderado* cuando aparecen por lo menos en dos entornos; y *grave* cuando algunos de los síntomas aparecen en 3 o más entornos.

En el TND suelen justificar su comportamiento como respuesta a circunstancias o exigencias poco razonables

Es necesario tener presente que los sujetos que padecen un TND no suelen considerarse negativistas o desafiantes ni irritables, sino suelen justificar su comportamiento como respuesta a circunstancias o exigencias poco razonables. Por eso la importancia de entrevistar a diferentes adultos del entorno del niño o adolescente. También conviene no olvidar que es frecuente que niños, y sobre todo adolescentes, puedan ser más o menos irritables, desafiantes y reivindicativos, pero únicamente se debe contemplar el diagnóstico de TND cuando la conducta interfiera en los logros académicos, en las relaciones entre iguales o en las intrafamiliares, y/o en otras situaciones importantes de la vida del sujeto.

## Trastorno explosivo intermitente

Consiste en la presencia de arrebatos agresivos impulsivos, provocados por la ira más que premeditados o instrumentales (Tabla II). Son de inicio rápido, sin un periodo prodrómico que sugiera que vaya a producirse. Los arrebatos no suelen tener un objetivo o razón; suelen ocurrir como respuesta a una pequeña provocación por parte de un amigo o persona cercana. Habitualmente duran menos de 30 minutos. El inicio del cuadro clínico suele ser en la infancia tardía o la adolescencia. El curso puede ser episódico con períodos recurrentes. Puede producir problemas sociales (pérdida de amigos y familiares, inestabilidad matrimonial), escolares (expulsiones que dificulten el aprendizaje académico), laborales (pérdida de empleo), económicos (destrucción de objetos) y legales (cargos penales por agresiones).

El trastorno explosivo intermitente consiste en la presencia de arrebatos agresivos impulsivos, provocados por la ira más que premeditados o instrumentales

## Trastorno de conducta

Se habla de trastorno de conducta (TC) cuando hay un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de los demás, ni las normas o las reglas sociales propias de la edad (Tabla III). Para aplicar el diagnóstico es preciso la presencia de 3 de los 15 posibles síntomas durante los 12 últimos meses y uno presente durante los 6 últimos meses. Habrá que especificar si presentan unas *emociones prosociales limitadas* o rasgos insensibles (*callous-unemotional traits*), un hecho que ocurre en los casos más graves y de peor evolución (12-46 %)<sup>(15)</sup>. Para ello es necesario tener información durante períodos más o menos prolongados y de diferentes fuentes, como son los padres, profesores, compañeros o iguales, y familiares, ya que el individuo con TC suele minimizar sus problemas conductuales. Será importante comprobar que sea un rasgo típico de funcionamiento

interpersonal y emocional del adolescente, y no un hecho puntual. A parte del rasgo de insensibilidad emocional, suele haber presencia de impulsividad/irresponsabilidad y narcicismo/grandiosidad. Los rasgos de insensibilidad emocional son:

- *Falta de remordimientos o culpabilidad.* No le preocupa las consecuencias negativas de su comportamiento.
- *Insensible, carente de empatía.* Se suele describir como una persona fría e indiferente.
- *Despreocupado por su rendimiento.* No le preocupa y suele culpar a los demás de su bajo rendimiento.
- *Afecto superficial o deficiente.* No suele expresar sentimientos ni emociones con los demás y si lo hace es de una forma poca sentida o superficial, y si expresa emociones es para obtener algún beneficio, o sea, manipular o intimidar a otros.

El inicio puede ser antes de los 10 años (tipo de inicio infantil) o después de dicha edad (tipo de inicio adolescente). Otras veces no existirá suficiente información para determinar la edad de inicio (tipo de inicio no especificado). El de inicio infantil suele precederse de un TND y muchas veces acompañado de un TDAH. Estos casos, si no son abordados adecuadamente, suelen evolucionar a un trastorno de personalidad antisocial o trastorno de conducta en edad adulta. Son más frecuentes en el sexo masculino. En cambio, el tipo de inicio adolescente se observa con más o menos la misma prevalencia en ambos sexos, no suele persistir en edad adulta, y las relaciones con los compañeros no suelen mostrar conductas agresivas sino solo en compañía de otras personas, o sea, su clínica es más leve.

También hay que especificar la gravedad del trastorno de conducta, pudiendo ser leve, moderado o grave. Los casos que van acompañados de emociones sociales limitadas suelen ser de tipo de inicio infantil y de gravedad evaluado como grave.

Los sujetos con TC suelen presentar rasgos emocionales negativos, pobre autocontrol con baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, suspicacia, insensibilidad al castigo, búsqueda de emociones e imprudencia. Suele asociarse el abuso de sustancias. Además, las ideas suicidas, las tentativas y el suicidio consumado se producen con mayor frecuencia en este grupo de sujetos.

## Diagnóstico diferencial y comorbilidad

El diagnóstico diferencial debe realizarse con todos los trastornos psiquiátricos que puedan ir acompañados de conducta agresiva, al margen de valorar si los posibles trastornos están presentes de forma comórbida. Por tanto, habrá que tener en mente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de ansiedad, los trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar), el trastorno del espectro autista, el retraso mental, el abuso de sustancias y la psicosis. El TC en la mujer suele presentarse de forma comórbida con trastornos internalizantes (ansiedad, depresión) y trastornos alimentarios; mientras en el varón suele acompañarse de trastornos externalizantes como TDAH, TND y abuso de sustancias.

Además, de forma comórbida es frecuente que haya unos logros académicos por debajo del nivel esperado con problemas a nivel de la lectura y de las habilidades verbales, pudiendo conllevar el diagnóstico de trastorno específico del aprendizaje y/o trastorno de la comunicación.

## Tratamiento

Cuanto más tempranamente se intervenga, mejor será la evolución. No es fácil el tratamiento de los trastornos del comportamiento ya que son múltiples los factores que influyen en el desarrollo de los mismos, tanto biológicos como ambientales, lo que dificulta la intervención. Además, es frecuente la presencia de comorbilidad siendo crucial prestar atención y tratamiento a dicha comorbilidad. Se recomienda una intervención multimodal: trabajar con los padres el manejo de la conducta del adolescente, intervención cognitivo conductual con el adolescente y tratamiento farmacológico<sup>(16)</sup>. En general, se considera más efectivo las intervenciones con la familia que con el adolescente<sup>(17)</sup>. Para otros autores<sup>(3)</sup>, lo ideal es que la intervención se realice en el entorno donde se desarrollan las conductas inadecuadas para así trabajarlas *in situ*. Las diferentes terapias recomendadas son:

- *Entrenamiento a padres.* Se les enseña a los padres a mejorar su comunicación con el hijo, sus métodos de disciplina y el manejo de la conducta de su hijo. El objetivo principal es mejorar las habilidades de crianza de los padres para que sea más cálida, coherente y consistente, evitando la agresividad y la falta de muestras de afecto, lo que a su vez mejorará la relación afectiva con

**El diagnóstico diferencial del trastorno de la conducta debe realizarse con todos los trastornos psiquiátricos que puedan ir acompañados de conducta agresiva, al margen de valorar si los posibles trastornos están presentes de forma comórbida**

**Cuanto más tempranamente se intervenga en el trastorno de la conducta, mejor será la evolución**

**En los trastornos de la conducta además, es frecuente la presencia de comorbilidad siendo crucial prestarla atención y tratamiento**

el hijo<sup>(18)</sup>. Existen diferentes programas estructurados siendo los más conocidos: Los años increíbles<sup>(19,20)</sup>, Programa de Parentalidad Positiva (Triple P), y *Nonviolent Resistance*<sup>(13)</sup>.

- *Terapia de interacción entre padres e hijos*. Se trabaja conjuntamente con los padres y el niño, siendo más beneficioso en niños más pequeños y con TND.
- *Terapia familiar multisistémica*. Es una terapia orientada a la familia e implementada en el hogar con una duración aproximada de 4 meses. Se utiliza sobre todo en adolescentes, tanto con TND como TC.
- *Terapia cognitivo conductual con el niño/adolescente*. El objetivo de la terapia es disminuir los pensamientos y emociones negativas, enseñarles a reconocer sus emociones y las de los demás, y para mejorar sus habilidades sociales.
- *Programas en el entorno escolar*. En diversos países, como el Reino Unido y EEUU, tienen programas oficiales que llevan a cabo en las aulas para trabajar los problemas de comportamiento<sup>(3,16)</sup>.

El tratamiento farmacológico dependerá de la comorbilidad, siendo muy importante abordar toda la comorbilidad que pueda presentar. No existe ninguna medicación dirigida a tratar el TND, y las guías de práctica clínica consideran que no es suficiente tratar exclusivamente con medicación. Cuando hay un TC y va acompañado de un TDAH los fármacos con mayor evidencia de eficacia son los psicoestimulantes, y con un tamaño de efecto menor la Guanfacina y la Atomoxetina<sup>(21)</sup>. Podrá ser necesario la utilización de antipsicóticos (Risperidona, Aripiprazol) y de estabilizadores del humor (Valproato, Litio) pero con menor evidencia científica y con mayores efectos adversos<sup>(22,23)</sup>.

**La prevención consiste en educar a los padres desde la primera infancia a interactuar con los hijos de una forma coherente y consistente y con claras muestras de afecto**

## Prevención

Educar a los padres desde la primera infancia a interactuar con los hijos de una forma coherente y consistente y con claras muestras de afecto. O sea, enseñarles a mejorar su estilo de crianza y a lograr un buen vínculo afectivo. Además, desde pediatría se debe valorar la presencia de factores de riesgo para abordarlos y minimizarlos, en la medida de lo posible. Cuando un niño o adolescente presenta problemas del comportamiento es preciso realizar una extensa evaluación psiquiátrica que evalúe al niño y también la dinámica familiar, pues una intervención precoz siempre mejorará el pronóstico.

**Aunque el 100% de adultos con un TPAS tienen el antecedente de un TC en la infancia o adolescencia, solo el 50% de los niños con TC evolucionan hacia un TPAS**

## Evolución

Los trastornos mentales del adulto suelen comenzar en la infancia. Un TC puede ser la evolución de un TND en un niño con TDAH. El riesgo de un TC es que evolucione a un Trastorno de personalidad antisocial (TPAS). Aunque el 100% de adultos con un TPAS tienen el antecedente de un TC en la infancia o adolescencia, solo el 50% de los niños con TC evolucionan hacia un TPAS<sup>(24)</sup>. El TC de inicio en la infancia tiene mayor riesgo que el de inicio en la adolescencia de evolucionar hacia un TPAS. Aunque no evolucione hacia un TPAS, los sujetos que han presentado un TC suelen tener peor salud con mayor riesgo de presentar enfermedades de transmisión sexual y abuso de tóxicos, además de problemas en sus relaciones de pareja y en el trabajo.

## Tablas y figuras

Tabla I. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno Negativista Desafiante

<p><b>CRITERIO A</b></p>	<p>Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos 6 meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.</p> <p><b>Enfado/irritabilidad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo pierde la calma.</li> <li>2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.</li> <li>3. A menudo está enfadado y resentido.</li> </ol> <p><b>Discusiones/actitud desafiante</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.</li> <li>5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.</li> <li>6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.</li> <li>7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.</li> </ol> <p><b>Vengativo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.</li> </ol> <p>Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un período de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de 5 años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos 6 meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.</p>
<p><b>CRITERIO B</b></p>	<p>Este trastorno de comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p>
<p><b>CRITERIO C</b></p>	<p>Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo.</p>



Tabla II. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno Explosivo Intermitente

<b>CRITERIO A</b>	<p>Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un período de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.</li> <li>2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.</li> </ol>
<b>CRITERIO B</b>	<p>La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.</p>
<b>CRITERIO C</b>	<p>Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).</p>
<b>CRITERIO D</b>	<p>Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales.</p>
<b>CRITERIO E</b>	<p>El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).</p>
<b>CRITERIO F</b>	<p>Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.</p>
<p>Nota: Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro autista, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente.</p>	

Tabla III. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno de Conducta

<p><b>CRITERIO A</b></p>	<p>Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:</p> <p><b>Agresión a personas y animales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo acosa, amenaza o intimida a otros.</li> <li>2. A menudo inicia peleas.</li> <li>3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).</li> <li>4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.</li> <li>5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.</li> <li>6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).</li> <li>7. Ha violado sexualmente a alguien.</li> </ol> <p><b>Destrucción de la propiedad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.</li> <li>9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).</li> </ol> <p><b>Engaño o robo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.</li> <li>11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otras personas).</li> <li>12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).</li> </ol> <p><b>Incumplimiento grave de las normas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.</li> <li>14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.</li> <li>15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.</li> </ol>
<p><b>CRITERIO B</b></p>	<p>El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.</p>
<p><b>CRITERIO C</b></p>	<p>Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.</p>

## Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. *Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*. En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona: Masson; 2014. p. 461-480.
2. Imaz Roncero C, Pérez Cipitria A, Martínez JM, Barbero Sánchez MT, Elúa Samaniego A. La conducta violenta en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2017; XXI (4): 254-260. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/la-conducta-violenta-en-la-adolescencia/>.
3. Gresham FM. *Disruptive Behavior Disorders. Evidence-Based Practice for Assessment and Intervention*. New York: The Guilford Press; 2015.
4. White SF, Frick PJ. Callous–Unemotional Traits and Their Importance to Causal Models of Severe Antisocial Behavior in Youth. En: Salekin RT, Lynam DR, eds. *Handbook of Child and Adolescent Psychopathy*. New York: The Guildford Press; 2010. p. 135-155.
5. Sapolsky R. *Compórtate: la biología que hay detrás de nuestros mejores y peores comportamientos*. Madrid: Capitan Swing Libros, SL; 2017.
6. Sánchez-Navarro JP, Román F. Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de psicología*, 2004; 20 (2): 223-240. Disponible en: [https://www.um.es/analesps/v20/v20\\_2/05-20\\_2.pdf](https://www.um.es/analesps/v20/v20_2/05-20_2.pdf).
7. Dalley JW, Everitt BJ, Robbins TW. Impulsivity, Compulsivity, and Top-Down Cognitive Control. *Neuron*, 2011; 69: 680-694. Disponible en: <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S0896-6273%2811%2900068-7>.
8. Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC, Goyer PJ, Major LF. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res*, 1979; 1 (2): 131-139. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(79\)90053-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(79)90053-2).
9. Clarke HF, Dalley JW, Crofts HS, Robbins TW, Roberts AC. Cognitive Inflexibility After Prefrontal Serotonin Depletion. *Science*, 2004; 304(5672): 878-80. DOI: 10.1126/science.1094987.
10. Goodman R, Scott S. *Assessment*. En: *Child and Adolescent Psychiatry*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell Publications; 2012. p. 3-21.
11. Pisano S, Muratori P, Gorga C, Levantini V, Iuliano R, Catone G, et al. Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Ital J Pediatr*, 2017; 43:84. DOI 10.1186/s13052-017-0404-6. Disponible en: <https://ijponline.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13052-017-0404-6>.
12. Markowitz AJ, Ryan RM, Marsh AA. Neighborhood income and the expression of callous–unemotional traits. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2015; 24:1103–18.
13. Omer H. *Nonviolent Resistance. A New Approach to Violent and Self-Destructive Children*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
14. Kempes M, Matthys W, Maassen G, van Goozen S, van Engeland H. A parent questionnaire for distinguishing between reactive and proactive aggression in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006; 15: 38–45. DOI 10.1007/s00787-006-0502-2.
15. Fanti KA. Individual, social, and behavioral factors associated with co-occurring conduct problems and callous-unemotional traits. *J Abnorm Child Psychol*, 2013; 41:811–24.
16. Clanton RL, Baker RH, Rogers JC, De Brito SA. *Conduct Disorder*. En: Goldstein S, DeVries M, eds. *Handbook on DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*. New York: Ed. Springer International Publishing AG; 2017. p. 499-527. DOI 10.1007/978-3-319-57196-6\_26.
17. Thompson KC, Stoll KA, Paz C, Wright S. *Oppositional Defiant Disorder*. En: Goldstein S, DeVries M, eds. *Handbook on DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*. New York: Ed. Springer International Publishing AG; 2017. p. 483-497. DOI 10.1007/978-3-319-57196-6\_25.
18. Waller R, Shaw DS, Neiderhiser JM, Ganiban JM, Natsuaki MN, Reiss D, et al. Toward an understanding of the role of the environment in the development of early callous behaviour. *J Pers*, 2017; 85:90–103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4761338/>.
19. Webster-Stratton C, Jamila Reid M. *Series de entrenamiento a padres, maestros y niños. Tratamiento multifacético para niños con trastorno de conducta*. Disponible en: [http://www.incredibleyears.com/wp-content/uploads/tratamiento-multifacetico\\_Capitulo-13\\_10.pdf](http://www.incredibleyears.com/wp-content/uploads/tratamiento-multifacetico_Capitulo-13_10.pdf).
20. Webster-Stratton C, Gaspar MF, Seabra-Santos MJ. *La Versión de Padres, Profesores y Niños del Incredible Years®: Adaptación a Portugal de Programas de Intervención Temprana para la Prevención de Problemas de Conducta y para la Promoción de la Competencia Social y Emocional*. *Psychosocial Intervention*, 2012; 21 (2): 1-17. Disponible en: [http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2012v21n2a5\\_es.pdf](http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2012v21n2a5_es.pdf).
21. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. *The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine*. *Can J Psychiatry* 2015; 60(2):42–51. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371506000202>.
22. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, Feldman M, Bélanger SA, Steele MM, et al. *Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder*. *Can J Psychiatry* 2015; 60(2):62–76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344948/pdf/cjp-2015-vol60-february-62-76.pdf>.
23. Gerlach M, Mehler-Wex C, Schimmelmann BG. *Antipsychotics*. En: Gerlach M, Warnke A, Greenhill L, eds. *Psychiatric Drugs in Children and Adolescents*. New York. Ed. Springer-Verlag Wien; 2014. p. 157-218. DOI 10.1007/978-3-7091-1501-5.
24. Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry*, 2004; 184: 118–127.

## PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. La comorbilidad más frecuente en un trastorno del comportamiento es:**
  - a) Depresión
  - b) TDAH
  - c) Consumo de tóxicos
  - d) Ansiedad
  - e) Retraso mental
  
- 2. Las emociones prosociales limitadas:**
  - a) Es un indicador de gravedad en el TC
  - b) Pueden estar presente tanto en el TND como TC
  - c) Los sentimientos de culpabilidad son evidentes
  - d) Su presencia disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad antisocial
  - e) Todos son correctas
  
- 3. Los trastornos del comportamiento suelen ir acompañados de:**
  - a) Sintomatología emocional
  - b) Problemas de relación con iguales
  - c) Retrasos en el neurodesarrollo
  - d) Agresividad
  - e) Todos
  
- 4. El tratamiento farmacológico de un adolescente con un trastorno del comportamiento, cual es correcto:**
  - a) No está indicado hacer ningún tratamiento farmacológico
  - b) Los antipsicóticos son los fármacos de primera elección al disponer de pocos efectos adversos
  - c) Solo se medica si falla la intervención psicológica
  - d) El tratamiento farmacológico se centra en tratar la comorbilidad
  - e) Ninguno es correcto
  
- 5. El trastorno explosivo intermitente**
  - a) Los arrebatos agresivos tienen un objetivo
  - b) Habitualmente duran horas
  - c) El cuadro clínico es de inicio rápido
  - d) Suele comenzar el trastorno antes de los 6 años
  - e) La agresividad es de tipo instrumental

Respuestas en la página 74.e6