

## CONCEPTO CLÍNICO Y CLASIFICACIÓN

### INTRODUCCIÓN

Digamos que en castellano la palabra disocial presenta una connotación más cercana a conductas delinquentes que a los que realmente se desea denominar clínicamente como trastorno de conducta. El trastorno de conducta es una categoría psiquiátrica, en tanto que las conductas delinquentes pertenecen al ámbito social y penal. Esto no quiere decir que no exista una más que posible interrelación entre ambos aspectos.

De hecho no podemos negar que en los problemas de conducta de la infancia y la adolescencia existe una intersección entre la justicia y la psiquiatría. Si bien la primera intenta valorar la conducta en cuanto infracción de la ley, la psiquiatría la aborda desde la perspectiva del desarrollo y su anomalías. En conclusión se trataría de la perspectiva clínica y su repercusión social y legal.

Los trastornos de conducta han oscilado siempre entre responsabilidad y culpabilidad, entre ley y medicina, entre psiquiatría y criminología. Unos defienden los aspectos psicológicos en tanto que otros se centran en los aspectos morales y/o criminalidad derivada de los mismos. De aquí que los "tratamientos" hayan oscilado entre castigo y cuidados. Como se interrogan los anglosajones, ¿se trata de *mad boys* o *bad boys*? (*enfermos psíquicos* o *malos-delinquentes*). Estos aspectos, aparentemente teóricos, son de una importancia capital, ya que nos orientan en cuanto a las distintas praxis "asistenciales" que se han venido desarrollando a lo largo de la historia y en distintas sociedades y culturas. No hay más que traer los acalorados debates que suscitaron la Ley de Menor en los medios de comunicación. Tal vez no exista otra patología paidopsiquiátrica que implique una influencia social tan importante como los denominados problemas de conducta o disociales.

A lo largo de la historia se han dado distintos nombres, normalmente relacionados con variadas "etiologías". Así tenemos el concepto de *'criminal congénito'* de Lombroso, la *"manía sin delirio"* de Pinel, la *"monomanía instintiva o impulsiva"* de Esquirol, *"la locura de los degenerados"* de Morel, la *"moral insanity"* de Pritchard, la *"moralische krankheiten"* de los alemanes y, por último, la *"locura de los instintos"* de Maudsley. Todas estas definiciones hacen referencia, de una manera u otra, a la etiopatogenia constitucionalista u orgánica. Esta corriente es la que se mantiene en el espíritu de K. Schneider en su descripción de la entidad que denominó *"psicópatas apáticos"*. Fueron las corrientes psicoanalíticas las que pusieron el contrapunto ambientalista en la etiopatogenia de los trastornos de conducta. En este sentido, fue un discípulo de Freud, Aichhorn, el que realizó una descripción que bien pudiera tratarse de un clínico de nuestros días: *"Cada niño es primero un ser social que busca, ante todo, la satisfacción inmediata de sus necesidades instintivas, sin consideración por el mundo que le rodea. Este comportamiento, normal para un niño, es considerado como asocial o disocial en un adulto. Son los adultos los que enseñan a los niños, que son todos disociales desde el nacimiento, a adaptarse a las demandas de la sociedad"* (Aichhorn, 1925). Este autor está considerado como el pionero de la denominada psicoeducación.

Las investigaciones sobre los aspectos ambientales y constitucionales de los trastornos de conducta se han mantenido hasta nuestros días sin que hasta el momento se haya podido delimitar con suficiente claridad el peso de cada uno de ellos en la presentación de los mismos. Lo destacable es que lo que antes se "trataba" a través del castigo o sanción, hoy se aborda con medidas educativas que se intentan sean las más apropiadas para cada caso.

### CLASIFICACIÓN.

Las distintas clasificaciones internacionales (CIE-10 y DSM) nos van a posibilitar la precisión clínica, mejor dicho descriptiva, de los trastornos de conducta sin entrar en consideraciones psicopatológicas. Intentan estar por encima de las consideraciones etiopatogénicas. Se limitan a exponer una serie de conductas que se han determinado en considerar como trastornos de conducta, entre otras razones por la frecuencia y consistencia interna con la que todas ellas se encuentran en determinados niños y adolescentes. Pasemos a exponer brevemente cada una de ellas.

## 1. CIE – 10.

Hasta llegar a la definición actual, la CIE-10, los trastornos de conducta en la infancia han sido abordados de diferentes maneras. Así tenemos que la CIE-8 de 1965 ya incluía una categoría específica denominada “Trastorno de Conducta de la Infancia”. Fue en la CIE-9 en donde se describen distintos trastornos de conducta a través de varias categorías:

- Trastornos de conducta, subtipo: socializado, no socializado, compulsivo, mixto, con hipercinesia, sin trastornos de personalidad.
- Trastorno hiperkinético.
- Trastornos de la adaptación.
- Personalidades amorales, antisociales, asociales.
- Conducta disocial sin trastorno psiquiátrico (Código V).

En la CIE-10 se intenta realizar un esfuerzo por adaptarse a la clasificación americana (DSM), bajo la categoría F91 definiéndola como un conjunto de conductas repetitivas y persistentes en donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás, o las normas y reglas sociales, teniendo en cuenta la edad del paciente. La duración exigida es al menos de seis meses.

Introduce una lista de 23 síntomas (Tabla 1) sin que se establezca una jerarquía en cuanto a su importancia y sin reagrupamiento, como si se hace en el DSM.

Tabla 1. *Síntomas de los Trastornos de Conducta de la CIE-10.*

1. Presenta accesos de cólera anormalmente frecuentes y violentos, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo.
2. Discute frecuentemente con los adultos.
3. Se opone activamente a las demandas de los adultos o desobedece.
4. Realiza frecuentemente, de forma deliberada, cosas que contraría a los adultos.
5. Acusa frecuentemente a otros de ser responsables de sus faltas o de su mala conducta.
6. Es frecuentemente susceptible o contrariado pro los demás.
7. Es frecuentemente rencoroso o vengativo.
8. Es frecuentemente malo o vindicativo.
9. Miente frecuentemente o no mantiene sus promesas, para obtener objetos o favores o para evitar obligaciones.
10. Comienza frecuentemente peleas (no tener en cuenta peleas entre hermanos y hermanas).
11. Ha utilizado un arma que puede herir seriamente a otro (por ejemplo un bastón, u ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma de fuego).
12. Permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición de los padres.
13. Ha sido físicamente cruel hacia personas.
14. Cruel hacia los animales.
15. Ha destruido deliberadamente bienes de los demás.
16. Ha prendido fuego pudiendo provocar, o para provocar destrozos importantes.
17. Robo de objetos de valor, sin enfrentarse a la víctima, en la casa o fuera de la casa.
18. Hace novillos con frecuencia, desde la edad de 13 años o antes.
19. Se ha fugado al menos dos veces o no al menos una vez no ha vuelto hasta el día siguiente, viviendo con sus padres o en acogida familiar (no cuentan las fugas para evitar el castigo).
20. Ha cometido algún delito con enfrentamiento a la víctima.
21. Ha obligado alguien a tener una actividad sexual.
22. Molesta frecuentemente a otras personas (hiere, les hace sufrir, intimida..)
23. Ha entrado en la casa violentándola, o un inmueble o en el coche de otra persona.

Distingue, según la gravedad, entre leve, moderado y grave, dependiendo de si existe comorbilidad emocional o hiperactividad, aunque muy especialmente de la cantidad y tipo de síntomas predominantes. La CIE – 10, igualmente, hace hincapié en los aspectos socializadores de trastorno: Así, diferencia entre:

- *Subtipo socializado/no socializado.* Viene definido por la presencia, o no, de amistades durables en el grupo de iguales.
- *Subtipo limitado al contexto familiar.* Se limita al contexto familiar.
- *Subtipo Trastorno opositor desafiante.* Se incluye en el epígrafe de trastorno disocial. Debe cumplir al menos cuatro síntomas o más de la relación expuesta en la tabla 1, aunque no más de dos de los síntomas numerados del 9 al 23.

- Los trastornos hiperkinéticos se contemplan en la categoría F90.

### 2. CLASIFICACIÓN DSM.

Es la clasificación propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría. Los trastornos de conducta fueron recogidos por primera vez en su versión DSM-II de 1968 con distintas categorías:

- *Trastorno transitorio situacional de la infancia y la adolescencia.*
- *Reacción agresiva antisocial de la infancia y adolescencia.*
- *Reacción delincuente de grupo de la infancia y adolescencia y*
- *Conducta disocial.*

En el DSM-III publicado en 1980 los trastornos de conducta fueron divididos en dos categorías distintas: *el trastorno oposicionista y el trastorno de conducta* con diferentes subtipos, según el nivel de socialización o la presencia, o no, de conductas agresivas. *Distinguía entre mal socializado/agresivo y no agresivo y socializado agresivo/no agresivo.*

Tal como sucedía con el DSM-II algunos problemas de conducta son situacionales y entrarían a formar parte de la categoría referente a los trastornos adaptativos:

- *Con alteración de conducta.*
- *Con alteración mixta de las emociones y de la conducta.*

Se añade un Código V para explicitar la conducta antisocial del niño y del adolescente sin relación a un trastorno mental específico.

Con la revisión del DSM-III el trastorno oposicionista pasa a llamarse Trastorno Oposicionista Desafiante cuya semiología características serían los comportamientos negativistas, provocadores y hostiles, aunque con el aspecto diferencial, respecto al trastorno disocial, de que no presentan violación de los derechos fundamentales de los demás.

Por tanto, en el DSM-III-R, en el epígrafe denominado **Conductas Perturbadoras**, se distinguen tres categorías:

- *La hiperactividad con déficit de atención.*
- *El trastorno oposicionista desafiante y*
- *El trastorno de conducta o disocial. Éste, a su vez, con dos subtipos: en grupo y el solitario agresivo.*

Esta clasificación sigue haciendo hincapié en los aspectos sociales y morales y no se adapta a toda la casuística, especialmente en lo que se refiere a las niñas (Zoccolillo y cols, 1996).

El DSM-IV reagrupa los problemas de conducta en un epígrafe que denomina Déficit de Atención y Conductas Perturbadoras con cuatro grandes categorías: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante y el no especificado.

En el DSM-IV el trastorno de conducta es definido como un conjunto de conductas repetitivas y persistentes en donde no son respetados los derechos fundamentales de los demás o las normas sociales, teniendo en cuenta la edad del paciente. Debe cumplir, al menos tres criterios durante el último año o uno durante los últimos seis meses (Criterios A) (Tabla 2.)

La clínica debe ocasionar un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, escolar o profesional (Criterio B). Si el sujeto tiene 18 años hay que evaluar la posibilidad de que no cumpla los criterios para el trastorno antisocial de personalidad. Debe presentarse antes de lo 15 años.

Los problemas de conducta puede presentarse en contextos muy variados: escuela, en la casa y/ en distintos ambientes. Igualmente, no siempre la familia tiene conocimiento de ellos,

dependiendo del nivel de vigilancia sobre el niño/a. Los niños con problemas de conducta reaccionan normalmente con excesiva hostilidad o conductas agresivas hacia los demás. Sin embargo, en función de la edad, la violencia física puede predominar en el comportamiento general.

Otra de las características es la falta de empatía hacia los demás que presentan los niños y adolescentes con este problema y suelen interpretar como hostiles las intervenciones de los demás. Suelen culpar a los demás de sus infracciones o justificarlas de forma excesiva. Se observa una baja tolerancia a la frustración, irascibilidad y crisis de cólera desproporcionadas.

Tabla 2. *Síntomas del trastorno disocial en el DSM-IV-R.*

- 1. Agresión a personas y animales**
  - 1.1 a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a los otros.
  - 1.2 A menudo inicia peleas físicas.
  - 1.3 Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.
  - 1.4 Ha manifestado crueldad hacia las personas.
  - 1.5 Ha manifestado crueldad física hacia los animales.
  - 1.6 Ha robado enfrentándose a la víctima.
  - 1.7 Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
- 2. Destrucción de la propiedad**
  - 2.1. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
  - 2.2. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas
- 3. Fraudulencia o robo**
  - 3.1. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
  - 3.2. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones
  - 3.3. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima
- 4. Violación grave de las normas**
  - 4.1. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
  - 4.2. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar de acogida
  - 4.3. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

Se distinguen dos subtipos: de inicio en la infancia (antes de los 10 años) o a partir de los 10 años o de inicio en la adolescencia. Así mismo se diferencia distintos tipos de gravedad: leve o con escasa repercusión, moderado cuyas repercusiones están entre el anterior o el grave cuyas repercusiones son de bastante importancia.

#### VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Las investigaciones que se han realizado en niños en edad escolar ha demostrado la validez del diagnóstico, así como su estabilidad (Lahey y col, 1994). En niños en edad preescolar se ha demostrado la validez para el trastorno negativista desafiante (Keenan y cols, 2002).

Wakefield y cols (2002) insisten en el hecho de la falta de validez diagnóstica cuando el niño vive en situación social desfavorable. De aquí la importancia de valorar la situación psicosocial de cada niño o adolescente que consulta por un posible trastorno disocial.

Oro aspecto importante es la edad de presentación. Las formas de comienzo durante la infancia serían las más agresivas, se darían especialmente en niños e irían acompañadas de una alteración muy importante en las relaciones con los iguales. Igualmente, a esta edad suelen ir acompañados de la comorbilidad TDAH. Su evolución tiende a la cronicidad, los niños presenta un CI más bajo y un alto riesgo de evolución hacia trastorno antisocial en el adulto.

Los que se presentan en la adolescencia las diferencias niño/niña es menos marcada, serían menos agresivas y con una relación con iguales menos afectada. En definitiva el pronóstico sería mejor que los de presentación en la infancia.

El estudio de Sanford y cols (1999) ponen en cuestión las afirmaciones precedentes. Esta investigación no estaría de acuerdo en la mayor agresividad, ni en la mayor prevalencia en

niños, ni en el CI, ni que, en definitiva, se pueda utilizar la edad de presentación como un factor pronóstico.

### DIFERENCIAS SEMIOLÓGICAS ENTRE NIÑOS Y NIÑAS

La mayoría de los estudios están realizados con muestras de niños. Sin embargo el interés por los trastornos de conducta en niñas ha aumentado en la medida que éstas se han incorporado a bandas juveniles y se ha incrementado la criminalidad en adolescentes.

Algunos investigadores han propuesto no utilizar la edad de 10 años como edad de corte, sino la pubertad ya que es en esta edad donde se van produciendo los cambios conductuales característicos del trastorno disocial. Las particularidades semiológicas en las niñas sería la predominancia de la conducta sexual, la prostitución, la búsqueda de compañeros, a su vez, antisociales, los embarazos precoces, malas madres y comorbilidades ansiosas y depresivas (Loeber y cols, 2000).

Las niñas presentarían, igualmente, un menor repertorio de conductas agresivas y, por el contrario, mayor repertorio de conductas manipuladoras. Mayor sentimiento de culpabilidad y capacidad empática. El trastorno negativista desafiante no sería un precursor tan frecuente como en los niños. El pico de mayor prevalencia se sitúa entre los 15 – 16 años.

### TRASTORNOS PAIDOPSIQUIÁTRICOS QUE PUEDE SIMULAR O PRESENTAR SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DISOCIAL.

Existen una serie de trastornos paidopsiquiátricos que pueden presentar síntomas propios del trastorno disocial y que deberíamos tener en cuenta a la hora de realizar nuestro diagnóstico por las implicaciones específicas que tienen en el tratamiento.

#### 1. Trastorno negativista desafiante (TND).

El TND reviste algunas características que conviene precisar. La primera de ellas es que en bastantes ocasiones preceden al trastorno disocial siendo considerado por algunos investigadores con un factor de riesgo en los niños y no en las niñas. Otro aspecto importante es que en la CIE-10 está incluido entre los trastornos de conducta en tanto que el DSM-IV-TR los diferencian. En esta última clasificación cuando se cumplen los criterios de un trastorno disocial, incluye al TND. De aquí que haya investigadores que se planteen el interrogante de si no se trataría de un mismo trastorno con un origen genético común (Rutter, 2001).

#### 2. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

La evolución de un TDAH a un trastorno de conducta no es algo infrecuente, como tampoco al revés. Hay investigadores que proponen, por este motivo, la existencia de factores genéticos comunes a ambos trastornos, o bien un ambiente negativo que favorecería la comorbilidad. Para otros serían las características negativas a nivel cognitivo la causa de esta relación.

#### 3. Trastorno Explosivo Intermitente (TEI).

El TEI se caracteriza por la capacidad de autocontrol de las conductas agresivas de forma intermitente con grave daño para los bienes. No existe una proporción entre la conducta explosivo-agresiva y los factores que la desencadenan, siendo ésta una de las características determinantes. La diferencia fundamental con los trastornos de conducta es que en este último lo más determinante es la transgresión de las reglas y normas sociales.

#### 4. Trastorno bipolar de inicio en la infancia/adolescencia.

Los problemas de conducta son habituales en la presentación de la manía infanto-juvenil. Hasta tal punto es así que algunos autores defiende la entidad trastorno bipolar/trastorno de conducta como una entidad diferenciada (Wozniak y cols, 2001).

Las conductas comunes a ambos trastornos serían los siguientes: la desinhibición, conductas sexuales inapropiadas, utilización fraudulenta del dinero de los padres, las conductas

agresivas. Sin embargo, la base del trastorno bipolar es el aspecto afecto-regulador. También es conocida la alta comorbilidad entre el TDAH, los trastornos de conducta y el trastorno bipolar.

### 5. Trastornos aislados de conducta.

Para bastantes autores no existirían los trastornos de conducta aislados teniendo en cuenta que la mayoría de las veces se encuentra asociados a otros trastornos. De esta forma se han propuesto varios subtipos dependiendo de su análisis estadístico o clínico.

Así, Frick y cols(1993) propone cuatro clusters en dos dimensiones de los trastornos de conducta. Serían los siguientes:

- Conductas manifiestas: agresiones, oposición.
- Conductas encubiertas: destrucción de la propiedad y fugas.

Brown y cols (1996) proponen una clasificación basada en el tipo de agresión que se produce. Las agresiones pueden ser proactivas (serían espontáneas y encaminadas a obtener algún beneficio o dominar). Las reactivas se encuadrarían en una acción defensiva. Ambas pueden coexistir.

Por último, Frick y Ellis (1999) proponen otra nueva clasificación dependiendo de la existencia, o no, de frialdad afectiva. Cuando existe esta frialdad o ausencia de sentimientos o culpa la gravedad sería mayor.

### BIBLIOGRAFÍA

- Aichorn A. Jeunesse en sufferance. Psychanalyse et éducation spécialisée. Préface de Sigmund Freud, 1925. Éditions du Champ social, 2000 : 206 p.
- Brown K; Atkins MS; Osborne MS y cols. A revised teacher rating scale for reactive and proactive aggression. J Abnorm Child Psychol 1996, 24: 473-479.
- Frick PJ; Lahey BB; Loeber R y cols. Oppositional defiant disorder an conduct disorder: a meta analytic review of factor analyses and cross validation in a clinic sample. Clin Psychol Rev 1993, 13: 319-340.
- Frick PJ; Ellis M. Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. Clin Child Fam Psychol Rev 1999, 2: 149-168.
- Keenan K; Wakschlag LS. Can a valid diagnosis of disruptive behaviour disorder be made in preschool children? Am J Psychiatry 2002, 159: 351-358.
- Lahey BB; Applegate B; Barkley RA y cols. DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. Am J Psychiatry 1994, 151: 1163-1171.
- Loeber R; Burke JD; Lahey BB; Winters A; Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000, 34: 1468-1484.
- Rutter M. Conduct disorder: future directions. An afterword. En: Conduct dsorders in childhood and adolescence. Hill J; Mauchan B (eds), Cambridge child and adolescent psychiatry. Cambridge University Press, 2001: 553-572.
- Sanford M; Boyle MH, Szatmari P; Offord DR et cols. Age-of-onset classification of conduct disorder: reliability and validity in a perspective cohort study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999, 38: 992-999.
- Zoccolillo M; Tremblay R; Vitaro F. DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescents girls: specific but insensitive. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996, 35: 461-470.

## TRASTORNOS DE CONDUCTA: CONCEPTO CLÍNICO, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- Wakefield JC; Pottick KJ; Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder social context?. Am J Psychiatry 2002, 159: 380-386.
- Wozniak J; Biederman J; Faraone SV; Blier H y cols. Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder . J Affect Disord 2001, 64: 121-131.