

Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento

Francisco de la Peña-Olvera,¹ Lino Palacios-Cruz²

Artículo original

SUMMARY

Disruptive behavior disorders (DBD) in childhood and adolescence are among the most frequent reasons for consultation and counseling.

In Oppositional Defiant Disorder (ODD), psychosocial management is the therapeutic intervention of choice. Training parents and caregivers in the behavioral management of the child or early adolescent (12 to 15 years) is the best interventions. Behavioral perspective needs to cover all contexts: family, school, and the child. The clinician must make an individualized treatment plan. The parents suggested interventions should be based on those with the greatest empirical evidence. The use of drugs may be useful as an addition to psychosocial interventions for symptomatic treatment and comorbid conditions. Severe and persistent ODD may require prolonged and intensive treatment. Brief interventions are usually ineffective.

Conduct disorder (CD) is a mixed manifestation that needs biological, psychological and social therapeutic intervention. Psychopharmacological treatment alone is never enough. Studies with drugs for the treatment of CD may be grouped by type of drug used: mood stabilizers, antipsychotics and stimulants. The overall effect size of psychotropic agents in the treatment of aggression is 0.56. Currently only three psychosocial treatments have been adequately evaluated: A) Training for parents, B) Cognitive training in problem-solving skills and C) Multisystemic therapy.

Conclusions

ODD and CD are among the most frequent and severe mental disorders in childhood and adolescence. The treatment of these conditions must be multimodal or multisystemic, including pharmacological, psychoeducational and psychotherapy.

Key words: Disruptive behavior, diagnosis, treatment, children adolescents.

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Disruptiva (TCD) en la infancia y la adolescencia constituyen uno de los motivos más frecuente de consulta.

En el Trastorno Negativista y Desafiante (TND) el tratamiento psicosocial es la intervención terapéutica de primera elección. Los programas de intervención desde una perspectiva conductual abarcan todos los contextos: familiar, escolar y del propio niño o adolescente. El clínico debe considerar importante cualquier información obtenida de otros informantes, *vgr.* maestros, para realizar un plan de tratamiento individualizado. Las intervenciones sugeridas a los padres deben basarse en las de mayor evidencia científica. El uso de medicamentos puede ser útil como tratamiento adjunto a las intervenciones psicosociales, para el tratamiento sintomático y el de las comorbilidades. Cuando el TND es intenso y persistente se pueden requerir tratamientos prolongados e intensivos. Las intervenciones cortas usualmente son inefectivas.

El Trastorno Disocial (TD) es un fenómeno que por su naturaleza mixta, biológica, psicológica y social, requiere de una intervención terapéutica integral. La magnitud del efecto global de los fármacos en el tratamiento de la agresión es de 0.56. Actualmente sólo tres tratamientos psicosociales han sido adecuadamente evaluados: a) El entrenamiento para padres, b) el entrenamiento cognitivo en habilidades para resolver problemas y c) la terapia multisistémica.

Conclusiones

Los padecimientos externalizados como el TND y el TD; constituyen algunos de los problemas más frecuentes y graves dentro de los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia. El tratamiento de estos padecimientos debe tener un enfoque multimodal o multisistémico que incorpore las aproximaciones farmacológicas, psicoeducativas y psicoterapéuticas necesarias.

Palabras clave: Conducta disruptiva, diagnóstico, tratamiento, niños y adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta disruptiva (TCD) en la infancia y la adolescencia constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica

y psiquiátrica.¹ Los TCD también se han conocido como problemas o «padecimientos externalizados»^{2,3} o del comportamiento perturbador. Esta «dimensión» ha incluido problemas conductuales y los causados por el consumo de alcohol y sustancias. El Manual Diagnóstico y Estadístico

¹ Departamento de Fomento a la Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Subdirección de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Correspondencia: Dr. Francisco de la Peña. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, DF. Email: adolesc@imp.edu.mx

para los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), en su cuarta versión,⁴ incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista y desafiante (TND), el trastorno disocial (TD), así como los trastornos por uso de sustancias (TUS) y al trastorno explosivo intermitente (TEI). Este último, forma parte de los trastornos del control de los impulsos, comórbido frecuentemente con los padecimientos externalizados. Considerando que el TND y el TD constituyen los padecimientos claves en los TCD dentro del DSM-IV y que corresponden a las categorías de los trastorno de conducta (F.90)⁵ de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD, por sus siglas en inglés), en su décima edición, en especial al conjunto F91.0, F91.1 y F91.2 de los trastornos de conducta y el F91.3 que corresponde al trastorno oposicionista y desafiante, las descripciones clínicas y terapéuticas se centrarán en estos dos padecimientos.

El trastorno negativista y desafiante se caracteriza por la manifestación de un patrón de conducta hostil (discutir, desobedecer, etc.), preferentemente contra la autoridad. Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos.⁴

El trastorno disocial se caracteriza por un patrón persistente y repetitivo de violación a las reglas y normas que se marcan para la edad (mentir, robar, lastimar, etc.). Se inicia durante la infancia y genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas en la escuela, el hogar o los amigos.⁴

En 2007 la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y de Adolescentes (AACAP por sus siglas en inglés) difundió los parámetros prácticos para el diagnóstico y el tratamiento del TND.⁶ De igual forma, en México, durante 2010, el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro publicó sus Guías Clínicas. La guía clínica no. 2 corresponde a los trastornos de conducta.⁷ El Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, por medio de la Clínica de Adolescentes publicó las Guías Clínicas para el TND⁸ y para el TD.⁹ Estas publicaciones constituyen parte importante para la preparación de este artículo y se recomienda su consulta para quienes buscan parámetros o guías ampliadas. El objetivo principal de esta revisión es mostrar los datos más relevantes para el diagnóstico y el tratamiento de los TCD.

TRASTORNO NEGATIVISTA Y DESAFIANTE

Definición y características clínicas

El TND se define por un patrón recurrente, que causa un deterioro clínicamente significativo, de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, que debe manifestarse de forma más

o menos continua y en el que están presentes algunos de los siguientes comportamientos: Encolerizarse y prorrumpir en pataletas (berrinches), discutir con adultos, desafiarlos activamente o rehusarse a cumplir sus demandas, molestar deliberadamente a otras personas, acusar a otros de sus errores o mal comportamiento, ser susceptible o fácilmente molestado por otros, mostrarse enojado y resentido, rencoroso y vengativo. Si bien el TND tiene una relevancia clínica importante, son relativamente pocos los conocimientos que tenemos sobre él, posiblemente debido a la falsa creencia de considerar a este trastorno como una variante o una manifestación del TD.⁴ El diagnóstico del TND es clínico y no se requieren de exámenes de laboratorio o gabinete.

Etiología

Ha sido difícil diferenciar los factores etiológicos del TND, toda vez que las investigaciones realizadas están orientadas al TD. Sin embargo es posible al menos identificar al menos tres tipos de factores: los biológicos, los psicológicos y los sociales.

Factores biológicos: Existen patrones familiares de psicopatología asociada como son el TDAH, TUS y los trastornos afectivos.¹⁰ Además se han implicado factores de temperamento difícil en niños que posteriormente desarrollan TND.¹¹

Factores psicológicos: Se ha asociado con el apego inseguro así como con los cuidados parentales deficientes.¹² Además los niños agresivos muestran fallas en el reconocimiento de las claves sociales, tienen una atribución agresiva equivocada sobre las conductas de los pares, lo que genera pocas soluciones a los problemas y tienen la expectativa de ser recompensados por sus respuestas agresivas.¹³

Factores sociales: La pobreza, la falta de estructura social y la violencia en la comunidad contribuyen al diagnóstico del TND.¹⁴ Debe tenerse en mente que existe una alta comorbilidad entre el TND, el TDAH y el TD, por lo que estos niños y adolescentes experimentan múltiples factores de riesgo intraindividuales y contextuales, que se inician en la infancia y pueden llevar a una formación adversa en la personalidad como la última manifestación del riesgo global de psicopatología externalizada.¹⁵

Epidemiología

En la población general la prevalencia del TND se estima en aproximadamente 1 al 16%.¹⁶ Alrededor del 75% de los sujetos con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido, siendo el TND el más frecuente. El TND incrementa el riesgo de padecer TD en la adolescencia y un trastorno antisocial de la personalidad (TAP) en la edad adulta. La co-ocurrencia del TND y el TD con el TDAH guarda una relación bidireccional, es decir, en niños y adolescentes con TDAH y la presencia del TND o el TD se ha

estimado entre el 15 al 60%; en el sentido opuesto, entre el 70 al 80 % de los niños y adolescentes con TC o TND cumplen los criterios para un TDAH.⁶

Tratamiento

Los once principios generales que recomiendan los parámetros prácticos de la AACAP⁶ para el TND se mencionan en el cuadro 1.

Una vez confirmado el diagnóstico de certeza de que la conducta observada se trata del TND, el manejo psicosocial es la intervención terapéutica de primera elección. Una recomendación que ayudará en las consideraciones de la intervención psicosocial y en las indicaciones específicas de tratamiento del niño y del adolescente temprano, es considerar la presencia del TND en presencia o no de un TD. Dentro de las intervenciones con mayor evidencia se encuentra el entrenamiento de los padres o cuidadores en el manejo conductual del niño o del adolescente temprano (12 a 15 años).¹⁷ Dichas intervenciones se basan en el supuesto teórico de que la mala conducta es la consecuencia de prácticas parentales inadecuadas e inconsistentes, además de no contingentes. Por este motivo, el niño ha aprendido que la conducta oposicionista es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que cedan ante sus deseos. Los programas de intervención desde una perspectiva conductual abarcan to-

dos los contextos, el familiar, el escolar y el del propio niño. La mayoría de los modelos de intervención conductual parten del análisis de la conducta mediante el enfoque denominado ABC (*Antecedents, Behavior, Consequences*, por sus siglas en inglés).

Uno de los programas más ampliamente usados en el tratamiento del TND es el programa de Russell Barkley. El programa de Barkley consta de ocho pasos con los que se pretende mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación general en casa del niño y del adolescente temprano. Estos son: aprender a prestar atención positiva al menor, usar el poder de su atención para conseguir que obedezca, dar órdenes de forma eficaz, enseñarlo a no interrumpir actividades, establecer en casa un sistema de recompensa con fichas, aprender a castigar el mal comportamiento de forma constructiva, ampliar el uso de tiempo fuera y aprender a controlar al menor en lugares públicos.¹⁸ Un estudio comparativo entre el entrenamiento a los padres impartido por enfermeras o psicólogos vs. el auto-adiestramiento con la lectura del material bibliográfico, demostró que tanto el adiestramiento dirigido por un tercero como el auto-adiestramiento bibliográfico eran eficaces en la reducción de las conductas negativistas y desafiantes de los niños.¹⁹ Las intervenciones en adolescentes mayores (16 a 17 años) deben incluir a la intervención psicoeducativa familiar o la terapia familiar.

El tratamiento farmacológico del TND se dirige principalmente a la comorbilidad como el TDAH, el TD o la sospecha de un trastorno afectivo y/o ansioso sub-sindromático y deberá ser realizado por un médico especialista en el área de la salud mental.

Cuadro 1. Parámetros prácticos para el trastorno negativista y desafiante de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes

1. La evaluación el tratamiento óptimo del TND exigen una adecuada alianza terapéutica con el niño o adolescente y sus padres.
2. Los aspectos culturales deben ser tomados en consideración en el diagnóstico y tratamiento.
3. La evaluación del TND debe incluir información obtenida directamente del niño o adolescente así como de sus padres en las áreas de los síntomas básicos, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de deterioro funcional.
4. Debe considerarse la comorbilidad psiquiátrica.
5. El clínico debe considerar importante cualquier otra información obtenida de otros informantes, *vgr.* maestros.
6. Es recomendable el uso de instrumentos o entrevistas en la evaluación y seguimiento.
7. El clínico debe realizar un plan de tratamiento individualizado.
8. Las intervenciones sugeridas a los padres deben basarse en las intervenciones con mayor evidencia empírica.
9. El uso de medicamentos puede ser útil como tratamiento adjunto a las intervenciones psicosociales, para el tratamiento sintomático y de las condiciones comórbidas.
10. Cuando el TND es severo y persistente se pueden requerir tratamientos prolongados e intensivos.
11. Deben evitarse intervenciones donde se exponga al niño o al adolescente a escenarios o situaciones de miedo para convencerlo de desistir de sus conductas. Las intervenciones cortas usualmente son inefectivas.

TRASTORNO DISOCIAL

Definición y características clínicas

El TD es el trastorno externalizado más grave y está caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de conducta que incluye la violación de los derechos básicos de los demás, de las normas sociales o de las leyes. El TD es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en muestras clínicas y comunitarias de población adolescente.⁹

El TD se caracteriza por cuatro áreas de manifestación: Agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia/robo y violaciones graves a las normas. Esta categoría incluye una serie de manifestaciones muy heterogéneas que se han descrito como: Fanfarroneo, amenaza o intimidación a otros, peleas físicas, uso de armas que puede causar un daño físico grave a otras personas (palo, botella, navaja, pistola), manifestación de crueldad física con personas o con animales; robo, forzar a alguien a mantener una actividad sexual, provocar deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, destruc-

ción deliberada de propiedades de otras personas, irrupción violenta a la casa o el automóvil de otra persona; expresión de mentiras para obtener beneficios, favores o evitar obligaciones, robo de objetos de cierto valor sin enfrentar a la víctima, permanecer fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad; se presentan fugas nocturnas de casa por lo menos en dos ocasiones e «irse de pinta» escapando de la escuela.⁴ El DSM especifica el tipo, de inicio en la infancia o en la adolescencia y la intensidad en leve, moderada o grave, por el número de síntomas presentes. El diagnóstico del TD es clínico y no se requieren de exámenes de laboratorio o gabinete.

Bajo la perspectiva del desarrollo el TD puede tener cuatro trayectorias: una primera, que incluye al grupo de individuos con leves pero sostenidas manifestaciones conductuales a lo largo del desarrollo; una segunda, de sujetos que inician en la infancia y cuya conducta se limita al concluir ésta; una tercera, de sujetos que inician en la adolescencia y la cuarta, que se inicia en la infancia y persiste a lo largo del desarrollo.²⁰ Se debe tener en mente la trayectoria del TD que cada paciente presenta con el fin de adecuar e individualizar las opciones de tratamiento.

Las diferencias individuales en la agresividad (predatoria vs. no predatoria, abierta vs. encubierta) son tan estables como las diferencias individuales en la inteligencia y varios estudios han demostrado que la presencia de agresión y violencia juvenil son predictores de delincuencia en el futuro. El mejor predictor de la continuidad de las conductas agresivas es que éstas se hayan iniciado antes de los 10 años.²¹

Recientemente se publicó una revisión sobre las propuestas de modificaciones en el TD para el DSM-5 donde el protocolo diagnóstico para este padecimiento debiera incluir: evaluación de un subtipo limitado a la infancia, historia psiquiátrica familiar, rasgos de «callo emocional», criterios específicos para mujeres y preescolares, uso temprano de sustancias y biomarcadores psicológicos, genéticos y de imágenes cerebrales.²²

Epidemiología

La tasa reportada de este trastorno en muestras comunitarias varía de entre 1.5 a 3.4%. Esta alteración es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres; en las muestras clínicas se presenta con una alta comorbilidad tanto de padecimientos externalizados como internalizados.²¹

Tratamiento

El TD es un fenómeno que por su naturaleza mixta, biológica, psicológica y social, requiere de una intervención terapéutica integral mejor conocida como multimodal.²³ La guía para la evaluación y el tratamiento del TD intenso y

Cuadro 2. Guía para la evaluación y tratamiento del trastorno de conducta intenso e indicaciones para su tratamiento farmacológico

1. Manejo de crisis en caso necesario
 - Hospitalización y terapia de crisis.
 - Antipsicóticos si persiste la agresividad.
2. Evaluar la psicopatología del adolescente y su contexto
 - Vulnerabilidades psiquiátricas.
 - Ambiente familiar y contexto social.
 - Funcionamiento académico.
 - Alteraciones cognitivas.
 - Historia de tratamientos previos.
3. Escoger las intervenciones apropiadas para cada caso individual de acuerdo a la evaluación previa
 - Terapia familiar, terapia cognitivo conductual, terapia multisistémica, etcétera.
4. Considerar farmacoterapia cuando
 - Persiste el trastorno de conducta.
 - Existe morbilidad psiquiátrica asociada.
5. Después de la prescripción, evaluar
 - Aceptación del tratamiento por el adolescente y su familia.
 - Cuantificar los síntomas blancos y hacer seguimiento.
6. Escoger el medicamento de acuerdo a los puntos 4 y 5
 - TDAH: estimulantes.
 - Labilidad emocional: Estabilizadores del ánimo.
 - Agresividad: Estabilizadores del ánimo o antipsicóticos.
 - Ansiedad: Antidepresivos.
7. Siempre utilizar intervención psicosocial y de apoyo a la familia

las indicaciones para su tratamiento farmacológico se muestran en el cuadro 2.²¹

Tratamiento farmacológico

La sola intervención farmacológica nunca será suficiente y debe circunscribirse para el manejo de la agresividad y las comorbilidades. Los estudios con medicamentos para el tratamiento del TD se pueden agrupar por el tipo de fármaco utilizado: estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y estimulantes. El litio es el medicamento con mayor documentación de tratamientos exitosos en estudios controlados (rango de dosis 0.5 a 2.1 g/día). Existen tres estudios controlados con antipsicóticos típicos (haloperidol con dosis de 1 a 6mg/día) y dos con atípicos donde se han disminuido los síntomas. Se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos como la risperidona (dosis de 1.5 a 4mg/día) o el aripiprazol (dosis de 5 a 15mg/día). Se debe tener en mente el perfil de efectos colaterales del litio y de los antipsicóticos, tanto los típicos como los atípicos. En especial, con los segundos se deben tener en cuenta los cambios metabólicos asociados con su uso prolongado. En el caso de los estimulantes se ha visto cómo el metilfenidato (dosis de 0.6 a 1mg/kg/día) disminuye los síntomas del TD aun sin el diagnóstico del TDAH. Algunos otros agentes farmacológicos como los antidepresivos (bupropión) o los agonistas alfa adrenérgicos (clonidina) han sido utilizados para disminuir síntomas agresivos.²⁴

Muy recientemente se publicó un estudio abierto en preescolares sin discapacidad intelectual pero con problemas de conducta. Incluyó a 10 sujetos, ocho hombres y dos mujeres. La dosis media diaria de risperidona en el periodo de ocho semanas fue de 0.78mg/día con un máximo de 1.50mg/día. Se utilizó la escala de impresión clínica global (CGI por sus siglas en inglés) para evaluar la mejoría. La risperidona se asoció con una reducción del 78% en la puntuación de gravedad del CGI. La tolerabilidad fue buena y no se observaron serios efectos colaterales. Se detectaron incrementos estadísticamente significativos en el nivel de la prolactina ($p < 0.05$), pero no hubo manifestación de síntomas clínicos asociados con la prolactinemia.²⁵

Antes de prescribir se recomienda al clínico revisar los «parámetros prácticos» para el uso de medicación psicotrópica en población pediátrica, publicados por la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y de Adolescentes.²⁶

En los últimos años se publicó una revisión sobre la eficacia y la magnitud del efecto (ME) de los diferentes medicamentos en la agresión. La ME global de los agentes psicotrópicos en el tratamiento de la agresión fue de 0.56. A pesar de la variabilidad en los diagnósticos psiquiátricos los diferentes agentes seleccionados mostraron, individualmente, ME de moderada a grande sobre la agresión. La mayoría de los estudios se centraron en los niños más pequeños (edad media=10.4 años), y fueron de corta duración (siete a 70 días). Se encontraron mayores efectos con el metilfenidato para el tratamiento de la agresión comórbida con el TDAH (ME promedio=0.9) y para la risperidona en los jóvenes con trastorno de conducta disruptiva y coeficiente intelectual inferior al promedio (ME promedio= 0.9).²⁷

Tratamiento psicossocial

Actualmente sólo tres tratamientos psicossociales han sido adecuadamente evaluados: 1. El entrenamiento para padres, el cual esta dirigido a cambiar el patrón de relaciones padre-hijo en el hogar; 2. Entrenamiento al niño y al adolescente en habilidades para resolver problemas, el cual se centra en los procesos cognitivos asociados con el comportamiento social y el reconocimiento sobre las consecuencias de sus conductas; 3. la Terapia Multisistémica (TMS), la cual se centra en los sistemas individuo-familia-ambiente como vía para reducir los síntomas y promover el comportamiento socialmente adaptado.²³

El entrenamiento a padres ha sido descrito dentro del tratamiento del TND. El entrenamiento en habilidades para resolver problemas y reconocer las consecuencias de sus conductas ofrece la oportunidad de modificar las manifestaciones agresivas.

Los principios de la (TMS) se basan en la teoría general de sistemas y en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner. Esta terapia considera al individuo y al ambiente que le rodea como sistemas en conexión perma-

nente con influencias que son recíprocas y dinámicas. Tiene como objetivo identificar los problemas actuales del adolescente y su familia dentro del ambiente comunitario, analizar los problemas identificados con base en la interacción dinámica de los subsistemas involucrados, y por último diseñar las intervenciones que se adecuen a cada caso particular. Estas intervenciones deben ser realizadas en el ambiente natural en el que se desenvuelve el niño o el adolescente. Los principios sobre los que se basa la TMS son: 1. Comprender la forma en que interactúan los problemas que se identifican. 2. El terapeuta favorece lo positivo de la intervención con el fin de motivar a los padres y al niño o al adolescente a que participen. 3. Las intervenciones están diseñadas para promover entre los miembros de la familia las conductas responsables. 4. Las intervenciones están enfocadas al presente y orientadas a la acción sobre problemas específicos y bien definidos. 5. Las intervenciones están orientadas secuencialmente hacia los diferentes sistemas que mantienen el problema. 6. Las intervenciones se diseñan tomando en cuenta el nivel de desarrollo del niño o del adolescente. 7. Las intervenciones requieren la participación activa y permanente de la familia. 8. Se hacen evaluaciones permanentes de la efectividad de las intervenciones. 9. Las intervenciones están planeadas para promover la generalización del tratamiento y para mantener los cambios a largo plazo. La TMS tiene una duración de entre tres y cinco meses con la posibilidad de aumentar dicho periodo dependiendo de los resultados conseguidos.²³

La TMS ha demostrado su efectividad en agresores sexuales juveniles, reduciendo los problemas causados por su conducta sexual, la delincuencia, el uso de sustancias, los síntomas externalizados y los problemas fuera de la casa.²⁸ También ha mostrado su efectividad costo beneficio en comparación contra la terapia individual en agresores juveniles violentos.²⁹

EL «CALLO EMOCIONAL» Y LA PSICOPATÍA

«Callo emocional»

En la bibliografía actual existe cada vez mas evidencia con respecto a la presencia del llamado «callo emocional» (CE) como un distintivo para los subtipos de TD. Esta característica involucra la ausencia de culpa o remordimiento, falta de empatía por los demás, falta de preocupación por el mal desempeño personal en el trabajo o la escuela y una expresión deficiente del afecto o afecto empalagoso.³⁰ Esta característica se ha identificado como una forma violenta, estable y grave de la conducta agresiva y antisocial. Se han identificado además distintos patrones cognitivos en niños con CE, incluyendo insensibilidad a los castigos, expectativas de una evolución favorable de la agresión que ejerce y déficit en la empatía.³¹

Se han identificado factores etiológicos relacionados con el CE, como lo muestran los estudios familiares. La heredabilidad del TAP se ha estimado en 81% cuando también existe una gran manifestación de CE; en contraste, la heredabilidad sólo del TAP ha sido reportada en el 30% cuando se presentan pocos rasgos de CE. Se ha demostrado, en estudios de gemelos, que existe una heredabilidad compartida entre el CE y el TD.³² Se ha estudiado la asociación entre el CE y el TD en muestras comunitarias de niños y adolescentes; el 46.1% de los sujetos con TD mostró elevados rasgos de CE y el 2.5% de los sujetos sin TD mostró elevados rasgos de CE; los niños y adolescentes con TD y elevados rasgos de CE mostraron síntomas más intensos de los TCD y un mayor riesgo de continuar con TD en una evaluación tres años después.³³ El DSM-III incluía los rasgos de CE en el subtipo poco socializado del TD, entre ellos, las alteraciones en las relaciones interpersonales producto de la falta de empatía y culpa. Es probable que el DSM-5 y la CIE-11 contengan descriptores para la identificación del CE.²²

Psicopatía

El constructo de la psicopatía asociado a la personalidad ha sido foco de investigación clínica en las últimas décadas, es una de las dimensiones más estudiadas por su relevancia como predictor de gravedad y recidiva de conductas disociales. Los estudios que evalúan la psicopatía han reportado tres factores fundamentales que integran el constructo: CE, narcisismo e impulsividad. La mayoría de los estudios se habían enfocado en población adulta, o bien, en muestras pequeñas de población infantil (predominantemente varones) referida a la atención clínica, lo cual limita la generalización de los hallazgos. La evaluación de la conducta psicopática ha sido estudiada por medio del cuestionario de tamizaje de psicopatía (PSD por sus siglas en inglés) el cual ha sido adaptado para población infantil. Consiste en 20 reactivos con versión para padres/tutor y para maestros. El análisis factorial de este instrumento en la población general ha identificado dos factores: Rasgos narcisistas/impulsividad y rasgos de «callo»/insensibilidad emocional.³⁴

No existe una alternativa terapéutica racional diseñada específicamente para tratar los especificadores del CE y la psicopatía; las actuales opciones se han centrado en el TD y TAP sin que se detallen acciones concretas para estos especificadores.

CONCLUSIONES

Los padecimientos externalizados incluyen al TND y al TD como categorías principales; constituyen algunos de los problemas más frecuentes y graves dentro de los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia. Las manifestaciones con las que actualmente se diagnostica el

TD son muy heterogéneas, ya que incluyen conductas sumamente agresivas (*vgr.*, asalto con arma de fuego, violencia física y sexual) y otras menos agresivas (*vgr.*, mentir o irse «de pinta»). Existe una continuidad importante de sujetos con TD, cuando se inicia de forma temprana, a manifestaciones del TAP en la vida adulta. En la etiología de los TCD participan componentes biológicos y psicosociales. El tratamiento de estos padecimientos debe tener un enfoque multimodal o multisistémico que incorpore dentro de sus intervenciones las aproximaciones farmacológicas, psicoeducativas y psicoterapéuticas necesarias. A pesar de todas las opciones terapéuticas ya comentadas existe poca especificidad por la gran variabilidad de las manifestaciones conductuales. Algunos sujetos con TD y «callo emocional» desarrollan psicopatía, la que constituye un especificador relacionado a las conductas disruptivas más intensas y graves de los TCD.

REFERENCIAS

1. Palacios L, Ulloa RE, De la Peña F. Trastornos externalizados concomitantes. En: Trastorno por déficit de atención diagnóstico y tratamiento, por Ruiz M. México, D. F.: Capítulo 5; primera edición; Editores de Textos Mexicanos; 2003; pp. 57-80.
2. Slade T, Watson D. The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychol Med* 2006;36:1593-1600.
3. Kendler KS, Aggen SH, Knudsen GP, Neale MC et al. The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal DSM-IV axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 2010;168:29-39.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM). Cuarta edición, Washington D.C.: 2004.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, HC.; 1992.
6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:126-141.
7. Martínez AL, Fernández CE, Lemus R, Mendoza MA et al. Diagnóstico y manejo de los trastornos de conducta en «Guías Clínicas». Hospital Psiquiátrico Infantil JNN, México, DF: Edit. Impresos Santiago S.A. de C.V.; 2010; Consultado en: http://www.sap.salud.gob.mx/downloads/pdf/nav_guías2.pdf Revisado por última vez el 15 de agosto de 2011.
8. Vázquez J, Fera M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno negativista y desafiante. En: Berenzon Sh, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME (eds.) México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fente Muñiz. (Serie: Guías clínicas para la atención en trastornos mentales) 2010. Consultado en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guías/trastorno_negativista.pdf el 15 de agosto de 2011.
9. Vázquez J, Fera M, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para el trastorno disocial. En: Berenzon Sh, Del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME (eds.) México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fente Muñiz. (Serie: Guías clínicas para la atención en trastornos mentales) 2010. Consultado en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guías/trastorno_disocial.pdf el 15 de agosto de 2011.
10. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant and conduct disorder. A review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1275-1293.

11. Moffit TE. Adolescence limited and life course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993;100:674-701.
12. Shaw DS, Owens EB, Giovannelli J, Winslow EB. Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:36-43.
13. Dodge K. The structure and function of reactive and proactive aggression. En: *The developmental and treatment of childhood aggression*. Pepler DJ, Rubin KH (eds.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991; pp 201-218.
14. Connor DF. Agresión & antisocial behavior in children and adolescents. Research and treatment. Nueva York: Guilford Press; 2002.
15. Rutter M, Giller H, Hagell A. Antisocial behavior by young people. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1320-1321.
16. Loeber R, Burke JD, Laheh BB, Winters A et al. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1468-1484.
17. Costin J, Chambers SM. Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007;12:511-524.
18. Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher K et al. The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:926-941.
19. Lavigne JV, Lebaillly SA, Gouze KR, Cicchetti C et al. Treating oppositional defiant disorder in primary care: a comparison of three models. *J Pediatr Psychol* 2008;33:449-461.
20. Oliver BR, Barrer ED, Mandy WPL, Skuse DH et al. Social cognition and conduct problems: a developmental approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:385-394.
21. Díaz J, De la Peña F, Suárez J, Palacios L. Perspectiva actual de la violencia juvenil. *Med UNAB* 2004;6:115-124.
22. Moffit TE, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC et al. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:3-33.
23. De la Peña F. Tratamiento multisistémico para adolescentes disociales. *Salud Pública* 2003;45(Supl 1):s124-s130.
24. Gerardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF. Drug treatment of conduct disorders in young people. *Europ Psychopharmacology* 2002;12:361-370.
25. Ercan ES, Basay BK, Basay O, Durak S et al. Risperidone in the treatment of conduct disorder in preschool children without intellectual disability. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2011;5:10-22.
26. American Academy for Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter on the use of psychotropic medication in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:961-973.
27. Pappadopulus E, Woolston S, Chait A, Perkins M et al. Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: efficacy and effect size. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:1-14.
28. Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 2009;23:89-102.
29. Kliez SJ, Bourduin CM, Schaeffer CM. Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *J Fam Psychol* 2010;24:657-666.
30. Frick PJ et al. Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. *J Abnormal Child Psychology* 2005;33:471-487.
31. Frick PJ, White SF. Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models for aggressive and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:359-375.
32. Viding E, Frick PJ, Plomin R. Aetiology of the relationship between callous-unemotional traits and conduct problems in childhood. *British J Psychiatry* 2007;190(supl.49):s33-s38.
33. Rowe R, Maughan B, Moran P, Ford T et al. The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:688-695.
34. Frick PJ, Body SD, Barry CT. Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: further development of the psychopathy screening device. 2000;12:382-393.

Artículo sin conflicto de intereses