

## **TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO: NEGATIVISTA DESAFIANTE Y DISOCIAL**

### **DEFINICIÓN Y CONCEPTO**

El núcleo común de estos trastornos es la falta de respeto, más allá de lo esperable y admisible para el grado de desarrollo del niño. Son niños y adolescentes generalmente descritos como “agresivos”.

<b>Tabla 1.- Diagnóstico diferencial de la conducta agresiva en la infancia</b>	
<b>Trastornos Psiquiátricos</b>	Trastorno Bipolar Trastornos Adaptativos Trastorno Obsesivo-Compulsivo Trastorno Disociativo Trastorno por estrés postraumático Trastornos Psicóticos Trastornos Generalizados del Desarrollo Píromanía Parafilias Trastorno Negativista Desafiante Trastorno Disocial
<b>Trastornos no psiquiátricos</b>	Traumatismo craneoencefálico Accidente cerebrovascular Delirium Enfermedad neurológica crónica Proceso infeccioso cerebral Neoplasia cerebral Trastorno metabólico Trastornos de conducta secundarios a fármacos Trastornos de conducta secundarios a drogas
Muchos trastornos pueden presentarse como fenocopias del TND o del TD. Sólo debe emitirse el diagnóstico de TND o TD tras haberlos descartado.	

En su formulación actual (DSM-IV-TR), el Trastorno Negativista Desafiante (TND) se caracteriza por enfados frecuentes y descontrolados, así como por plantar cara a las figuras de autoridad y a sus órdenes, junto con una actitud victimista y susceptible (ver tabla 2). El Trastorno Disocial (TD), más grave, incluye conductas agresivas hacia personas o animales, robos, fraudes o destrucción de objetos, y fugas del hogar y/o del colegio (consultar el DSM-IV-TR para criterios).

Los críticos a este esquema resaltan que la superposición entre ambos diagnósticos es muy frecuente, que la presentación clínica deriva en gran medida del periodo de desarrollo en que se encuentra el niño (de forma que a mayor nivel de desarrollo, mayor gravedad), y que los criterios utilizados son “típicamente” masculinos, por lo que dejan fuera a una parte importante de la población.

<b>Tabla 2.- Trastorno Negativista Desafiante en el DSM-IV-TR</b>		
<b>Criterios DSM-IV-TR</b>	<b>Sentido coloquial</b>	<b>Comentario</b>
A menudo rehúsa cumplir sus obligaciones	Siempre tiene el no en la boca	Más que los de su edad
A menudo desafía activamente a los adultos	Planta cara	Más que los de su edad
A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros	No se le puede decir nada porque enseguida se enfada	Tres o más "morros" a la semana
A menudo se encoleriza e incurre en pataletas	A la más mínima ya "monta un pollo"	Tres o más rabietas a la semana
A menudo discute con adultos	Es insistente hasta la saciedad	Más que los de su edad
A menudo molesta deliberadamente a otras personas	Es como si le gustara tocar las narices a los demás	No es "patológico" entre hermanos
A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento	Nunca tiene la culpa de nada	Más de la mitad de las veces
A menudo es colérico y resentido	Siempre está de mal humor	Más que los de su edad
A menudo es rencoroso o vengativo	No suele ser entendido / referido con este enunciado	En lugar de rencoroso debería decir malicioso, que atribuye intenciones hostiles a los demás

La CIE-10 engloba bajo el término Trastorno Disocial las entidades TND y TD del DSM-IV-R, y añade apellidos en función de sus características. Así encontramos: **TD desafiante y oposicionista** ("la diferencia clave [con el resto de TD] es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás"); **TD limitado al contexto familiar** ("es posible que [...] no implique el mal pronóstico general de TD generalizados"); **TD en niños no socializados** y **TD en niños socializados** (esta división también estaba presente en el DSM-III-R y se eliminó al no haberse constatado que tuviera validez pronóstica, pese a que algunos estudios, por ejemplo de Rutter y Giller, de 1984, parecían apuntar a que el pronóstico era mejor en los socializados). Admite además, como entidades diferenciadas, los diagnósticos de **Trastorno hiperactivo disocial** (TD más TDAH) y **TD depresivo** (TD más depresión). En relación con este último punto es obligado recordar que hasta un tercio de los niños prepuberales con depresión mayor presentan un trastorno de conducta concomitante (Puig-Antich, 1982).

Las comorbilidades más frecuentes de los trastornos del comportamiento se enumeran en la tabla 3.

<b>Tabla 3.- Comorbilidades más frecuentes</b>
Depresión
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
Trastornos de ansiedad
Trastornos del aprendizaje
Abusos de sustancias
Trastorno de somatización

## DIAGNÓSTICO

NOTA PREVIA: Aunque cada cultura -incluyendo en este concepto a las familias- **espera y tolera** de forma diferente las extralimitaciones de sus hijos, hay faltas de respeto consideradas graves universalmente.

Esta distinción es importante para el diagnóstico, pues para emitir el diagnóstico de TND o de TD se debe haber constatado que la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas **superan lo normativo**, y además que no se padece otra enfermedad psiquiátrica que justifique los síntomas (ver tabla 1) y que sus **consecuencias** sociales, académicas o laborales son **notorias** clínicamente.

A diferencia del TDAH, no es necesario que estas conductas perturbadoras estén presentes en varios ambientes.

Es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (el doble como mínimo). Según el DSM-IV (TR) su prevalencia puede llegar al 16% de los menores de 18 años, y no es, en cualquier caso, inferior al 1-2%.

En muchas ocasiones el diagnóstico de TDAH precede al de TND, y este al de TD. El TD con frecuencia es la antesala del Trastorno Antisocial de la Personalidad, especialmente cuando su debut ha sido precoz (antes de los 10 años de edad).

En el momento de valorar la gravedad del cuadro es importante recordar que:

- Las faltas de respeto a las a las figuras de autoridad suelen afectar primero a la madre, luego al maestro, y finalmente al padre.
- La intensidad de los síntomas depende del grado de desarrollo físico, emocional e intelectual del niño.
- El pronóstico es peor cuanto más alejado de “lo normal” es el comportamiento (cuanto más precoz, cuanto menos socializado).
- Las repercusiones de este comportamiento se aprecian en los ámbitos familiares, escolares, sociales y laborales (y también sanitarios y judiciales), y por ende suponen una carga económica **muy notable** para la sociedad (en un

estudio de Scott del año 2001 se detallaba que un individuo no violento costaba a las arcas públicas del estado británico 7423 libras desde los 10 a los 18 años, frente a las 24324 del individuo con problemas de conducta y las 70019 libras del menor con trastorno de conducta).

En la tabla 4 proponemos una lista de comprobación útil para el diagnóstico y evaluación de los trastornos de conducta.

<b>Tabla 4.- Lista de comprobación (diagnóstico y evaluación de los Trastornos de Conducta)</b>		
	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>A1 - DIAGNÓSTICO TND</b>		
1.- Es un patrón de comportamiento que dura más de 6 meses		
2.- Cumple al menos cuatro criterios (DSM-IV-TR)		
3.- Los síntomas NO se deben a otro trastorno que simula un TND		
<b>A2 - DIAGNÓSTICO TD</b>		
1.- Es un patrón de comportamiento que dura más de 12 meses		
2.- Cumple al menos tres criterios (DSM-IV-TR)		
3.- Al menos uno de los criterios ha estado activo los últimos 6 meses		
4.- Los síntomas NO se deben a otro trastorno que simula un TD		
<b>B - COMORBILIDAD</b>		
1.- Ausencia de comorbilidad		
2.- Comorbilidad menor		
3.- Comorbilidad significativa		
4.- Comorbilidad mayor		
5.- Comorbilidad grave		
<b>C - SUBTIPIFICACIÓN</b>		
1.- Presente en el ambiente familiar		
2.- Presente en el ambiente escolar		
3.- Presente en otros ambientes		
4.- Inicio antes de los 10 años		
5.- Paciente socializado		
<b>D - ESTATUS FUNCIONAL</b>		
1.- Deterioro mínimo GAS 71-100		
2.- Deterioro leve GAS 61-70		
3.- Deterioro moderado GAS 51-60		
4.- Deterioro importante GAS 31-50		
5.- Deterioro grave GAS < 31		
<b>E - SOPORTE AMBIENTAL</b>		
1.- Alto soporte ambiental		
2.- Soporte ambiental medio		
3.- Soporte ambiental limitado		
4.- Soporte ambiental mínimo		
5.- Ausencia de soporte ambiental		
<b>F - PELIGROSIDAD</b>		
1.- Riesgo bajo		
2.- Riesgo medio		
3.- Riesgo moderado		
4.- Riesgo elevado		
<b>G - ACTITUD E IMPLICACIÓN</b>		
1.- Actitud e implicación óptimas		
2.- Actitud e implicación constructivas		
3.- Actitud e implicación obstruivas		
4.- Actitud e implicación destructivas		
5.- Inaccesible		
<b>H - EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO</b>		
1.- Mejoría ostensible		
2.- Mejoría discrepante		
3.- Ausencia de mejoría		
4.- Empeoramiento		
5.- Agravamiento		

## TRATAMIENTO

El tratamiento del TND y del TD es fundamentalmente NO farmacológico. Si bien algunos medicamentos han demostrado cierta eficacia en la reducción de la frecuencia e intensidad de los enfados y de las conductas agresivas (básicamente antipsicóticos a dosis bajas y algunos antiepilépticos, tabla 5), el núcleo del tratamiento es “dialéctico”.

Tabla 5.- Tratamiento farmacológico de la agresión en la infancia / adolescencia		
Trastorno comórbido	Con pruebas de alta fiabilidad (al menos 1 estudio controlado)	Con pruebas de fiabilidad baja (ensayos abiertos)
<b>Trastorno de Conducta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risperidona</li> <li>• Haloperidol</li> <li>• Litio</li> <li>• Ácido valproico</li> <li>• Metilfenidato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbamazepina</li> <li>• Clonidina</li> <li>• Trazodona</li> </ul>
<b>TDAH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metilfenidato</li> <li>• Clonidina</li> <li>• Bupropión</li> <li>• Tioridazina</li> <li>• Clorpromacina</li> <li>• Haloperidol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dextroanfetamina</li> <li>• Guanfacina</li> <li>• Fluoxetina</li> <li>• Sertralina</li> </ul>
<b>Trastorno Bipolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Litio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácido valproico</li> <li>• Risperidona</li> </ul>
<b>Depresión</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoxetina</li> <li>• Sertralina</li> <li>• Trazodona</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buspirona</li> </ul>
<b>Estrés postraumático</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propanolol</li> </ul>
<b>Autismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haloperidol</li> <li>• Clomipramina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trifluoperacina</li> <li>• Flufenacina</li> <li>• Tiotixeno</li> <li>• Molidona</li> <li>• Clonidina</li> <li>• Fluoxetina</li> <li>• Buspirona</li> <li>• Propanolol</li> <li>• Nadolol</li> </ul>
<b>Retraso Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clomipramina</li> <li>• Tioridazina</li> <li>• Haloperidol</li> <li>• Metilfenidato</li> <li>• Risperidona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propanolol</li> <li>• Nadolol</li> <li>• Litio</li> <li>• Carbamazepina</li> <li>• Buspirona</li> </ul>
<b>Daño cerebral traumático</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propanolol</li> </ul>

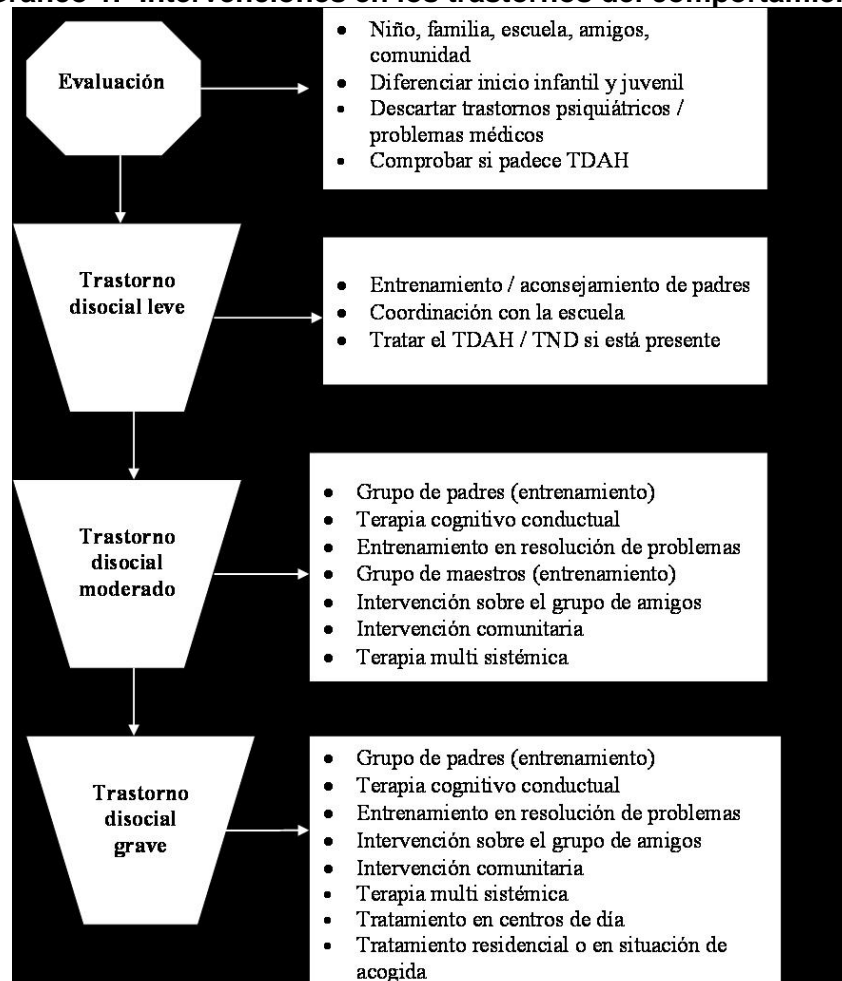
Modificado de: L. Bassarath. Can J Psychiatry 2003;48: 367–373

Las orientaciones terapéuticas fundamentales derivadas de estudios contrastados y replicados son (ver gráfico 1):

1. Es eficaz el entrenamiento de los padres/cuidadores del niño en estrategias de manejo de las conductas perturbadoras.
2. Es eficaz el entrenamiento individualizado del niño/adolescente en estrategias de control de la ira.
3. NO es eficaz, e incluso es contraproducente, el abordaje grupal de los pacientes con TD.
4. Sin motivación por parte del paciente, los resultados suelen ser desesperanzadores.
5. Invertir en mejorar el bienestar de los cuidadores (padres, profesores) debe formar parte del tratamiento.

En la última tabla (tabla 6) se ofrecen algunos consejos sobre el manejo cognitivo conductual de este tipo de trastornos.

**Gráfico 1.- Intervenciones en los trastornos del comportamiento**



**Tabla 6.- Tratamiento del TND / TD**

- Genere confianza – establezca límites, pero ofrezca un refuerzo positivo incondicional.
- Identifique los patrones conductuales.
- Reúnase con la familia y el niño para firmar contratos (todos firman) sobre cuestiones básicas. Limite estos acuerdos a tres o cuatro puntos cada vez.
- Explore los sentimientos negativos u hostiles y ofrezca formas alternativas de expresarlos.
- Utilice la interpretación paradójica, reformule la conducta.
- Enseñe los valores del respeto y la reciprocidad.
- Enseñe a los padres a cambiar las estrategias de defensa y ataque.
- Enseñe al joven cómo “formular una queja” – asertividad frente a agresividad.
- Utilice juegos de mesa para reforzar el respeto a las normas, extrapólelas a la vida social.
- Desarrolle consecuencias para las conductas problemáticas, incluyendo el coste de respuesta y los tiempos muertos.
- Simplifique las actuaciones de los padres con el objetivo de aumentar la efectividad.
- Utilice sistemas conductuales que incluyan reforzadores positivos (adapte la "economía de fichas" a la edad del niño).
- Exponga y corrija los conflictos parentales.
- Apoye las consecuencias legales de las conductas perturbadoras.

**Manejo de la ira**

- Fomente las consecuencias naturales.
- Utilice la restitución y los trabajos sociales en los casos de infracción de leyes o de daños a la propiedad, etc.
- Si es detenido, póngase en contacto con la Fiscalía de Menores.
- Establezca normas claras.
- Enseñe responsabilidad enfrentando la agresividad y las quejas. Practique la inversión de roles.
- Enseñe estrategias de autocontrol – respiración profunda, “párate, mira, escucha, piensa”, relajación progresiva, tiempos muertos autoimpuestos, ejercicio, técnica de la silla vacía, etc.
- Estimule las recompensas, “descubrir” al niño haciendo cosas positivas, dedicar más tiempo de ocio al niño.
- Ayude al niño a perdonar a aquellos que provocan su ira utilizando cartas, la técnica de la silla vacía, etc.
- Ayude al niño a hacer una lista de las experiencias que le provocan sentimientos de enfado y decepción, e identifique y exprese las necesidades no cubiertas.
- Ayude al niño a sustituir sus pensamientos irracionales por afirmaciones autodescriptivas positivas.
- Estimule los servicios comunitarios o el trabajo con el fin de aumentar la responsabilidad, la autonomía y el crecimiento personal.
- Proteja al niño de los abusos. Anime a los padres a no utilizar castigos corporales.

**No olvide la necesidad de apoyo y soporte**

- Las familias de niños con TND pueden necesitar apoyo para mantener al niño en la familia y que esta no se resienta.
- Los niños pueden precisar apoyo escolar o tutores particulares.
- Las familias pueden necesitar un “respiro” de vez en cuando, especialmente en momentos de conflictos mantenidos.
- El niño y su familia pueden necesitar un abordaje multisistémico para coordinar los servicios disponibles (incluyendo los judiciales, los educativos, los de control de tóxicos, etc.).
- El entrenamiento "in situ" (en casa) puede ser útil para introducir un modelado de roles apropiado para modificar las pautas educativas, cuando éstas son clave.
- Es posible que se necesite entrenar al niño sobre cómo reintegrarse en la sociedad y en actividades lúdicas.
- En muchas ocasiones el cambio de amistades es básico para evitar influencias negativas y lograr un modelado de roles apropiado.



**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- AACAP: Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997, vol. 36 (10) suppl: 122S-139S.
- AACAP: Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional Defiant Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007, vol. 46 (1): 126-141.
- Baker, L. & Scarth, K. Toronto, Ontario, Canada: Children's Mental Health Ontario (2002), disponible en [http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Cognitive Behavioural Conduct Disorder.pdf](http://www.kidsmentalhealth.ca/documents/Cognitive_Behavioural_Conduct_Disorder.pdf)
- Bloomquist ML: Skills training for children with Behavior Disorders. Guilford Press, 1996.
- Bloomquist ML, Schnell SV: Helping children with aggression and conduct problems. Best practices for intervention. Guilford Press, 2002.
- Greene RW, Ablon JS: Treating explosive kids. Guilford Press, 2006.
- Hill J, Maughan B: Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge University Press, 2001.
- Kazdin AE: Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. Oxford University Press, 2005.
- Toronto, Ontario, Canada: Children's Mental Health Ontario (May 1, 2001), disponible en <http://www.kidsmentalhealth.ca/resources/publications.php>