

Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos

Conduct disorder and DSM-5: changes and new challenges

Beatriz Molinuevo Alonso

TRASTORNO DISOCIAL: CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES Y CAMBIOS

En la cuarta edición revisada del manual *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), el Trastorno Disocial (TD) se localizaba en la desaparecida categoría “Trastornos de Inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aparece agrupado bajo el nuevo epígrafe “Trastornos Perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta”, junto con el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Explosivo Intermitente, el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la Piromanía, la Cleptomanía y otros trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta especificados y no especificados. El apartado engloba trastornos que presentan déficit en el control emocional y comportamental que, a diferencia de trastornos de otras categorías con déficit similares, se manifiestan en forma de comportamientos que violan los derechos de los demás y/o conducen al individuo a conflictos significativos con las normas sociales o las figuras de autoridad.

Por lo que respecta a la definición y criterios diagnósticos, no ha habido modificaciones en el

DSM-5. La característica esencial del TD es un patrón de comportamiento, repetitivo y persistente, en el que se violan derechos básicos de otras personas o normas sociales que se consideran adecuadas para la edad del individuo. Se define por la presencia de tres (o más) criterios de un total de 15 que deben haber estado presentes durante los últimos 12 meses, de los cuales uno en los últimos seis. Los 15 criterios se clasifican en cuatro categorías de comportamientos generalizados: 1) agresión a personas y animales, 2) destrucción de la propiedad, 3) fraudulencia o robo y 4) violaciones graves de normas. Para establecer el diagnóstico de TD también se requiere que provoque una interferencia clínicamente significativa en el funcionamiento social, académico o laboral.

Dada la gran heterogeneidad de los comportamientos de las personas con TD, el DSM-IV-TR contemplaba dos especificadores: edad de inicio y gravedad. El DSM-5 los mantiene y añade uno nuevo. El especificador *edad de inicio* distingue los subtipos infantil o adolescente. La característica diferenciadora es que al menos uno de los criterios del TD empiece antes de los 10 años de edad. El DSM-5 añade un nuevo subtipo, denominado “no especificado”, para aquellos casos en los que resulta difícil determinar la edad de inicio del primer síntoma. Esta diferenciación tiene que ver con la consistente evidencia sobre la asociación entre un inicio temprano de problemas de conducta y comportamiento antisocial persistente a lo largo del ciclo vital y sobre la existencia de correlatos diferentes en función de la edad de inicio (Moffitt, 2003). El TD de inicio infantil parece estar más relacionado con persistencia de los problemas de conducta, con disfunción e inestabilidad familiar, con problemas temperamentales, con déficits neuropsicológicos y cognitivos, y con cierta vulnerabili-

Investigadora postdoctoral
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal,
Universidad Autónoma de Barcelona.

Correspondencia: Dra. Beatriz Molinuevo Alonso
Unitat de Psicologia Mèdica, Departament de Psiquiatria
i Medicina Legal
Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona
Campus de Bellaterra, s/n
08193 Bellaterra (Barcelona). España.
E-mail: Beatriz.Molinuevo@uab.cat

dad genética. El TD de inicio adolescente se relaciona con más niveles de rebeldía y mayor rechazo de las normas convencionales. Presenta asociaciones más débiles con factores familiares negativos y problemas temperamentales y cognitivos, menor riesgo genético y generalmente se debe a formas negativas de aprendizaje social en el grupo de iguales. Se han propuesto mecanismos causales diferentes (proceso transaccional disfuncional *versus* exageración del proceso normativo de la rebelión adolescente) (Moffitt, 2006). El especificador *gravedad* conserva los tres niveles: leve, moderado y grave.

La principal novedad del DSM-5 es la aparición del especificador *con emociones prosociales limitadas*. Esta etiqueta da cuenta de los rasgos “dureza e insensibilidad afectiva” (DIA), características que han mostrado relativa estabilidad a través de la infancia y la adolescencia, que tienden a estar asociadas con problemas de conducta más graves, delincuencia o agresión, que presentan mayor heredabilidad y que muestran una peor respuesta al tratamiento. Los niños y adolescentes con TD con y sin rasgos DIA difieren en sus características emocionales, cognitivas y de personalidad. Todo ello le convierte en un especificador clínicamente relevante.

Las cuatro características descriptoras del especificador son:

1. Ausencia de remordimiento o culpa: La persona no se siente mal o culpable cuando hace algo incorrecto (excluir el remordimiento cuando se manifiesta solo si es descubierta y/o ante la posibilidad de recibir un castigo). Muestra una ausencia total de preocupación por las consecuencias negativas de sus acciones.

2. Dureza-falta de empatía: La persona no tiene en cuenta y no se preocupa por los sentimientos de los demás. Es descrita como fría e insensible. Se muestra más preocupada por los efectos de sus acciones sobre sí misma que sobre los demás, incluso cuando producen un daño sustancial a otros.

3. Despreocupación por el rendimiento: La persona no muestra preocupación por un rendimiento bajo/problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. No se esfuerza lo suficiente para conseguir un buen rendimiento,

incluso cuando las expectativas puestas en el mismo son evidentes, y generalmente culpa a otros de su pobre desempeño.

4. Afecto superficial o deficiente: La persona no expresa sentimientos o no muestra emociones a los demás, excepto de una forma que parece superficial o poco sincera, o cuando dichas expresiones se utilizan para obtener alguna ganancia.

Para indicar este especificador, deben haberse manifestado dos (o más) características de manera persistente durante al menos 12 meses y en relaciones y contextos múltiples. Son necesarias múltiples fuentes de información para evaluar los criterios del especificador. Se precisa que, además de autoinformes individuales, se consideren informes de otras personas que han conocido al individuo durante largos periodos de tiempo (p.ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, otros miembros de la familia, iguales).

En el DSM-IV-TR, si el patrón comportamental del sujeto satisface los criterios tanto de TD como de TND, el diagnóstico de TD debe ocupar el lugar preferente y el TND no debe diagnosticarse. El DSM-5 contempla que se puedan realizar ambos diagnósticos.

DEBATES ACTUALES EN TORNO AL TRASTORNO DISOCIAL Y NUEVOS RETOS

En general, el TD presenta ciertas dificultades inherentes a su definición o criterios diagnósticos. Primero, el hecho de que niños/as y adolescentes estén en fase de desarrollo puede dificultar discernir si el problema es lo suficientemente persistente para justificar un diagnóstico. Segundo, todos los niños/as y adolescentes desobedecen en algún momento de su vida. Los comportamientos aislados son comunes y los actos antisociales específicos pueden ocurrir en un alto porcentaje de menores, siendo signos normales del desarrollo si se dan de manera infrecuente y no violan los derechos de los demás. Tercero, el contexto social en el que viven niños/as y adolescentes influye en su comportamiento. En estos casos, el diagnóstico de TD puede estar aplicándose incorrectamente a personas cuyos comportamientos son de protección o de supervivencia dentro de un determinado contexto cultural. Cuarto, si tenemos en cuenta que

considerarse culpable puede reducir o evitar un castigo, la evaluación de la autenticidad del remordimiento experimentado se ve dificultada.

Por lo que respecta al DSM, quizá la polémica más generalizada sea la **clasificación** de los trastornos en categorías discretas. En el ámbito de los problemas de conducta infanto-juveniles tampoco existe acuerdo sobre la aproximación a utilizar (ver, p. ej., Lahey, Waldman y McBurnett, 1999). Se produce un choque entre este sistema clasificatorio habitual en la práctica clínica y la frecuente utilización de medidas continuas de síntomas en el ámbito de la investigación.

Una de las principales críticas es la de no tener en cuenta la evidencia de que los síntomas de muchos trastornos forman una dimensión continua más que una taxonomía discreta. Por otro lado, también se desaprueba que la perspectiva categórica ignore el hecho de que personas que se sitúan por debajo del umbral pueden presentar problemas objeto de atención clínica.

Desde una perspectiva dimensional, el diagnóstico de TD se conceptualiza como el extremo de una dimensión de conducta antisocial, agresividad, inadaptación social y criminalidad, en la que el punto de corte que marca los límites entre TD y comportamiento normal es más el resultado de una convención que el reflejo de una dicotomía real.

No está claro cómo se puede pasar a un sistema dimensional cuando ha predominado uno categórico. Una manera sería utilizando el sistema dimensional como indicador del nivel de funcionamiento adaptativo (Rutter, 2003). Por ello, una cuestión pendiente de resolver sería conocer qué tipo de aproximación dimensional al TD proporciona una buena medida de gravedad tanto para investigadores como para clínicos (Pardini, Frick y Moffitt, 2010).

Otro de los aspectos cuestionados, en este caso específico del TD, es el que tiene que ver con la subtipificación en función de la **edad de comienzo**. Aunque existe una amplia investigación que apoya su distinción (Frick y Nigg, 2012), esta taxonomía dual del desarrollo presenta una serie de limitaciones:

1. Falta de consenso en el criterio de utilizar la edad de 10 años como punto de corte.

2. Dificultades de recuerdo retrospectivo de comportamientos pasados, especialmente en adolescentes de mayor edad, dificultan determinar con precisión la edad en la que apareció el primer problema de conducta.

3. Heterogeneidad de los casos que presentan un inicio temprano (Frick y Viding, 2009).

4. Desaparición de la comisión de actos delictivos a principios de la edad adulta en una parte considerable de los menores que presentan un inicio temprano de problemas de conducta (Odgers *et al.*, 2008).

5. Algunos estudios de fMRI estructural y funcional muestran que los correlatos cerebrales son más similares que diferentes (ver, p.ej., Raine, 2011).

La inclusión del especificador “**con emociones prosociales limitadas**” tiene un futuro prometedor para distinguir un subgrupo homogéneo de niños/as con TD de inicio temprano y con ello, en parte, dar respuesta a algunas de las limitaciones comentadas anteriormente. Sin embargo, existen temas de debate que se comentan a continuación:

1. *Etiquetaje*. Las connotaciones negativas asociadas con el término DIA han llevado a elegir un término más “suave”, lo que conlleva el riesgo de que niños/as y adolescentes con problemas menos graves pudieran recibir el diagnóstico. Algunos autores argumentan que el propio término TD ya tiene asociaciones similares y que el impacto depende en parte del uso que le den los clínicos (Scheepers, Buitelaar y Matthys, 2011).

2. *Evaluación*. Los rasgos DIA reflejan características emocionales e interpersonales que pueden pasar desapercibidas o ser difíciles de observar para determinados informadores, en contraste con la mayoría de comportamientos externalizantes que conforman los criterios del TD. Aunque no está claro si las características pueden evaluarse por los clínicos de manera fiable, hay evidencia que sugiere que rasgos de personalidad, como los que se incluyen en el especificador, se pueden evaluar a través de diferentes métodos fiables (Frick y Nigg, 2012; Scheepers *et al.*, 2011). Según señalan Pardini y Frick (2013), el reto está en encontrar métodos óptimos para evaluar rasgos DIA en diferentes edades y en saber cómo tratar las discrepancias entre informadores.

3. *Falta de especificidad y subjetividad en algunas características.* La despreocupación por el rendimiento y el afecto superficial también pueden relacionarse con un estado de ánimo depresivo. Medir la presencia de un bajo rendimiento puede resultar difícil, particularmente si es suficientemente bueno como para superar satisfactoriamente determinadas pruebas, pero está por debajo del nivel esperado para la persona en particular (Scheepers *et al.*, 2011).

4. *Idoneidad de hacer el especificador contingente al TD.* Los rasgos DIA pueden estar presentes fuera del diagnóstico de TD. Estudios epidemiológicos muestran que un 2,9 % de la población pediátrica presenta rasgos DIA, y de estos únicamente un tercio también cumple criterios de TD (Rowe, Maughan, Moran, Ford y Briskman, 2010). Se necesitan más estudios para conocer las consecuencias clínicas de tener rasgos DIA fuera del diagnóstico TD, y también para conocer las consecuencias de diferentes niveles de rasgos DIA entre niños/as que cumplen criterios de TD (Buitelaar *et al.*, 2013).

En conclusión, existe suficiente investigación para apoyar el especificador y, aunque existen algunos temas de debate, la inclusión de esta especificación permitirá: a) delinear un subgrupo más homogéneo de casos que presentan factores causales únicos con probabilidad de presentar un trastorno antisocial en la edad adulta, b) facilitar la investigación sobre aspectos etiológicos y alternativas terapéuticas en TD en grupos de individuos que actualmente no responden al tratamiento, ya que las implicaciones prácticas inmediatas se encuentran limitadas, c) evaluar características temperamentales en población infanto-juvenil relacionadas con la faceta afectiva del constructo psicopatía en adultos (Frick, Ray, Thornton y Kahn, 2013; Scheepers *et al.*, 2013).

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.** (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
2. **American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. **Buitelaar, J.K., Smeets, K.C., Herpers, P., Scheepers, F., Clennon, J. y Rommelse, N.N.** (2013). Conduct disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22: S49-54.
4. **Frick, P.J. y Nigg, J.T.** (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8: 77-107.
5. **Frick, P.J. y Viding, E.** (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21: 1111-1131.
6. **Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C. y Kahn, R.E.** (2013). Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi: 10.1111/jcpp.12152.
7. **Lahey BB, Waldman ID y McBurnett K.** (1999). The development of antisocial behavior: an integrative causal model. *J. Child Psychol. Psychiatry* 40: 669-82.
8. **Moffitt, T.E.** (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and research agenda. En B.B. Lahey, T.E. Moffitt, y A. Caspi (Eds.) *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York: The Guildford Press.
9. **Moffitt, T.E.** (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*, 2nd edn, Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation (pp.570-598). New York: Wiley.
10. **Oggers, C.L., Moffitt, T.E., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H. y Caspi, A.** (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20: 673-716.
11. **Pardini, D.A., Frick, P.J., y Moffitt, T.E.** (2010). Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 119: 683-688.
12. **Pardini, D.A. y Frick, P.J.** (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22: 20-25.

-
13. **Raine, A.** (2011). An amygdala structural abnormality common to two subtypes of conduct disorder: a neurodevelopmental conundrum. *American Journal of Psychiatry*, 168: 569–571.
14. **Rowe, R., Maughan, B., Moran, P., Ford, T., Briskman, J. y Goodman, R.** (2010). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51: 688–695.
15. **Rutter, M.** (2003). Categories, dimensions and the mental health of children and adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008: 11–21.
16. **Scheepers, F.E., Buitelaar, J.K. y Matthys, W.** (2011). Conduct disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20: 89–93.