



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

El Trastorno Disocial desde una Perspectiva Evolutiva.

Autor/a: Gonzalo Ruiz del Campo
Director/a: María Elena Gállegos de las Heras

Madrid
2020/2021

Resumen

En este trabajo se expone el Trastorno Disocial estudiado desde una perspectiva evolutiva. Mediante una revisión bibliográfica se han recogido los aspectos más relevantes en cuanto al estudio de este tema. En primer lugar, se expone una definición completa del trastorno, la cual incluye apartados como el diagnóstico, la prevalencia, el curso, las vías evolutivas relevantes y las diferentes tipologías del trastorno. Después, se establece una selección de los momentos evolutivos más significativos, así como el peso que tiene cada uno en la aparición y el desarrollo del trastorno. Dichos momentos son el establecimiento del apego, el desarrollo de la capacidad de mentalización, la socialización, la adolescencia y la transición a la edad adulta. En cada uno de estos apartados se exponen los factores de riesgo y de protección más influyentes para el Trastorno Disocial. Se pone un especial énfasis en los niños con emociones prosociales limitadas, por tratarse de un colectivo que presenta características muy distintas a las de otros niños con este trastorno. Por ello, a modo de conclusión, se han recogido los pilares que se consideran más importantes a la hora de diseñar un programa de prevención enfocado hacia niños con un Trastorno Disocial y emociones prosociales limitadas. Además, se discuten las limitaciones del presente trabajo.

***Palabras clave:** Trastorno Disocial, problemas de conducta, infancia y adolescencia, perspectiva evolutiva, factores de riesgo, emociones prosociales limitadas.*

Abstract

This project addresses the Conduct Disorder studied from a developmental perspective. The most relevant aspects of this issue were gathered through a literature search. First, a complete definition of this disorder is given. It includes important topics such as the diagnostic, prevalence, course, developmental pathways and different types within the Conduct Disorder. Afterwards, the most relevant developmental moments are established, as well as the importance that each of them have in the development and evolution of the Conduct Disorder. These moments are the process of attachment formation, the theory of mind development, the socialization, adolescence and the transition into adulthood. In each of these sections, the most influencing risk and protection factors for the disorder are exposed. The topic of children with callous-unemotional traits is emphasized, because of its distinction among other children with Conduct Disorder. Thus, as a conclusion, the most important pillars were gathered to design a prevention program targeted towards children with a Conduct Disorder and callous-unemotional traits. In addition, limitations of this project are discussed.

***Keywords:** Conduct Disorder, conduct problems, childhood and adolescence, developmental perspective, risk factors, callous-unemotional traits.*

Índice

Introducción.....	1
Qué es el Trastorno Disocial	4
Criterios Diagnósticos.....	5
Prevalencia.....	6
Tipologías	7
Edad de Inicio.....	7
Emociones Prosociales Limitadas	9
Gravedad	12
Formas Mixtas.....	12
Otras Tipologías	13
Curso.....	13
Vías y Modelos Evolutivos	14
Perspectiva Evolutiva	18
Apego.....	19
Mentalización y Teoría de la Mente.	20
Socialización.....	21
Adolescencia.....	23
Evolución a Otras Patologías: Trastorno Antisocial de la Personalidad.	24
Conclusión.....	26
Referencias	28

Introducción

La elección del Trastorno Disocial como tema de este trabajo proviene en parte de mi interés por la psicología infantil. Es de esperar que la mayor parte de las personas que acuden a terapia lleguen en cierto estado de vulnerabilidad psíquica, pero aún más los niños, por depender de tal manera del adulto a su cargo. Por eso creo que la psicoterapia infantojuvenil es sumamente importante y que es muy necesaria la investigación en este campo. Además, durante toda la carrera me ha interesado especialmente la psicopatología, concretamente los trastornos de personalidad y el Trastorno Antisocial de la Personalidad. Sintetizando estos dos intereses y el hecho de que no he tenido la oportunidad de explorar adecuadamente la psicopatología infantil a lo largo de la carrera he decidido tomar como tema de este trabajo el Trastorno Disocial. Asimismo, mi interés por la psicología evolutiva y cómo se desarrollan diferentes psicopatologías a lo largo de la vida me ha ayudado a establecer el enfoque del trabajo desde una perspectiva evolutiva. Más allá de mi decisión personal, el Trastorno Disocial es un fenómeno que necesita ser investigado en mayor medida por numerosas razones, de las cuales resaltaré cinco. En primer lugar, al no haber suficiente información acerca de los trastornos de tipo antisocial, no se llega a comprender del todo la naturaleza de estos más allá de sus criterios diagnósticos. Estos trastornos son diagnosticados con base en parámetros conductuales sin atender a variables más intrapsíquicas de la persona, lo cual puede llevar a que se sobre diagnostiquen dichos trastornos (Ogloff, 2006).

En segundo lugar, no se cuenta con una visión ampliamente compartida que explique este tipo de patologías. De hecho, existe actualmente una gran confusión conceptual en cuanto a términos que hacen referencia a conceptos diferentes. Por ejemplo, Millon (2006) afirma que es común que los términos psicopatía y sociopatía sean utilizados en la literatura indistintamente o según preferencias del autor, las cuales no están basadas en constructos científicamente comprobados. Por otro lado, también existe cierta confusión acerca de los siguientes conceptos: Trastorno Disocial, Trastorno de la Conducta, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Explosivo Intermitente o Trastorno Negativista Desafiante. En ocasiones, estos conceptos son utilizados de manera indistinta para hablar del comportamiento antisocial en niños o de problemas de conducta (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2013). Realmente, dentro de la categoría de los trastornos del comportamiento perturbador se encuentran el Trastorno Disocial, el Trastorno por Déficit de Atención por

Hiperactividad, el Trastorno Explosivo Intermitente y el Trastorno Negativista Desafiante (López-Soler, Castro Sáez, Alcántara López, Fernández y López Riva, 2009). Al ser trastornos independientes, cada uno tiene sus características propias. Refiriéndonos específicamente al Trastorno Disocial, otro factor que contribuye a esta confusión conceptual es el hecho de que dicho trastorno ha cambiado de nombre entre la cuarta y la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-4 y el DSM-5 respectivamente). Aunque antes venía categorizado como Trastorno Disocial, ahora se denomina Trastorno de la Conducta (Molinonuevo Alonso, 2014). Esto contribuye a la confusión de conceptos, ya que anteriormente se usaba el término general de trastornos de conducta para hablar de los trastornos del comportamiento perturbador.

En tercer lugar, existe un gran interés en la sociedad moderna por la psicopatía. La enorme visibilidad que se le da a este trastorno en los medios de comunicación social contribuye a que éste sea un fenómeno ampliamente estudiado e investigado (Martínez Iglesias, 2008). Esto en parte contribuye a una visión de lo antisocial como sólo presente o tratable en el adulto, lo cual perjudica el estudio de otros trastornos infantiles como por ejemplo el Trastorno Disocial. En cuarto lugar, existe cierto estigma hacia la psicopatología infantil y más concretamente hacia el Trastorno Disocial. Los niños con este trastorno en ocasiones son denominados de manera despectiva niños incorregibles o difíciles (Barragán Martínez, 2008; Bevington, Fuggle y Fonagy, 2015). Esto contribuye a que en el ámbito clínico exista la falsa concepción de que los niños con un Trastorno Disocial son intratables o que sólo pueden empeorar. No es infrecuente que un niño o adolescente con Trastorno Disocial se encuentre expuesto a altos niveles de crítica y hostilidad en casa, siendo en ocasiones utilizado como chivo expiatorio de los problemas familiares. También es habitual que se ejerza en ellos el castigo o el abuso físico. En el colegio sucede un proceso parecido, que tiene como consecuencia una peor educación para los niños con Trastorno Disocial y un menor número de oportunidades académicas, así como una peor integración social. La combinación de todos estos factores dificulta enormemente las posibilidades de empleo de estas personas (NCCMH, 2013).

En quinto y último lugar, el Trastorno Disocial requiere una intervención rápida, urgente y eficaz debido a varias razones. La primera es que sus síntomas son graves, ya que por definición las conductas antisociales son aquellas que atentan contra la sociedad. La segunda razón es que, además de peligrosas, las manifestaciones de esta patología son altamente frecuentes y se mantienen en el tiempo. De hecho, el pronóstico de este trastorno no suele ser favorable, ya que puede desembocar en un Trastorno Antisocial de

la Personalidad cuando el niño alcanza la edad adulta (de Dios de Vega, 2002). La tercera es que el índice de suicidios en este trastorno es considerablemente alto (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). Todas las razones mencionadas hacen que sea necesario un mayor esfuerzo por parte de profesionales de diferentes ámbitos para investigar sobre el Trastorno Disocial. Es crucial que la investigación cubra no sólo las características o la etiología del trastorno, sino también su correcto tratamiento y evaluación.

Dicho todo esto, he establecido tres principales objetivos para poder realizar una revisión bibliográfica que permita formarse una imagen más clara del Trastorno Disocial. El primer objetivo consiste en describir el Trastorno Disocial y sus características. De dicho objetivo se desprenden algunas preguntas de investigación como: ¿Qué es el Trastorno Disocial? ¿Cómo se diagnostica? ¿Qué grupos hay dentro de este trastorno? ¿Cuál es la prevalencia en España y en el mundo? En segundo lugar, me parece importante establecer una representación de los procesos evolutivos que intervienen en el desarrollo y evolución del Trastorno Disocial, así como de los factores de riesgo y protección característicos de cada etapa. Cabe preguntarse varias preguntas con respecto a este tema: ¿Cómo influyen los primeros tres años de vida en el desarrollo del trastorno disocial? ¿Cómo es el proceso de socialización en niños con Trastorno Disocial? ¿Cómo es la adolescencia para este colectivo? ¿Cómo es y en qué medida se da la evolución del Trastorno Disocial al Trastorno Antisocial de la Personalidad?

El tercer y último objetivo consiste en proponer cuáles serían los pilares esenciales para elaborar un programa de prevención en el grupo que mayor gravedad y prevalencia tiene dentro del Trastorno Disocial: los niños con emociones prosociales limitadas. Preguntas relacionadas con este objetivo son: ¿Qué tipo de intervenciones son más eficaces en el Trastorno Disocial? ¿Son igual de eficaces en todos los casos? ¿Por qué? Otro objetivo que me hubiera gustado cubrir es explorar qué factores sociales y culturales promueven o dificultan el desarrollo del Trastorno Disocial. Entre las preguntas pertinentes a este tema están: ¿Cuál es la carga social de este trastorno? ¿Cuál es la proporción de etiología genética y social de este problema? ¿Existen diferencias culturales? ¿Cuál es el papel que juega la sociedad contemporánea en la formación de este trastorno? Sin embargo, por limitaciones de tiempo y extensión del presente trabajo no ha sido posible abordar este objetivo.

Qué es el Trastorno Disocial

Las conductas antisociales son aquellas que van en contra de las normas socialmente establecidas y que resultan dañinas para la sociedad y las personas que la componen (Martínez Iglesias, 2016). Entre estas conductas es común encontrar comportamientos agresivos, hurto, crueldad hacia personas y animales, huidas del hogar de residencia, absentismo escolar, etc. (Martínez Iglesias, 2016). En ciertas etapas evolutivas hay algunas conductas antisociales que resultan normativas (Koch y Gross, 2002). De hecho, el NCCMH (2013) afirma que el comportamiento agresivo y desafiante juega un papel importante en el desarrollo evolutivo normal, tanto en la infancia como en la adolescencia. La expresión de un determinado comportamiento antisocial varía con el momento evolutivo. De hecho, está demostrado que la agresividad infantil normal alcanza su pico en cuanto a frecuencia e intensidad alrededor de los dos años, y va disminuyendo en torno a los cuatro y cinco años de edad (NCCMH, 2013; Serrano Pintado, 1998). Varios ejemplos de conductas antisociales normativas a estas edades son las peleas, la desobediencia, la mentira, la destructividad, el oposicionismo y el negativismo (González Martínez, 2012). Debido a esto, es importante tener en cuenta el momento evolutivo en el que se encuentra el niño para poder diferenciar lo que son conductas anormales de lo que no (NCCMH, 2013).

Hablamos del Trastorno Disocial (TD) o Trastorno de la Conducta cuando estas conductas antisociales sobrepasan los límites de frecuencia, intensidad, impacto, número de contextos en los que se producen o si dichas conductas no disminuyen con el desarrollo evolutivo (González Martínez, 2012; Koch y Gross, 2002; NCCMH, 2013). Esto, sin embargo, son criterios puramente conductuales que no tienen en consideración la etiología u otros factores que puedan influir en el problema. Dependiendo que los elementos que entren en juego en la formación y el mantenimiento del trastorno podemos tener perfiles muy distintos que requieren tratamientos muy diferentes. Por ejemplo, en algunos casos el problema puede ser generado y mantenido por factores externos como la crianza en un ambiente coercitivo, traumático o de abuso. En otros casos, en cambio, el niño puede tener una educación completamente benigna, pero tener una base genética que propicia la aparición de rasgos de emociones prosociales limitadas. Es por tanto muy importante contar con un modelo biopsicosocial para entender y tratar este problema (NCCMH, 2013).

Criterios Diagnósticos.

El TD se encuentra categorizado como Trastorno de la Conducta en el DSM-5 (APA, 2014). Este se define como un “patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad” (p.246). EL DSM-5 requiere que se den al menos tres de quince criterios politéticos, los cuales se exponen en la tabla 1. Estos criterios son una recopilación de las conductas antisociales características de este trastorno, y vienen agrupados en cuatro categorías: agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo e incumplimiento grave de las normas. Además, es necesario que este trastorno provoque en el niño o su entorno un malestar clínicamente significativo, y que la persona sea menor de 18 años, ya que siendo mayor se le debería diagnosticar de un Trastorno Antisocial de la Personalidad. Es importante para el diagnóstico tener en cuenta el número de contextos en los que se produce la conducta problemática, así como la presencia o no de algún estresor desencadenante de dicha conducta (Caseras Vives, Fullana Rivas y Torrubia Beltri, 2002; NCCMH, 2013).

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el Trastorno de la Conducta en el DSM-5

Agresión a personas y animales.

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
 2. A menudo inicia peleas.
 3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros.
 4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
 5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
 6. Ha robado enfrentándose a una víctima.
 7. Ha violado sexualmente a alguien.
-

Destrucción de la propiedad.

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
 9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).
-

Engaño o robo.

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
 11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones.
 12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima.
-

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.

14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.

15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

Nota. Información recuperada de APA (2014).

Prevalencia.

Aunque los datos epidemiológicos parecen ser algo confusos (Caseras Vives et al., 2002), el TD y el Trastorno Negativista Desafiante son los trastornos más comunes en las consultas de salud mental de niños y adolescentes en los países occidentales (NCCMH, 2013). El TD es el diagnóstico más emitido en España en psicopatología infantil (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000; Caseras Vives et al., 2002). De hecho, entre el 30 y el 50% de las consultas externas de especialidad son debido a esta patología (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000; Caseras Vives et al., 2002). También habría que tener en cuenta que la alta prevalencia de esta patología puede deberse a que se trata de un trastorno externalizante, por lo que los padres de los niños con TD acuden con más frecuencia a los servicios de salud mental (Caseras Vives et al., 2002). La incidencia aumenta a partir de la edad escolar y hay una mayor prevalencia en las zonas urbanas que en las rurales. Asimismo, el TD es más frecuente en familias con un estatus socioeconómico bajo y en aquellos barrios que cuentan con un índice de criminalidad mayor (Caseras Vives et al., 2002). Estos trastornos han ido creciendo en frecuencia durante las últimas décadas (Caseras Vives et al., 2002) y suponen una carga personal y económica tanto para los propios niños y sus familias como para la sociedad (NCCMH, 2013).

La prevalencia del TD es más elevada en adolescentes que en niños. También se encuentra más presente en varones. La proporción es de tres o cuatro niños por cada niña (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000; Caseras Vives et al., 2002). Contrariamente, también se han encontrado datos que afirman que el TD de inicio en la infancia es más común en mujeres que en hombres (Moffitt, como se citó en Silberg et al., 2015). Siguiendo con la comparación entre niños y niñas, en los varones el trastorno comienza antes y con una mayor frecuencia e intensidad de las conductas (Benjumea Pino y Mojarro

Práxedes, 2000). Por otro lado, la conducta antisocial de las niñas suele ser menos severa, mostrando menos tendencia a la agresividad y a realizar conductas delictivas. Sin embargo, muestran una mayor tendencia a mostrar rencor y acosar emocionalmente (excluir a niños de grupos o extender rumores para que otros sean rechazados por sus compañeros), realizar frecuentes conductas sexuales sin protección, abusar de sustancias y escaparse de casa (APA, 2014; Moffitt et al., como se citó en NCCMH, 2013).

Tipologías.

El TD es una patología que incluye una variabilidad muy grande. Por ello, existen varios especificadores que permiten una clasificación que delimite las diferentes tipologías que admite este trastorno (Silberg, Moore y Rutter, 2015). En el DSM-5 se recogen los especificadores más frecuentes del TD, que son tres: La edad de inicio del trastorno, la presencia de emociones prosociales limitadas y la gravedad de la patología. Algunos de estos especificadores o tipologías del TD son sumamente relevantes para la comprensión de este trastorno, pues marcan diferentes perfiles en cuanto a la gravedad del mismo, su etiología, los mecanismos que lo subyacen y la posibilidad de tratamiento.

Edad de Inicio. La literatura respecto a la edad de inicio (APA, 2014; Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000; NCCMH, 2013; Silberg et al., 2015) distingue a menudo el TD en dos grupos: el TD de inicio infantil (TD-I) y el de inicio en la adolescencia (TD-A). El primer tipo muestra al menos un síntoma del TD antes de los 10 años, y en el segundo los síntomas comienzan tras cumplir los 10 años de edad. Además, existiría el TD de inicio no especificado, en el cual no se dispone de suficiente información como para indicar la edad de inicio (APA, 2014). Esta diferenciación ha demostrado ser muy útil en la investigación y la práctica clínica. Tanto es así que es el principal criterio especificador que utiliza la APA. Sin embargo, la subdivisión del DSM-5 no atiende tanto al desarrollo del trastorno como estrictamente a su edad de inicio (Silberg et al., 2015). A medida que la investigación ha avanzado, esta clasificación ha sufrido modificaciones. Una de las más importantes se ve respaldada por el hecho de que la mitad de los niños que comienzan con un TD no continúan en la adultez con dicho trastorno. Por tanto, nos encontramos ante un tercer grupo denominado “limitado a la infancia”. Aunque esto pone de manifiesto la amplia variedad que presenta la conducta antisocial, la subdivisión más relevante para describir el TD y a la hora de determinar su evolución es la que diferencia entre el inicio en la infancia y en la adolescencia (Silberg et al., 2015).

Según Moffitt (como se citó en Silberg et al., 2015), la conducta antisocial puede ser dividida en “persistente a lo largo de la vida” y “limitada a la adolescencia”. Esta división se corresponde con la de TD-I y el TD-A respectivamente. El primer tipo tiene su origen en procesos neuro evolutivos en la infancia, deteriorándose posteriormente la conducta antisocial. Aunque en la base parecen actuar déficits neuropsicológicos o hiperactividad, esta conducta empeora debido a un ambiente social de riesgo (parentalización inadecuada, conflicto familiar o pobreza). Esta tipología es poco común, aunque muy persistente y altamente patológica. Se han encontrado datos que afirman que es más común en mujeres que en hombres (Silberg et al., 2015). Moffitt (como se citó en NCCMH, 2013), encontró que el TD-I se asocia con un CI más bajo, más síntomas compatibles con el TDAH, menores puntuaciones en tests neuropsicológicos, más dificultades sociales y una mayor probabilidad de proceder de un entorno familiar disfuncional.

Por el contrario, el comportamiento antisocial limitado a la adolescencia se origina debido a procesos sociales. Comenzando en la etapa adolescente, suele acabar remitiendo en la adultez temprana. Se cree que este tipo de patología comienza como resultado de una asociación del adolescente con un grupo de pares desviado de la norma, por el cual el sujeto se ve fácilmente influenciado. En comparación con el primer tipo, éste es más común, transitorio y que se acerca, sin llegar a alcanzar, a la normatividad. Además, tiene una menor transmisión genética y no está asociado a factores neuro evolutivos (Moffitt, como se citó en NCCMH, 2013; Silberg et al., 2015).

En un estudio realizado por Silberg et al. (2015), se encontró que el TD-I está relacionado con hiperactividad en la infancia, conducta antisocial durante la juventud, disfunciones familiares y depresión parental. El TD-A, sin embargo, solo mostró correlación con depresión parental. Además, existen factores genéticos que influyen en la coocurrencia del TD-I, la hiperactividad infantil y el comportamiento antisocial en la juventud. Sin embargo, no se encontraron diferencias genéticas entre ambos tipos de TD. El tipo de inicio del TD también tiene relación con la evolución del trastorno. En concreto, el TD-I tiene más probabilidad de persistir hasta la adultez temprana que el TD-A (Rowe et al., como se citó en NCCMH, 2013; Silberg et al., 2015). En concreto, en el 75% de los niños con TD-I el trastorno persiste en la vida adulta (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000). Además, esta persistencia del TD-I tiene más probabilidad de darse cuando cursa con hiperactividad o impulsividad en el niño y abuso de alcohol o Trastorno Antisocial de la Personalidad en uno o ambos padres (Silberg et al., 2015). Entre los

indicios de la persistencia de la antisocialidad en la adultez también se encuentran el abuso de sustancias y el abandono escolar o el desempleo, entre otros (Fergusson et al., como se citó en NCCMH, 2013). Esto pone de manifiesto la importancia de intervenir sobre el TD-I, preferiblemente utilizando programas de prevención. En cambio, el TD-A, a pesar de que al alcanzar la adultez muestra conductas delictivas poco severas y problemas relacionados con el alcohol y las drogas, su pronóstico es mejor que el del otro grupo (NCCMH, 2013).

Emociones Prosociales Limitadas. Una novedad que ha incluido el DSM-5 (APA, 2014) es la especificación de TD con emociones prosociales limitadas, algo que no se había tenido en cuenta anteriormente. Esta tipología consiste en la presencia de al menos dos de cuatro características, las cuales deben reflejar el comportamiento habitual del individuo. Por lo tanto, no pueden manifestarse de manera puntual o situacional, y lo óptimo es recoger la información de varias fuentes distintas (familiares, profesores, etc.) y no solo del niño. Las características a tener en cuenta en esta clasificación son:

Falta de remordimiento o culpabilidad. En este caso, el niño no siente la emoción de culpa cuando realiza algo que no debe, ni muestra preocupación ante las consecuencias negativas de sus acciones. A pesar de esto, no se tiene en cuenta el remordimiento expresado ante un castigo o cuando es sorprendido haciendo algo malo (APA, 2014).

Insensibilidad, carencia de empatía. Esta característica hace referencia a la indiferencia y falta de preocupación ante los sentimientos de otros. El niño se ve más preocupado hacia las consecuencias que sus actos tienen en sí mismo que en los demás. A estos individuos se les suele describir como fríos e indiferentes (APA, 2014).

Despreocupación por el propio rendimiento. Ante un desempeño no satisfactorio o deficitario, el niño no se muestra preocupado ni realiza conductas dirigidas a mejorar dicho desempeño. Esto se puede observar en ambientes como el trabajo, la escuela u otras actividades importantes, e incluso se mantiene aun cuando el rendimiento esperado se le comunica de manera clara (APA, 2014).

Afecto superficial o deficiente. Aquí la expresión emocional se ve afectada, de manera que parece que en realidad no está sintiendo lo que expresa. Esto puede observarse en una incongruencia entre las conductas y la emoción expresada o en la habilidad de “conectarse” y “desconectarse” de sus emociones fácilmente. Es común que muestre emocionalidad con el objetivo de obtener un beneficio, de intimidar a otros o de manipularles (APA, 2014).

Esta clasificación procede del modelo de Callous-Unemotional (CU) Traits de Frick. Este autor indica que la presencia de emociones prosociales limitadas (lo que en su modelo se denomina “CU traits”) implica un comportamiento antisocial más severo, violento y crónico. De hecho, estos rasgos se encuentran relacionados con problemas de conducta, violencia y agresión, acoso escolar y delincuencia, y constituyen un factor predictor para el desarrollo de un trastorno antisocial de la personalidad en la adultez (Muñoz y Frick, 2012). En cuanto a su origen, las emociones prosociales limitadas son la manifestación de un déficit temperamental. En este caso estaríamos hablando de un funcionamiento del Sistema de Inhibición Conductual extremadamente bajo, lo cual explica el conjunto de rasgos CU que propone Frick (Romero, 2001). El tipo de conducta antisocial que se da en este grupo de niños y jóvenes se caracteriza por una agresión tanto instrumental como reactiva, la cual resulta en un mayor perjuicio a las víctimas de dichas agresiones (Muñoz y Frick, 2012). Esto se explica porque los niños con TD y emociones prosociales limitadas muestran varias diferencias cognitivas y emocionales con los niños que no cuentan con estos rasgos (Muñoz y Frick, 2012).

En cuanto a las características cognitivas que van ligadas a las emociones prosociales limitadas, los adolescentes con CU expresan una tendencia a mostrar expectativas positivas en cuanto al resultado de las situaciones agresivas y a valorar la agresión como una estrategia válida de resolución de problemas. Además, los niños de estas características tienen una menor probabilidad de emplear sesgos atribucionales de hostilidad, y son más flexibles en cuanto al procesamiento de la información que aquellos niños con TD sin dichos rasgos (Muñoz y Frick, 2012). Además, se ha encontrado que la relación entre la habilidad verbal y la agresión depende de la presencia o no de las emociones prosociales limitadas: Los niños con un TD y estos rasgos tienen una mayor habilidad verbal que aquellos que no cuentan con ellos (Muñoz y Frick, 2012).

Por otro lado, las diferencias más importantes con las que cuentan estos niños se dan en el área del procesamiento emocional. En primer lugar, se ha podido observar que los niños con TD y emociones prosociales limitadas tienen una menor sensibilidad al condicionamiento de estímulos negativos y al castigo (Kimonis et al., 2018; Muñoz y Frick, 2012). Este déficit resulta extremadamente importante, pues implica una gran dificultad para aprender del entorno mediante el castigo. Los niños con emociones prosociales limitadas no parecen verse afectados por las prácticas de socialización de los padres. En otras palabras, la gravedad de los problemas de conducta con la que cuentan los niños con TD con emociones prosociales limitadas no varía en función de la calidad

de la educación que estos niños reciben (Romero, 2001). En segundo lugar, existe evidencia de que los niños y adolescentes con estos rasgos cuentan con problemas en el procesamiento emocional, ya que muestran una menor respuesta emocional ante expresiones faciales, tonos de voz, posturas corporales e imágenes de personas y animales que denoten tristeza, miedo y sufrimiento (Muñoz y Frick, 2012). Esta dificultad en la identificación de señales de estrés en otros implica un mal funcionamiento del Mecanismo de Inhibición de la Violencia (Violence Inhibition Mechanism, [VIM]) del modelo de Blair, lo cual explica la predisposición de estos niños hacia la agresión proactiva (Ver Blair, 2001).

En tercer lugar y muy relacionado con esto último, se ha encontrado una diferencia muy importante en cuanto a la capacidad empática. Existe una correlación negativa entre la experiencia empática hacia el sufrimiento de otros y la presencia de emociones prosociales limitadas (Muñoz y Frick, 2012; Kimonis et al., 2018). Sin embargo, aunque los niños con TD y dichas características muestran un déficit en la capacidad empática ante el sufrimiento ajeno (empatía afectiva), no se muestra alterada la capacidad de reconocer las emociones de los demás (empatía cognitiva). Varios estudios muestran que las emociones prosociales limitadas se relacionan con déficits en ambos tipos de empatía en niños entre 3 y 8 años, pero que en el caso de niños de mayor edad (12 años), solamente se observaba un déficit en la empatía emocional. Esto parece sugerir que la empatía cognitiva se desarrolla en estos niños mediante un proceso de educación emocional en cuanto al significado emocional de ciertos estímulos, aun no siendo capaces de compartir la misma experiencia emocional con el resto de personas (Dadds et al., como se citó en Muñoz y Frick, 2012).

Por último, la presencia de emociones prosociales limitadas además correlaciona positivamente con comportamientos audaces y la búsqueda de sensaciones por medio del riesgo (Muñoz y Frick, 2012). Esto implica una mayor sensibilidad al refuerzo por parte de estos niños (Kimonis et al., 2018). Sin embargo, correlaciona de forma negativa con medidas de rasgos de ansiedad y neuroticismo (Muñoz y Frick, 2012). Los niños sin emociones prosociales limitadas pueden tener niveles elevados de ansiedad entendida como afecto negativo. Esta emoción en ocasiones se produce como consecuencia de la conducta antisocial. Sin embargo, los niños que sí presentan dichos rasgos tienen una ausencia de la emoción de miedo, y por tanto experimentan un menor nivel de malestar, contribuyendo esto a la gravedad de sus problemas de conducta (Romero, 2001). Es decir, aun teniendo ambos un TD, los niños que además tienen emociones prosociales limitadas

muestran un menor nivel de ansiedad (Romero, 2001) y una menor preocupación ante las consecuencias de sus actos que aquellos que no cuentan con estos rasgos (Muñoz y Frick, 2012). Todo esto pone de manifiesto que la presencia de un especificador de emociones prosociales limitadas dibuja un perfil sumamente distinto de niño con TD tanto cognitiva como emocionalmente, y requiere que sea tratado de diferente manera.

Gravedad. Según el DSM-5 (APA, 2014), también existe la posibilidad de clasificar el TD según su gravedad. La severidad de un TD viene determinada por la frecuencia, intensidad, variedad y persistencia de las conductas, así como del número de contextos en los que se produzcan. Además, un indicador de la gravedad del trastorno es el grado de coincidencia de la información dada por padres y profesores (NCCMH, 2013). Así, un TD leve es aquel en el que el número de conductas problemáticas se encuentran dentro del límite necesario para establecer el diagnóstico y suponen un riesgo menor para los demás. El tipo moderado se encuentra entre el leve y el grave en cuanto a número de problemas de conducta y su efecto en otros. En el TD grave, existe una presencia de numerosos problemas de conducta más allá de los que se necesitan para diagnosticar el trastorno. Además, estas acciones suponen un daño suficientemente grave para otras personas (APA, 2014).

Formas Mixtas. Benjumea Pino y Mojarro Práxedes (2000) indican la existencia de formas mixtas en relación con el TD. Estas se definirían como un solapamiento entre dos categorías diagnósticas. Se trata de un concepto diferente del de comorbilidad, y aunque no ha sido aceptado todavía por la APA, sí que se incluye en la clasificación CIE-10. Existen dos formas mixtas del TD. Estas son la emocional y la hiperkinética. La forma mixta emocional se concreta en el trastorno mixto disocial depresivo. En este caso nos hallamos ante una coincidencia de un cuadro depresivo y un TD, los cuales se comportan como una unidad y no una simple comorbilidad.

Por otra parte, la forma mixta más relevante es la hiperkinética, también denominada trastorno mixto hiperkinético disocial. El solapamiento entre el TD y el trastorno hiperkinético es un fenómeno frecuente. El trastorno hiperkinético se corresponde con el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) del DSM-5 (APA, 2014) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 2008). En ocasiones, un trastorno hiperkinético puede evolucionar hacia el TD, pero no es frecuente que ocurra lo contrario.

La manifestación de esta forma mixta se caracteriza por la presencia de conductas problemáticas junto a un déficit en las áreas de atención, hiperactividad e impulsividad. Lynam (1996, 1998), en su modelo HIA-CP, indica que la combinación del TD y TDAH constituye una particular forma de TD, la cual destaca por la severidad de las conductas y en su mal pronóstico. Por tanto, ante esta forma mixta es muy importante la intervención temprana.

Otras Tipologías. Hay autores que consideran que existen más tipologías del TD. Por ejemplo, Benjumea Pino y Mojarro Práxedes (2000) detallan algunas variaciones del TD más allá de las ya mencionadas. Dos ejemplos tipos adicionales son el TD circunscrito al contexto familiar y la distinción entre TD socializado y no socializado. En el caso del TD circunscrito al contexto familiar, las conductas disociales se producirían únicamente dentro del contexto del hogar. Por otro lado, la clasificación entre TD socializado y no socializado es más característica en la adolescencia. En el primer caso los problemas de conducta se producen en grupo, mientras que en el segundo ocurren de manera individual. En el TD no socializado se han detectado mayores problemas relacionales (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000).

Curso.

Entender el curso del TD permite conocer qué factores evolutivos influyen en su aparición y desarrollo, así como qué esperar encontrarse en cada momento evolutivo. Los síntomas conductuales del TD van sufriendo cambios con la edad del niño. Con el paso del tiempo, a medida que el niño crece en tamaño, habilidad cognitiva y madurez sexual (APA, 2014), a las conductas problemáticas se les suelen añadir otras distintas (NCCMH, 2013). En la infancia temprana (de 3 a 7 años), podemos encontrarnos niños con conductas como: una actitud desafiante ante los deseos de los adultos, la desobediencia de órdenes e instrucciones, explosiones de ira y rabietas, agresión física a otros (especialmente compañeros o hermanos), destrucción de la propiedad, peleas, culpar a otros de problemas propios y la tendencia a molestar y provocar a otros. Al alcanzar la media infancia (de 8 a 11 años), a estas conductas se les unen otras, ya que el niño es más mayor y fuerte y tiende a pasar más tiempo fuera de casa. Entre estos nuevos síntomas encontramos: decir palabras malsonantes, mentir acerca de lo que han estado haciendo, robar las pertenencias de otros, la transgresión persistente de las normas, peleas físicas, acoso a otros niños, crueldad hacia animales y provocar fuegos e incendios.

Alrededor de la adolescencia (de 12 a 17 años), es común hallar conductas como: crueldad y daño hacia otras personas, atracos, robar usando la fuerza, vandalismo, entrar a robar en casas, robar pertenencias de coches, robar y conducir coches sin permiso, escaparse de casa y el abuso de alcohol y drogas. Acerca de la mitad de los niños que comienzan en la infancia temprana continúan con la conducta antisocial en la infancia media. De la misma manera, más o menos la mitad de estos últimos siguen acumulando conductas disruptivas en la adolescencia. Asimismo, una gran proporción de estos niños acaban convirtiéndose en adultos antisociales, entre los cuales una minoría desarrollará un Trastorno Antisocial de la Personalidad, de la cual los casos más severos cumplen los criterios de psicopatía (Casera Vivas et al., 2002; NCCMH, 2013; Romero, 2001).

En relación con otros trastornos, Piquero et al. (como se citó en NCCMH, 2013) indicaron que la mayor parte de los niños con un TD han tenido previamente un Trastorno Negativista Desafiante, y que casi todos los adultos con un Trastorno Antisocial de la Personalidad han tenido un TD previo. De hecho, el 90% de los jóvenes delincuentes refieren haber tenido conductas antisociales en la infancia temprana. En mujeres es más común que el TD evolucione hacia un trastorno internalizante como los trastornos de ansiedad o depresivos (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000). Entre los factores influyentes en la persistencia del TD se encuentran la edad de inicio y la gravedad del trastorno, el estilo cognitivo del niño, su rendimiento escolar, las condiciones sociofamiliares y el acceso a servicios de salud mental, el soporte social (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000), la presencia de rasgos de insensibilidad emocional y la presencia de TDAH (Romero, 2001). Por otra parte, varias de las consecuencias que se pueden observar en un adulto que ha tenido un TD en su infancia o adultez son un mayor número de patologías psiquiátricas y médicas, un mayor número de hospitalizaciones, una mayor frecuencia de conductas delictivas, detenciones y problemas judiciales. Además, también se ha observado una mayor inestabilidad laboral y desempleo y un mayor número de problemas maritales e inestabilidad relacional (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000).

Vías y Modelos Evolutivos. Para concluir este apartado es importante hablar de las vías evolutivas de este trastorno. Hay muchos modelos que tratan de establecer las rutas etiológicas que existen en cuanto al TD, y comprenderlas conlleva tener una visión más clara tanto de las tipologías del TD como de qué factores de riesgo y protección

influyen y modulan el desarrollo de esta patología. A continuación, se recogen algunas de las vías más relevantes.

En primer lugar, conciliando las posturas de Lynam y Frick expuestas en el apartado de tipologías del TD, contaríamos con un modelo que propone diferentes rutas tanto para el desarrollo del TD como para su evolución a otros trastornos (ver Figura 1). Por una parte, Frick afirma que existen al menos dos vías evolutivas que llevan al desarrollo de un TD (Romero, 2001; Caseras Vives et al., 2002). La principal vía que propone este autor es la del TD “psicopático”, que encuentra su origen en variables neurobiológicas que desembocarían en un déficit en el funcionamiento del Sistema de Inhibición Conductual (BIS), lo cual se expresaría en la presencia de emociones prosociales limitadas (Romero, 2001). Adicionalmente, Frick propone la vía del TD “alternativo”, que se da con mayor frecuencia. Esta tiene su origen en factores de riesgo psicosociales y una baja inteligencia. Esta secuencia recibe influencia de factores como la socialización o la compañía de grupos de pares antisociales. Cabe destacar que la intervención no será la misma en cada una de las vías, ya que en los niños con TD y emociones prosociales limitadas no tienen influencia las variables psicosociales, mientras que en el resto de niños con TD sí (Caseras Vives et al., 2002). Además, Frick defiende que los niños pertenecientes a la vía “psicopática” acabará teniendo características psicopáticas en el futuro (Romero, 2001).

Por otra parte, Lynam propone que otra vía puede ser la del TD “hipercinético”, en la que el niño presenta problemas de conducta y un TDAH (Romero, 2001), lo que se corresponde con la forma mixta hipercinética del TD explicada anteriormente. Lynam defiende que detrás de la hiperactividad infantil se esconde un déficit temperamental denominado baja contención psicopática (psychopathic constraint). Esto implica una gran dificultad para procesar e integrar el feedback proveniente del entorno, y por ende para modular la propia conducta. En los primeros años de vida, la hiperactividad se manifiesta en un exceso de conducta exploratoria e impaciencia y una baja tolerancia al aburrimiento, lo cual dificultaría la respuesta ante los intentos de establecer disciplina por parte de sus padres. Ante la frustración provocada por los progenitores durante la socialización, el niño emitiría conductas desafiantes y negativistas. Al llegar al colegio comenzarían los síntomas de TD como tal, y se podría observar un patrón de hiperactividad, déficit de atención y desinterés (Caseras Vives et al., 2002). Al alcanzar la adultez nos encontraríamos frente a una persona con características psicopáticas (Caseras Vives et al., 2002; Romero, 2001). Sin embargo, Frick afirma que la

coocurrencia de TDAH y TD no desembocarían en una psicopatía sino en un TAP (Romero, 2001).

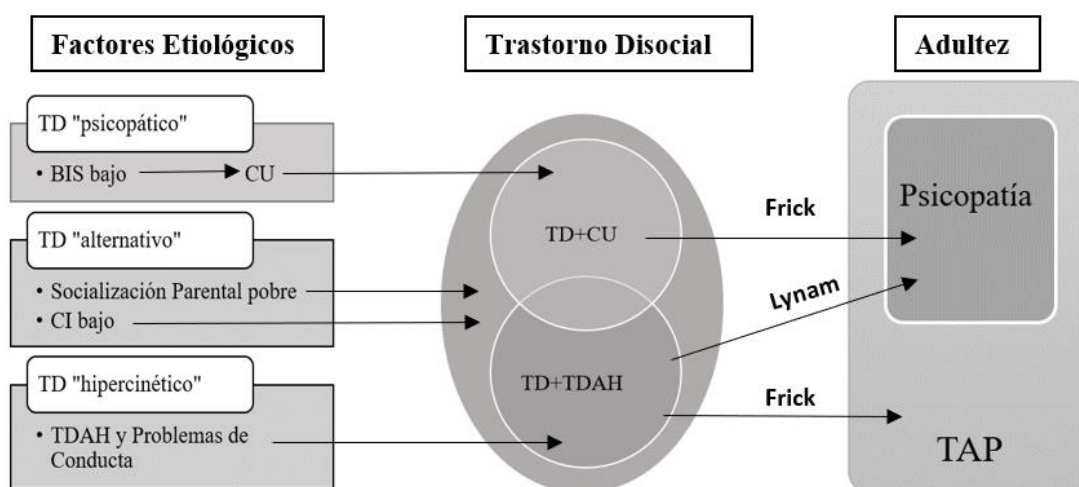


Figura 1. Esquema de las aportaciones de Lynam y Frick a la etiología del TD y su evolución hacia el TAP y la psicopatía. Información recuperada de Romero (2001) y Caseras Vives et al. (2002).

Otro modelo relevante para el TD es el propuesto por Loeber et al. (como se citó en Caseras Vives et al., 2002). Este modelo defiende que la conducta antisocial persistente sigue un desarrollo evolutivo concreto, y expone las diferentes secuencias evolutivas hacia los problemas de conducta. Estas secuencias son tres, y cada una contaría con tres fases: una de conducta leve, otra de conducta moderada y otra de conducta severa. La primera vía es la vía manifiesta, caracterizada por el desarrollo de conductas agresivas. Comenzaría con agresiones menores como la intimidación, escalando hacia peleas físicas y finalmente culminando en conductas violentas. La segunda es la vía encubierta, que se inicia con conductas encubiertas menores como robos en tiendas, incluyéndose en la segunda fase vandalismo y acabando en conductas delictivas moderadas o graves. Por último, se encuentra la vía de conflicto con la autoridad. Esta es la vía que tiene una edad de comienzo más temprana, y cuya progresión aumenta la probabilidad de que el niño o adolescente se inicie y avance a lo largo de las otras dos vías. Empieza con rabietas y conductas rebeldes, continuando con una actitud y conductas de rebeldía y desafío para desembocar en la evitación y el desacato a la autoridad, como por ejemplo absentismo escolar o escaparse del domicilio (Caseras Vives et al., 2002).

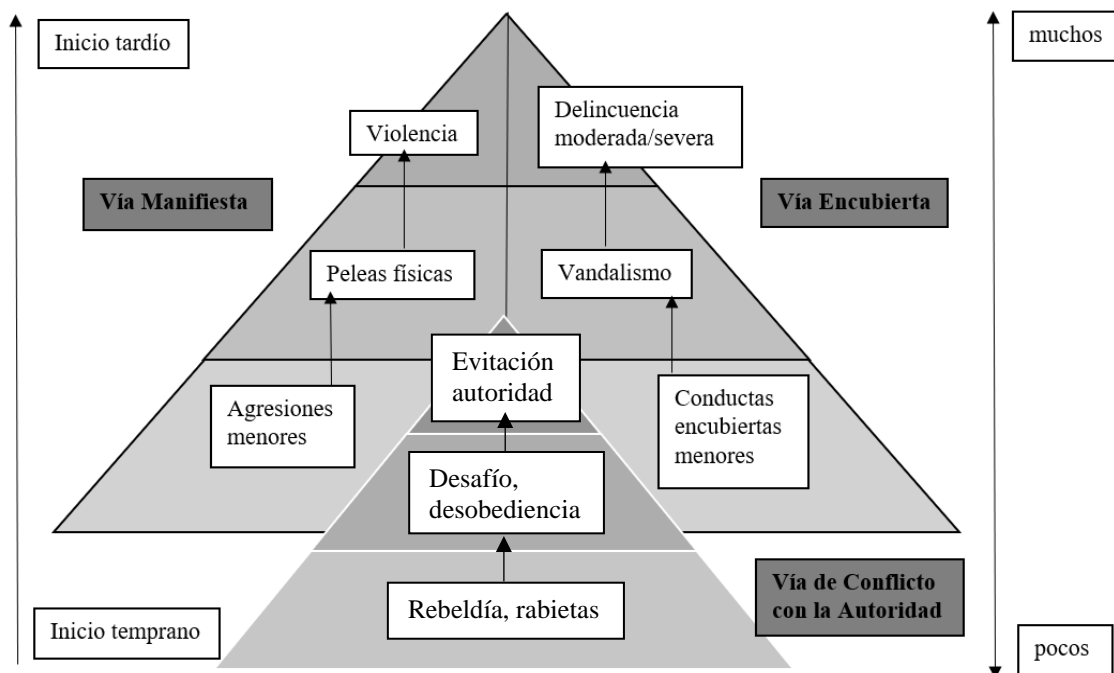


Figura 2. Esquema del modelo de Bauman et al. sobre las secuencias evolutivas hacia los problemas de conducta. Recuperado de Caseras Vives et al. (2002).

Por último, el modelo más general que explica la conducta antisocial es el modelo causal integrador de Lahey, Waldman y McBurnett (como se citó en Caseras Vives et al., 2002). Este modelo contempla que las alteraciones conductuales propias del TD se encuentran en el extremo del espectro de la antisocialidad. Dichas alteraciones se deben a la interacción de múltiples factores tanto de riesgo como de protección. Estos autores argumentan que habría ciertos factores predisposicionales que recibirían influencia tanto de variables genéticas como psicosociales. Dichos factores predisposicionales se deben a variaciones en tres dimensiones principales: la insensibilidad afectiva, el negativismo y la evitación del daño. Cabe destacar que las variables que intervienen en el desarrollo del TD tendrán diferentes grados de influencia según la etapa evolutiva en la que se encuentre el niño (Caseras Vives et al., 2002). Así, durante los primeros años de edad tendrán una mayor influencia variables biológicas y genéticas, y en edades posteriores las psicosociales (Caseras Vives et al., 2002; Shelton, 2014).

Perspectiva Evolutiva

Este apartado pretende recoger los principales procesos evolutivos que resultan relevantes para el desarrollo y la evolución del TD, así como los factores de riesgo asociados a estas etapas. Dichos procesos son el establecimiento del apego y el desarrollo de la capacidad de mentalización, el proceso de socialización, la adolescencia y la transición a la edad adulta. Los tres primeros años de vida del niño suponen una importante ventana evolutiva en la cual se producen varios de los hitos más relevantes para el desarrollo psicosocial, cognitivo, emocional y conductual (Banz y Dörr, 2010). Es por esto que estudiar las variables y procesos que influyen a tan temprana edad es de gran importancia para comprender trastornos infantiles como el TD. Algunos de estos procesos son el apego, la mentalización y la socialización. Además, la adolescencia es una etapa en la cual las relaciones sociales ocupan un puesto especial (Brando, Valera y Zarate, 2008). Es más, la influencia de otro tipo de variables de carácter más biológico se ve reducida considerablemente en esta etapa (Caseras Vives et al., 2002). Dada la importancia que cobran los factores sociales en la adolescencia, resulta crucial conocer de qué forma se desarrolla el TD en dicha fase evolutiva. En último lugar, el TD se considera un factor predictor para el desarrollo del Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP; Caseras Vives et al., 2002). De hecho, en el diagnóstico para el TAP del DSM-5, uno de los criterios indispensables para ser diagnosticado con este trastorno es haber presentado un TD en la infancia (APA, 2014).

Asimismo, es necesario tener en cuenta que dependiendo del tipo de TD y de su etiología los factores evolutivos van a tener diferentes grados de influencia en el niño y la evolución del trastorno. El ejemplo más claro y que es imprescindible tener en cuenta a la hora de estudiar y desarrollar programas de tratamiento y prevención es el del TD con emociones prosociales limitadas. Diversos autores afirman que las variables sociales y familiares, en concreto los procesos de socialización (Kimonis et al., 2018) tienen poco o ningún efecto en estos niños, ya que su conducta no mejora ni empeora por la presencia de estos factores (Caseras Vives et al., 2002; Romero, 2001). Esto se debe a lo explicado anteriormente respecto a la dificultad que presentan estos niños para aprender de la experiencia, especialmente del castigo y estímulos aversivos (Muñoz y Frick, 2012). Sin embargo, según Kimonis et al. (2018), un déficit en la calidez y la responsividad durante la relación temprana del niño con la madre sí que parece estar relacionada con el desarrollo de emociones prosociales limitadas. Por tanto, la mayor parte de los factores de

riesgo y protección explicados en puntos siguientes no son tan relevantes en el caso de los niños con TD y emociones prosociales limitadas.

Apego.

Las dificultades en el establecimiento del apego constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de conductas antisociales en la infancia (Bowlby, como se citó en Brando et al., 2008), así como en un incorrecto funcionamiento relacional y social. La calidad de la relación entre el niño y sus padres es crucial para el comportamiento social posterior. Si un niño no tiene la oportunidad de establecer el apego de manera adecuada, esto normalmente desemboca en problemas relacionales, como por ejemplo el comportamiento antisocial (NCCMH, 2013). Además, una conducta inconsistente o de rechazo por parte de los progenitores genera incertidumbre e ira, que se establecen como características dominantes en el niño (Brando et al., 2008). Asimismo, existe evidencia de que la falta de calidez y responsividad en la relación del niño con sus cuidadores resulta un factor relevante en el desarrollo de emociones prosociales limitadas (Kimonis et al., 2018).

Todo esto se debe a que el apego, junto a la mentalización, realiza una función muy importante en el proceso de aprendizaje social: genera una seguridad que no solo se limita a lo emocional, sino que permite el establecimiento de la capacidad de confiar en el entorno social del que el niño va a aprender. Esto ocurre gracias a que el niño tiene la expectativa de que los demás serán responsivos con él (Bevington et al., 2015). Existe evidencia que indica la influencia que tiene un apego seguro en altos niveles de apertura a la experiencia y flexibilidad cognitiva (Thompson, como se citó en Bevington et al., 2015), lo cual puede verse influido por la mayor apertura a la comunicación social que tienen aquellos niños que cuentan con expectativas más estables de que serán consolados cuando experimenten emociones desagradables (Grossmann, Grossmann, Kindler y Zimmerman, como se citó en Bevington et al., 2015).

Según el NCCMH (2013), un estudio encontró que el apego ambivalente y punitivo-controlador (un subtipo del estilo de apego desorganizado) predicen el desarrollo de problemas externalizantes. Además, los patrones de apego desorganizado están muy relacionados con los problemas de conducta. De hecho, Lyons-Ruth, Alpern y Repacholi (1993) hallaron en un estudio con niños que manifestaban conductas agresivas, que el 70% de estos niños habían presentado un estilo de apego desorganizado en la temprana infancia. Asimismo, afirmó que la combinación de un apego desorganizado con un bajo

CI constituye un factor predisponente para el desarrollo de un trastorno de conducta. También se ha encontrado relación entre el TD y el apego inseguro (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000).

Aunque la relación entre el apego y el TD en la infancia es evidente, todavía queda por determinar hasta qué punto el apego es una variable causal independiente del TD y no un indicio de la presencia de otros factores de riesgo familiares (NCCMH, 2013). Sin embargo, en la adolescencia sí que existe evidencia de que el patrón de apego establecido en la infancia predice los problemas de conducta más allá de la socialización parental (Scott et al., como se citó en NCCMH, 2013).

Mentalización y Teoría de la Mente.

El apego y la mentalización están intensamente relacionados (Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy y Locker, como se citó en Bevington et al., 2015). De hecho, esta segunda función se desarrolla al mismo tiempo que la relación de apego, mediante un proceso por el cual el niño reiteradamente tiene la experiencia de que sus propios estados mentales son adecuadamente comprendidos y comunicados por parte de su cuidador. Gracias a esto, el niño va desarrollando una consciencia de su propia mente y la de otros (Bevington, et al., 2015). La mentalización es un requisito fundamental para el proceso de aprendizaje y adaptación social que se lleva a cabo durante la infancia y la adolescencia. En los niños con problemas de conducta hay una gran dificultad para dar con claves que faciliten su capacidad para adaptarse socialmente. Esto, según Bevington et al. (2015), se debe a que no se produce en ellos lo que estos autores denominan actitud pedagógica (*pedagogic stance*). Este fenómeno se trata de un estado de seguridad emocional y apertura a la nueva información que facilita que un niño aprenda información culturalmente relevante. Dicha actitud es elicitada mediante claves dadas por el cuidador o el educador, e indican al niño que la información que va a recibir es importante y se puede generalizar a otros contextos (Gergely, como se citó en Bevington et al., 2015). Además, estas claves transmiten un mensaje al niño de que la relación con el cuidador es especial y que éste tiene presente el estado mental del niño (le está mentalizando). Estos autores afirman que la mentalización del cuidador al niño debe darse necesariamente para que el niño pueda interiorizar cualquier información socialmente relevante.

Según Premack y Woodruff (como se citó en Gómez Botero, Arango Tobón, Molina González y Barceló, 2010), la habilidad de mentalizar se denomina teoría de la mente (TOM). Esta habilidad ayuda a hacer el entorno social más comprensible y

predecible, y por tanto facilita todas las relaciones interpersonales. En relación con el apego, Gómez Botero et al. (2010) afirman que este influye en el desarrollo emocional del niño, lo cual resulta fundamental para estructurar adecuadamente la TOM. La TOM se compone de varias funciones asociadas, tanto cognitivas como emocionales (Gómez Botero et al., 2010). Una de estas funciones es la cognición social, la cual juega un papel central en el proceso de socialización. La cognición social implica la comprensión de los demás y las normas sociales, reconocer emociones, y poder autorregularse, lo cual contribuye a la convivencia social. A pesar de esto, existen varias patologías en las que la TOM se encuentra alterada. Concretamente, en el TD, se encuentran las funciones del procesamiento emocional y la cognición social (Gómez Botero et al., 2010).

Un estudio realizado por Gómez Botero et al. (2010) con menores infractores de entre 10 y 16 años, de los cuales la mitad tenía TD, halló que la TOM en niños con TD tiene unas características diferentes que en el resto de niños. En concreto se encontró un déficit en el procesamiento emocional, lo cual tiene efectos negativos sobre el desarrollo empático. Otros autores indican que las funciones que más se ven alteradas en el TD tienen que ver con la falta de preocupación por el impacto de la propia conducta en otros y no tanto con la capacidad de entender su perspectiva (Dolan y Fulam, 2004). Esto implica que la alteración de la TOM en niños y adolescentes con TD afectaría más a la empatía emocional que a la empatía cognitiva (Mealey, como se citó en Gómez Botero et al., 2010).

Socialización.

Existen datos que respaldan que la conducta antisocial en niños con TD empeora en un ambiente social de riesgo. Entre las características de este ambiente se encuentra una socialización inadecuada (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000; Silberg et al., 2015). Los problemas de conducta están asociados con una socialización hostil, crítica y coercitiva. De hecho, se ha encontrado que los padres de niños con TD realizan algunas conductas socializadoras que son perjudiciales para el desarrollo evolutivo de estos niños. Estas conductas son: poca consistencia en el uso de normas, órdenes ambiguas, mayor tendencia a reaccionar a las conductas de sus hijos basándose en las propias emociones antes que en la conducta del niño, menor frecuencia en la comprobación del paradero de sus hijos y no responsividad ante la conducta sociable del niño (NCCMH, 2013). Según Maughan, (como se citó en Silberg et al., 2015) un temperamento mal regulado y una socialización inadecuada constituyen predictores adecuados para la persistencia del TD.

Frick et al. (como se citó en Rey Anacona, Monguí Merchán y Paitán Ávila, 2015) encontraron que el estilo parental influye no sólo en el desarrollo de un TD, sino también en si éste será de inicio en la infancia o en la adolescencia. En concreto, el autoritarismo y la falta de coherencia disciplinar se encuentran relacionados con el TD-I; y el TD-A correlaciona con la negligencia, la falta de supervisión e involucración con los hijos. La influencia del estilo autoritario con los problemas de conducta se debe a un proceso de aprendizaje vicario, en el cual castigos severos y sobre todo de naturaleza física, en vez de reducir o eliminar la conducta problemática del menor, la refuerzan. Esto ocurre porque el niño aprende que el uso de conductas violentas es una manera efectiva de conseguir reforzadores. Por otra parte, un estilo permisivo en el cual los padres responden a la conducta del niño de manera sumisa le enseñará a utilizar conductas problemáticas para obtener recompensas por parte de sus padres (Caseras Vives et al., 2002).

Existen cuatro vías mediante las cuales una mala socialización por parte de los padres puede verse relacionada con el desarrollo de un TD. La primera fue propuesta por Patterson (1982). Según él, se trata un mecanismo coercitivo mediante el cual se promueve el comportamiento desafiante y agresivo. En dicho proceso un padre aplica un castigo negativo ante una conducta moderadamente irritante de su hijo, tras la cual el niño responde aumentando su conducta. Ambos van escalando en sus niveles de ira hasta que el padre retira el castigo, reforzando así negativamente el comportamiento del niño. La segunda relación entre el TD y una socialización deficiente sugiere que tanto la conducta perjudicial de los padres como el TD del niño se deben a factores genéticos subyacentes que son compartidos por toda la familia (NCCMH, 2013). En tercer lugar, estaría la posibilidad de que la relación entre ambas variables represente el efecto que tienen las conductas disruptivas del niño sobre sus padres y por tanto que las estrategias de socialización inadecuadas sean un efecto del TD y no una causa. En línea con esta posibilidad, existe evidencia de que las conductas de estos niños tienen efectos negativos en los padres. La propia atmósfera familiar se ve afectada por la conducta disruptiva del niño, siendo frecuentes la depresión materna o la transferencia de la custodia del niño a autoridades o instituciones. Sin embargo, esto no significa que la socialización no tenga ningún efecto en la conducta de estos niños (NCCMH, 2013). Por último, también es posible que una socialización inadecuada esté ligada a otros problemas familiares que sean los que están influyendo en las conductas del niño (NCCMH, 2013).

Además de las conductas de socialización llevadas a cabo por los progenitores del niño, también tienen un efecto las características de los padres. La presencia de un padre

antisocial aumenta la agresividad en sus hijos, la cual aumenta con cada semana que el padre esté a su cargo. Asimismo, la ausencia de un padre con características prosociales también predice una mayor agresividad en los hijos (Trzesniewski et al., como se citó en NCCMH, 2013). También existe una relación indirecta entre las desventajas familiares severas y la conducta antisocial infantil. En este caso actuarían como factores mediadores ciertas características relacionales familiares, como por ejemplo el desacuerdo interparental o la calidad de la socialización (NCCMH, 2013). Esta contribución de una mala socialización a la conducta antisocial del niño abre una ventana para la intervención. De hecho, los programas de socialización parental que revierten los efectos negativos de la socialización en estos niños y promueven el establecimiento calmado de límites claros llevan a una mejora de los problemas de conducta (NCCMH, 2013).

Adolescencia.

La adolescencia es un periodo que tiene unas características especiales que lo diferencian del resto de la infancia o de la edad adulta. En primer lugar, a pesar de que por lo general los problemas de conducta se dan más en niños que en niñas, en la adolescencia estas diferencias son mínimas (Shelton, 2014). En segundo lugar, al contrario de lo que ocurre en los primeros años de vida, durante la adolescencia disminuye de manera considerable el efecto que tienen los factores familiares en la persona. Por tanto, las variables que modulen la evolución o la expresión del TD durante esta etapa serán más de tipo social que biológicas, temperamentales o familiares (Caseras Vives et al., 2002). A pesar de esto, según Dishion y McMahon (como se citó en Caseras Vives et al., 2002) un nivel elevado de supervisión por parte de los padres durante la infancia del adolescente con TD desemboca en una reducción de su conducta antisocial. Por el contrario, una pobre supervisión parental da pie a un mayor contacto del niño con compañías antisociales, lo cual empeora su conducta (Patterson et al., como se citó en Caseras Vives et al., 2002).

Así, los factores que contribuyen al TD durante la infancia (las relaciones coercitivas con los padres, una socialización inadecuada, el rechazo por parte de los grupos de iguales, el uso de conductas agresivas, etc.) son distintos de los que influyen al adolescente con TD. En esta última etapa, uno de los factores centrales que aumentan la persistencia de la conducta antisocial son las influencias de los grupos de pares desviados (CPPRG, como se citó en Shelton, 2014). De hecho, la adolescencia es la etapa en la que la influencia de las relaciones con el grupo de pares alcanza su máximo exponente

(Caseras Vives et al., 2002). Sin embargo, este factor no tiene el mismo efecto en los adolescentes con TD-I que en los que tienen un TD-A. Ferguson, Lynskey y Horwood (como se citó en Caseras Vives et al., 2002) afirman que, aunque la conducta de los niños que ya presentaban un TD desde la infancia no empeora con la asociación de grupos de iguales antisociales, sí que lo hace la de los niños que no habían presentado problemas de comportamiento antes de la adolescencia. Es decir, a mayor edad de inicio más influencia tienen las relaciones con los iguales para el niño con TD.

Por otra parte, existen variables temperamentales que modulan esta influencia que tienen los compañeros en el niño con TD. Así, tener un Sistema de Activación Conductual (BAS) bajo y un Sistema de Inhibición Conductual (BIS) elevado disminuye la probabilidad de que el niño se vea presionado frente a influencias sociales negativas. En concreto, estos factores protectores son un bajo nivel de búsqueda de novedades, una alta evitación del daño y un elevado nivel de sensibilidad afectiva (Caseras Vives et al., 2002). Además de la influencia de los grupos de pares desviados, existen más áreas que también son importantes en cuanto al desarrollo de la conducta antisocial adolescente. Estas áreas son las características individuales del adolescente, de su familia y de otros sistemas sociales como son el colegio o la comunidad en la que vive (Hawkins et al., como se citó en Shelton, 2014).

Evolución a Otras Patologías: Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Existen tres trastornos que están intensamente ligados con el TD y que incluso forman parte de un patrón evolutivo frecuente: el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el TAP y la psicopatía. (Caseras Vives et al., 2002). Este patrón consiste en niños que comienzan presentando un TND en edades precoces, y mediante el agravamiento de las conductas problemáticas dicho trastorno evoluciona hacia un TD en edades algo posteriores. Finalmente, el TD desembocaría en un TAP o una psicopatía. El 40% de los niños con un TD acaban teniendo un TAP o una psicopatía durante la edad adulta (Caseras Vives et al., 2002). Los niños con TD que tienen un peor pronóstico son aquellos que cuentan además con un diagnóstico de TDAH, con emociones prosociales limitadas o con ambas características. Existen, por tanto, dos posiciones respecto a la evolución del TD hacia el TAP (Romero, 2001).

En primer lugar, está la posición de Lynam (1996). Este autor defiende que aquellos niños con una coocurrencia de TD e hiperactividad (HIA-CP) cuentan con una mayor probabilidad de mostrar una conducta antisocial severa durante la adultez. El

principal elemento del TDAH que se mantiene en la adultez y agravan la conducta antisocial es el déficit en la inhibición, que además de ser responsable de los tres grupos de síntomas del TDAH (inquietud motora, déficit de atención e impulsividad), llevaría a un niño con TND a transgredir las normas y por tanto a desarrollar un TD, y posteriormente a escalar en estas conductas durante la adultez y desembocar en un TAP (Romero, 2001). Por tanto, los niños con TDAH y TD tienen un mayor pronóstico de TAP, aunque dicha combinación no parece tan relacionada con el constructo de la psicopatía (Romero, 2001). Contrariamente, Lynam (1996) defiende que los niños con TDAH y TD se comportan en ciertas pruebas neuropsicológicas de manera muy similar a un psicópata adulto, por lo que él los considera “psicópatas incipientes” (fledging psychopaths). Esta relación entre la forma mixta hiperkinética del TD y la psicopatía, sin embargo, no queda del todo clara (Romero, 2001).

En contraposición a lo que afirma Lynam, Frick argumenta que el concepto de emociones prosociales limitadas en niños con TD se corresponde más con el funcionamiento psicopático adulto que la coocurrencia de TDAH y TD (Muñoz y Frick, 2012; Romero, 2001). De hecho, el TD con emociones prosociales limitadas correlaciona con un peor pronóstico del trastorno, que evolucionaría hacia el desarrollo de una psicopatía (Caseras Vives et al., 2002; Muñoz y Frick, 2012). Esta postura proviene de la necesidad que expresa Frick de reducir el punto de mira sobre la forma mixta hiperkinética del TD a elementos más concretos, como son las emociones prosociales limitadas, para así llegar a un concepto más claro de la relación entre el TD y la psicopatía (Romero, 2001). Así pues, estos rasgos en niños con TD son muy similares a las características psicopáticas adultas, por lo que existe una alta probabilidad de que un niño con TD y emociones prosociales limitadas pueda ser diagnosticado de psicopatía en el futuro (Caseras Vives et al., 2002; Romero, 2001). Todo esto pone de manifiesto la importancia de elaborar vías evolutivas para el TD, de manera que se pueda predecir mejor la evolución del trastorno en el futuro.

Conclusión

Dicho todo esto, me gustaría resaltar la importancia que tiene la prevención en la intervención en el TD. El tratamiento del TD en edades avanzadas no suele presentar una buena eficacia (Benjumea Pino y Mojarro Práxedes, 2000; Casera Vivas et al., 2002; Kimonis et al., 2018), por lo que un programa de prevención es crucial en estos casos. Dentro del colectivo del TD, los niños con este trastorno y emociones prosociales limitadas son aquellos que peores resultados presentan en programas de prevención. Sin embargo, estos programas sí que resultarían más efectivos para niños con TD sin emociones prosociales limitadas (Kimonis et al., 2018). Después de haber realizado este trabajo me resulta interesante aportar, basándome en la literatura al respecto, los principales pilares que debe tener un programa de prevención para niños con un TD centrado en las emociones prosociales limitadas.

En primer lugar, un programa de prevención de estas características debe ir dirigido a un rango de edad específico. Debe ser lo más temprano posible, pero que al mismo tiempo permita identificar adecuadamente los síntomas del TD en el niño y de las emociones prosociales limitadas. Este rango de edad sería entre los tres y los seis años, siendo la edad óptima los tres, según Kimonis et al. (2018). Además de que los resultados suelen mejorar cuando se interviene en esta edad (Kimonis et al., 2018), existen varios argumentos que respaldan esta decisión. A los tres años comienza el desarrollo de la empatía en los niños y se aprenden actitudes del cuidado de otros (Kimonis et al., 2018). Asimismo, se trata de una edad en la que los problemas de conducta son menos graves (Kimonis et al., 2018; NCCMH, 2013) y en la que se pueden empezar a detectar rasgos de emociones prosociales limitadas (Kimonis et al., 2018). Asimismo, en esta edad será más fácil intervenir sobre procesos de apego y emocionales. A pesar de esto, considero que la edad de tres años es muy temprana para trabajar individualmente con el niño, por lo que el trabajo se centraría más en enseñar habilidades a los padres y cuidadores primarios para que sean ellos los que intervengan con los niños en el hogar.

En segundo lugar, un objetivo de intervención importante debe ir dirigido a aumentar la calidez y la responsividad en la relación entre el cuidador primario y el niño, ya que esto ayudará a mejorar de manera significativa el desarrollo afectivo del niño. Está demostrado que los déficits de esta naturaleza tienen una importante influencia en el desarrollo del TD en niños con emociones prosociales limitadas. De manera contraria, los estilos de socialización basados en la calidez afectiva y la responsividad mejoran los

problemas de conducta y los rasgos de emociones prosociales limitadas (Kimonis et al., 2018). En tercer lugar, un pilar importante en el desarrollo de un programa de prevención es que utilice técnicas basadas en el refuerzo positivo y no en el castigo. Las técnicas basadas en paradigmas de castigo (como el tiempo fuera) son comunes en intervenciones de disciplina, y aunque son efectivas en otro tipo de población, no tienen ningún efecto en niños con emociones prosociales limitadas. La evidencia afirma que los niños con dichos rasgos tienen serias dificultades para responder tanto emocional como conductualmente a los procesos de castigo, y que además presentan una elevada sensibilidad al reforzamiento positivo (Kimonis et al., 2018; Muñoz y Frick, 2012). Un ejemplo de un procedimiento basado en el reforzamiento positivo es la economía de fichas individualizada (Casera Vivas et al., 2002; Kimonis et al., 2018).

En cuarto lugar, un objetivo importante es mejorar la respuesta de los niños con emociones prosociales limitadas a estímulos emocionales. En concreto, es importante mejorar el reconocimiento de las micro expresiones que comunican emociones de miedo y tristeza, sobre todo las de la zona de los ojos (Kimonis et al., 2018). Según Kimonis et al. (2018), resulta efectiva la mejora de la comprensión emocional de estos niños, ayudándoles a relacionar expresiones emocionales con aquellos contextos que pueden elicitarlas. Sin embargo, creo que es necesario tener precaución con la educación emocional en niños con emociones prosociales limitadas. Esto se debe a que a pesar del déficit en la empatía emocional con el que cuentan, son capaces de desarrollar empatía cognitiva, es decir, identifican correctamente emociones y los contextos con los que estas van ligadas (Dadds et al., como se citó en Muñoz y Frick, 2012). El desarrollo de la empatía cognitiva no reduce ni las emociones prosociales limitadas ni los problemas de conducta, e incluso podría agravar estos últimos. Es por esto que este punto debe estar muy bien medido y centrado en componentes emocionales más que cognitivos. En quinto lugar, dado que los niños con emociones prosociales limitadas tienen una mayor tendencia a percibir las conductas y situaciones agresivas como una manera óptima y satisfactoria de resolver problemas (Muñoz y Frick, 2012), este podría ser un punto a trabajar. Un entrenamiento en resolución de problemas adaptado a la edad y características del niño podría tener un impacto positivo tanto en el número de recursos con los que cuenta para desenvolverse en situaciones sociales como en el tipo de expectativas derivadas del uso de conductas agresivas. Este objetivo, dado que exige un desarrollo cognitivo elevado, estaría más dirigido a edades más tardías. Un buen rango de edad para realizar estos objetivos es de los seis a los nueve años.

Dicho todo esto, creo relevante destacar que el presente trabajo cuenta con varias limitaciones en cuanto a aspectos relevantes del TD. Me he encontrado con cierta falta información y estudios que hablen de la relación del TD con procesos como el apego o la diferenciación del self en la adolescencia. Por tanto, es necesario investigar sobre este tema. Asimismo, me parece un punto de investigación interesante inquirir en la relación que tiene la edad de inicio del TD con la presencia o no de emociones prosociales limitadas. De esta manera, pueden establecerse de manera más detallada las vías evolutivas en relación a esta patología. El presente trabajo ilustra, por tanto, que a pesar de la información expuesta en el mismo todavía queda mucho por investigar en relación al TD.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. (5ª ed.). Editorial médica panamericana.
- Barragán Martínez, Y. D. (2008). El niño estigmatizado, una vertiente actual del “incurable”. *Katharsis*, 5, 116-126.
- Banz, C. y Dörr, A. (2010). Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales v/s niños abandonados en instituciones. *Psiquiatría universitaria*, 6(1), 38-45.
- Benjumea Pino, P., y Mojarro Práxedes, M. D. (2000). Trastornos de la conducta. Los comportamientos disociales. Clínica. Diagnóstico. Tratamiento. En Rodríguez Sacristán, J. (Ed.), *Psicopatología Infantil Básica* (pp. 243-251). Ediciones Pirámide.
- Bevington, D., Fuggle, P. y Fonagy, P. (2015). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach, *Attachment & Human Development*. *Attachment and Human Development*, 17(2), 1-18.
- Blair, R. J. R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71, 727-731.
- Brando, M., Valera, J. M., y Zarate Y. (2008). Estilos de Apego y Agresividad en Adolescentes. *Psicología - Segunda Época*, 27(1), 16-42.
- Caseras Vives, X., Fullana Rivas, M. A., y Torrubia Beltri, R. (2002). El trastorno disocial. En M. Servera Barceló. (Ed.), *Intervención en los Trastornos del*

- Comportamiento Infantil. Una Perspectiva Conductual de Sistemas* (pp. 277-302). Ediciones Pirámide.
- de Dios de Vega, J. L. (2002). Trastornos disociales en la adolescencia. Estudio de su incidencia en la Comunidad de Madrid. *Estudios e investigaciones*, 263-306.
- Dolan, M. y Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34(6), 1093-1102.
- Gómez Botero, M., Arango Tobón, E., Molina González, D., y Barceló, E. (2010). Características de la Teoría en el Trastorno Disocial de la Conducta. *Psicología desde el Caribe*, (26), 113-118.
- González Martínez, M. T. (2012). *CASIA Cuestionario de Conducta Antisocial en la Infancia y Adolescencia*. Editorial CEPE.
- Kimonis, E. R., Fleming, G., Briggs, N., Brouwer-French, L., Frick, P. J., Hawes, D. J., ... Dadds, M. (2018). Parent-Child Interaction Therapy Adapted for Pre-schoolers with Callous-Unemotional Traits: An Open Trial Pilot Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00(00), 1-15.
- Koch, L. M., y Gross, A. M. (2002) Características clínicas y tratamiento del trastorno disocial. En Caballo, V. E., y Simón, M. A. (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 23-38). Ediciones Pirámide.
- López-Soler, C., Castro Sáez, M., Alcántara López, M., Fernández, V., y López Riva, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- Lynam, D. R. (1996). Early Identification of Chronic Offenders: Who Is the Fledgling Psychopath? *Psychological Bulletin*, 120(2), 209-234.
- Lynam, D. R. (1998). Early Identification of the Fledgling Psychopath: Locating the Psychopathic Child in the Current Nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 566-575.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L. y Repacholi B. (1993) Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile aggressive behaviour in the pre-school classroom. *Child Development*, 64(2), 572-585.
- Martínez Iglesias, A. I. (2016). *Factores de riesgo de la conducta antisocial en menores en situación de exclusión social*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.

- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Masson.
- Molinonuevo Alonso, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos. *Revista Iberoamericana de Psicología, 110*, 53-57.
- Muñoz, L. C. y Frick, P. J. (2012). Callous-Unemotional Traits and their implication for understanding and treating aggressive and violent youths. *Criminal Justice and Behavior, 39*(6), 794-813.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). *Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People. The NICE Guideline on Recognition, Intervention and Management*. The British Psychological Society y The Royal College of Psychiatrists.
- Ogloff, J. R. P. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 519-528.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (10ª ed.). Washington, EEUU: Organización Panamericana de la Salud.
- Patterson G. (1982). *Coercive Family Process*. Castalia.
- Rey Anacona, C. A., Monguí Merchán, Z. L., y Paitán Ávila, L. C. (2015). Diferencias entre adolescentes con trastorno disocial de inicio infantil e inicio adolescente. *Psicología desde el Caribe, 32*(3), 365-379.
- Romero, E. (2001). El constructo psicopatía en la infancia y adolescencia: del trastorno de conducta a la personalidad antisocial. *Anuario de Psicología, 32*(3), 25-49.
- Serrano Pintado, I. (1998). *La Agresividad Infantil*. Editoriales Pirámide.
- Shelton, D. (2014). Conduct Disorder during Adolescence. En T. P. Gullotta y M. Bloom. (Eds.), *Encyclopaedia of Primary Prevention and Health Promotion* (pp. 1047-1056). Springer.
- Silberg, J., Moore, A. A., y Rutter, M. (2015). Age of onset and the subclassification of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(7), 826-833.