

TRASTORNOS DISOCIALES EN LA ADOLESCENCIA ESTUDIO DE SU INCIDENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

*JOSÉ LUIS DE DIOS DE VEGA (Autor),
JULIA AYALA PERALES, JOSÉ LUIS DE DIOS DE VEGA, M^a LUISA JOGA ELVIRA,
M^a JESÚS MARDOMINGO, PETRA SÁNCHEZ MASCARAQUE, PALOMA ORTIZ SOTO,
TOMÁS PALOMO, PRUDENCIO RODRÍGUEZ RAMOS, FCO. JAVIER SAN SEBASTIÁN Y
JAVIER SÁNCHEZ GARCÍA (Investigadores)*

1. INTRODUCCIÓN.—2. FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO.—3. BASES TEÓRICAS DE LOS TRASTORNOS DISOCIALES. 3.1. *Definición y diagnóstico.* 3.2. *Causas.* 3.2.1. Propensión individual. 3.2.2. Influencias sociales. 3.2.3. Factores provocadores. 3.3. *Prevalencia y evolución.* 3.4. *Tratamiento.*—4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.—5. RESULTADOS.—6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.—7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS.

1. INTRODUCCIÓN

Los llamados Trastornos Disociales, antes Trastornos de Conducta, están adquiriendo en el mundo occidental un carácter de epidemia. Su incremento es de tal magnitud que ha desbordado todos los sistemas asistenciales de casi todos los países. Pero no sólo se está asistiendo a un incremento exponencial de dichos trastornos, sino que estos son cada vez más violentos y agresivos, de tal forma que muchos expertos se han planteado si no existe ahora una mayor agresividad o una forma más violenta de manifestarla.

El mito de que las épocas pasadas estaban menos civilizadas y, por lo tanto más agresivas y violentas ha tocado a su fin. La época actual es, al menos, tan violenta como las pasadas, con un inconveniente gravísimo, ahora es más fácil conseguir instrumentos para agredir y con más posibilidad de daño. Ahora los conflictos son cada vez menos ritualizados, pasando a la violencia con gran facilidad.

En los medios de comunicación aparecen cada vez con más frecuencia episodios de violencia extrema provocada por personas cada vez más jóvenes, no siendo raro encontrar estos episodios entre la población adolescente e incluso infantil. Un conocimiento y una comprensión cada vez mayor de estos hechos conducirá a una mejor asistencia y, por supuesto, a una prevención de ellos.

Este informe constará de varios apartados: tras un estudio teórico de los Trastornos Disociales, referidos a la infancia y adolescencia, se analizará la metodología empleada para estudiar, de un modo apro-

ximativo, la prevalencia de estos trastornos en la población adolescente de la Comunidad de Madrid, seguido por un análisis de los datos encontrados y las conclusiones pertinentes.

2. FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO

Desde que existe la humanidad se han producido conflictos entre las generaciones. La maduración del hombre no es una evolución paulatina, lineal, sino en forma de crisis. La crisis madurativa por excelencia ha sido el paso de la niñez a la vida adulta, paso muy diferente entre las distintas culturas. Este paso, o adolescencia, ha creado de siempre conflictos entre las generaciones. Los conflictos generacionales forman parte de los estereotipos agresivos del comportamiento humano.

Ya Hesiodo afirmaba que *“los jóvenes, tanto de uno y otro sexo, se burlan de los consejos que les dan sus padres y profesores; hacen caso omiso de cualquier advertencia y, sin embargo, exigen un derecho que a raíz de su falta de madurez no les corresponde”*.

Platón se lamentaba: *“el hijo no tiene ni respeto ni consideración frente a sus padres, ¿qué sociedad es ésta?”*.

Aristóteles comentaba: *“la juventud ama el lujo. Se comporta mal, desdeña la autoridad, no tiene respeto ante las personas mayores, charla en vez de trabajar. Los jóvenes ya no se ponen de pie cuando algún mayor entra en la habitación, contradicen a sus padres, hablan estando en sociedad, engullen las comidas, cruzan las piernas y tiranizan a sus padres”*.

Cicerón decía que la juventud romana ofrecía *el aspecto genuino de una generación perdida, vacilante entre un entusiasmo exorbitante y un cinismo frío, sumisión extrema e inmoralidad voluptuosa, elegancia y brutalidad, viveza y ordinariez, entre gracia fascinante y devoción conmovedora e impertinencia insolente y arrogancia insultante, con lo que cubre virtuosamente toda la gama de posibles sensaciones sin identificarse plenamente con ninguna, engañando y decepcionando reiteradamente, de este modo, a la generación mayor”*.

En estas citas se aprecia que las conductas que se apartan de las normas imperantes en las diferentes sociedades y diferentes tiempos no son un mal actual, sino que ya existía desde los tiempos de Grecia y Roma.

Dando un salto en el tiempo, Rojas Marcos, en su libro *“Las semillas de la violencia”* (1995), afirma: *“La delincuencia violenta y criminal, especialmente por parte de menores, se ha convertido en una inexplicable pesadilla colectiva. La época en que los jóvenes se peleaban usando sólo los puños ha pasado a la historia. Cada día hay más gente joven que resuelve sus diferencias y sus conflictos triviales con navajas o recurriendo a las armas de fuego y matándose unos a otros”*.

Aunque estas palabras estaban referidas a U.S.A y escritas en 1995, es evidente que pueden suscribirse en el momento actual en España. No solamente se ha incrementado la violencia y la utilización de armas ofensivas para llevarla a cabo, sino también esta violencia se ha hecho más persistente e intensa en los mismos individuos y éstos son cada vez más jóvenes. Sólo por el hecho de poder reducir las consecuencias que surgen en la población víctima de estas personas merece la pena utilizar todos los medios adecuados para poder atajarla y, lo que es más importante prevenirla.

Pero también, cuando se trabaja con niños, hay que pensar en su futuro, y éste es más infausto cuando mayor es la alteración de conducta que pueda presentar:

- 1.º Existen consecuencias a corto plazo, que están creadas por los conflictos y dificultades que generan dichas conductas de modo directo, ya sean legales, escolares, familiares, etc.
- 2.º Existen consecuencias a más largo plazo, que se deben a las oportunidades perdidas o desaprovechadas por estas personas; hay numerosos estudios que afirman que estos chicos tienen más fracasos laborales, están más tiempo en el paro, los empleos son menos cualificados, presentan más rupturas familiares, y nutren con más frecuencia los establecimientos penitenciarios.
- 3.º Aunque las conductas disociales van remitiendo a partir de los 30 años en muchos casos, existe un número no pequeño de ellos que acaban transformándose en un Trastorno Disocial de la Personalidad, con muchas más, y más graves repercusiones sobre el individuo, la sociedad y su descendencia.

El estudio y tratamiento de los TD en el niño y adolescente ha carecido de interés en los ámbitos científicos debido a la creencia, muy extendida, de que son prácticamente irreductibles y que conducen casi inexorablemente a los trastornos de personalidad disocial en el adulto o a la delincuencia reiterada, con resultados enormemente costosos para la sociedad. Siguiendo a Rutter y colaboradores (2000), existen diversos testimonios que han llevado a aceptar que la conducta antisocial es modificable:

En primer lugar, varios estudios han mostrado que los individuos pueden abandonar la actividad delictiva a pesar de haber llevado continuamente un estilo de vida que refleja una conducta antisocial.

En segundo lugar, incluso cuando los individuos muestran uno de los subtipos más persistentes de conducta antisocial (a saber, la que comienza habitualmente en la temprana niñez), alrededor de la mitad no persisten.

En tercer lugar, estudios longitudinales han puesto de manifiesto que la probabilidad de que los individuos continúen participando en actividades antisociales es influida por sus experiencias vitales (de aquí la importancia del tratamiento, el cual es una experiencia vital positiva).

Otro factor importante en este campo es el del tratamiento: cuando se observan trastornos de conducta en la infancia o en la edad escolar, el tratamiento de estos pacientes supone una prevención de los trastornos disociales a edades más avanzadas, a la vez que dicho tratamiento es más fácil y menos costoso. Cuando los trastornos de conducta se comienzan a tratar en la adolescencia (no sólo los trastornos de conducta leves o moderados, sino también los graves o disociales), el tratamiento, aunque puede seguir siendo una prevención de los Trastornos Disociales en el adulto y de los trastornos de personalidad disociales, es mucho más difícil, largo y con menos éxitos, pero también es más costoso, ya que ha de abarcar diferentes profesionales y diferentes medios. Así, cuando se trata los Trastornos Disociales en el adulto, todo es más grave, difícil y costoso. Es estudio de estos trastornos en el niño y adolescente es necesario para detectar y tratar, y por lo tanto, prevenir, muchos problemas en el adulto.

3. BASES TEÓRICAS DE LOS TRASTORNOS DISOCIALES

3.1. Definición y diagnóstico

Se considera Trastornos de Conducta o Trastornos Disociales aquellas perturbaciones del comportamiento, persistentes y reiterativas, en relación con la familia, compañeros y sociedad, que sobrepasan los

niveles de tolerancia del medio, estando estos delimitados por los patrones familiares, escolares o sociales establecidos.

Los Trastorno Disociales constituyen uno de los trastornos más frecuentes observados en las consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio y los de más difícil tratamiento.

Los Trastornos Disociales han sido estudiados desde hace ya mucho tiempo: a comienzos del siglo XIX Pinel observa una serie de trastornos del comportamiento que no pueden incluirse en las categorías patológicas establecidas entonces, y los denomina "Manie sans delire", Prichard, en 1837, describe a pacientes no psicóticos con conductas antisociales recurrentes, utilizando el término "Moral Insanity", considerando que tenían una perversión morbosa de los sentimientos, de los afectos y los poderes activos", y en 1891 Koch denomina a este tipo de trastornos como "Psicopatía".

En el siglo XX Kraepelin (1915) considera las conductas antisociales recurrentes como manifestaciones de psicosis frustradas, es decir, que no se presentan con la sintomatología psicótica típica. Otros autores, en aquella época, tipificaron estos trastornos como hereditarios, biológicos. Es en 1930 cuando Partridge introduce el término "sociopatía" para distinguir un grupo de estos pacientes cuyo trastorno no era constitucional, sino ambiental, social. A partir de entonces se ha distinguido entre los psicópatas, como trastorno de personalidad biológicamente determinado, y los sociópatas o trastornos de conducta antisociales o disociales (como se denomina actualmente), como trastornos de la conducta del individuo generada por el aprendizaje o por influencias de su entorno.

El término Trastorno de Conducta, como se considera en el momento actual, aparece en el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-III, con cuatro subgrupos denominados agresivos, no agresivos, socializados e infrasocializados, camino seguido por la CIE-9 de la Organización Mundial de la Salud, que señala también cuatro subgrupos: socializado, infrasocializado, compulsivo y mixto de conducta y emoción.

En todas estas concepciones se encuentra el mismo fundamento, una conducta perturbadora, reiterada y persistente, que vulnera las normas y niveles de tolerancia existentes en esos momentos.

Ya en los últimos años surge un consenso en todo el mundo, tanto en la denominación como en los criterios para establecer el diagnóstico, como se observa en los dos manuales utilizados a escala mundial, la CIE-10, promovida por la OMS, y el DSM-IV, órgano de la APA.

La Organización Mundial de la Salud, en su manual de diagnóstico de las Enfermedades Mentales, CIE-10 cap. V, define los Trastornos Disociales de la siguiente manera:

"Los Trastornos Disociales o Trastornos de Conducta se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas sociales establecidas mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo y las características de la sociedad en la que vive. Se trata, por tanto, de desviaciones más graves que una simple "maldad infantil" o "rebeldía adolescente".

Las formas de comportamiento en que se basa el diagnóstico pueden ser: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencias graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Este manual clasifica los Trastornos Disociales en 6 subtipos, dependiendo del ámbito, familiar o general, grado de socialización, e incluye el desafiante oposicionista como entidad clínica con derecho propio.

TIPOS DE TRASTORNOS DISOCIALES SEGÚN LA OMS Y APA

OMS	APA
Trast. Disocial limitado al contexto familiar Trast. Disocial en niños no socializados Trastorno Disocial en niños socializados Otros Trastornos Disociales	Trastorno Disocial
Trast. Disocial desafiante y oposicionista	Trastorno Negativista Desafiante
Trastorno Disocial sin especificación	Trast. comp. Pert. no especificado

El DSM-IV afirma que “la característica esencial del Trastorno Disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto. Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos, y violaciones graves de las normas. El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad”.

En función de la edad de inicio del trastorno se han establecido en el DSM-IV dos subtipos:

- De inicio infantil, de aparición de alguna característica definitoria del Trastorno Disocial antes de los 10 años.
- De inicio adolescente, que comienza después de los 10 años.

En este manual no incluye el Trastorno Negativista-desafiante dentro de los Trastornos Disociales sino como una entidad nosológica diferente, considerando a ambos como integrantes de los Trastornos del Comportamiento Perturbador, e incluyendo un tercer trastorno denominado No Especificado, cuando no cumple los criterios mínimos para uno u otro, pero en los que se observa un deterioro clínicamente significativo.

Ya en las definiciones dadas se perfila la sintomatología que presentan. Para hacer el diagnóstico de Trastorno Disocial, la OMS considera una serie de conductas como claves, desde ciertas conductas que pueden ser consideradas leves (rabietas, discusiones con los adultos, ser quisquilloso, malhumorado, resentido o mentiroso) hasta otras realmente graves (delitos violentos, robos, violaciones, incendios, abandono del hogar, etc.).

La OMS no especifica un número de criterios mínimo para poder hacer el diagnóstico, dejándolo a criterio del clínico, pues afirma que cualquiera de las categorías apuntadas, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son. Asimismo, no recomienda hacer este diagnóstico a menos que la duración del comportamiento descrito sea de seis meses o más.

Solamente en el caso de que el diagnóstico se lleve a cabo con criterios de investigación considera que la duración debe ser al menos de seis meses, durante los cuales alguno de los síntomas descritos en la tabla estén presentes especificando ya un número determinado para diagnosticar un tipo determinado de trastorno disocial. No obstante, matiza que los criterios 11 (ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros, como bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, armas de fuego), 13 (crueldad física con otras personas), 15 (destrucción deliberada de la propiedad ajena, diferente a la provocación de incendios), 16 (incendios deliberados con la intención de provocar serios daños), 20 (cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima), 21 (forzar a una persona a tener actividad sexual) y 23 (allanamiento de la morada o del vehículo de otros) necesitan haber ocurrido tan sólo una vez para que el criterio sea cumplido.

Asimismo clasifica los Trastornos Disociales según su gravedad en:

- a) Leve: Cuando los síntomas disociales ocasionan un riesgo pequeño para las demás personas.
- b) Moderado: cuando los síntomas y efectos son intermedios entre leves y graves.
- c) Grave: cuando causan un daño serio a las personas.

La APA aporta también una serie de criterios bastante similares, como se observa en la tabla, pero considera que el niño o adolescente debe cumplir tres o más de ellos durante los últimos doce meses, y por lo menos de un criterios durante los últimos seis meses para ser considerado como disocial. Los agrupa en cuatro grupos: agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo y violaciones graves a personas, añadiendo que debe provocar deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral, así como, en el caso de que fuese mayor de 18 años, no cumpliera criterios de un Trastorno Antisocial de la Personalidad.

En este trabajo se ha solicitado a los diferentes autores aquellos Trastornos Disociales moderados o graves, que son los que mayores repercusiones tienen en su entorno, independientemente que hayan o no tenido problemas judiciales. Además, se han agrupado todos los tipos en dos principales, Trastornos Disociales y Trastorno negativista desafiante, ya que el estudio de la incidencia se complicaría demasiado, además de que, en la práctica, la subdivisión en los tipos especificados por la OMS no aporta ningún aspecto clarificador. Asimismo, no se han considerado dentro de este estudio aquellos niños menores de 10 años, en principio porque la sintomatología todavía no está lo suficientemente desarrollada, salvo que presentaran ya graves perturbaciones en su entorno.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno Disocial de la OMS CIE-10

- | | |
|---|--|
| 1 | Rabieta excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y desarrollo del niño |
| 2 | Frecuentes discusiones con los adultos |
| 3 | Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos |
| 4 | A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada |
| 5 | Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta |
| 6 | Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás |
-

-
- 7 A menudo está enfadado o resentido
 - 8 De carácter rencoroso o vengativo
 - 9 Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones
 - 10 Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir las peleas con los hermanos)
 - 11 Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (bates, ladrillos, botellas rotas, cuchillos, armas de fuego)
 - 12 A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna, desde antes de los 13 años de edad
 - 13 Crueldad física con otras personas
 - 14 Crueldad física con los animales
 - 15 Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios)
 - 16 Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños
 - 17 Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (en tiendas, en casas ajenas, etc.)
 - 18 Ausencias reiteradas del colegio, empezando antes de los 13 años
 - 19 Abandono de hogar de al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que está encaminado a evotar abusos físicos o sexuales)
 - 20 Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima
 - 21 Forzar a una persona a tener actividad sexual
 - 22 Intimidaciones frecuentes a otras personas (infligiendo dolor o daño deliberados)
 - 23 Allanamiento de la morada o del vehículo de otros
-

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DISOCIAL DE LA APA DSM-IV

-
- 1 Agresión a personas y animales
 - 2 A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
 - 3 A menudo inicia peleas físicas
 - 4 Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
 - 5 Ha manifestado crueldad física con personas
 - 6 Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
 - 7 Ha forzado a alguien a una actividad sexual
 - 8 Destrucción de la propiedad
 - 9 Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
 - 10 Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)
 - 11 Fraudulencia o robo
 - 12 Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
 - 13 A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros)
-

14	Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamiento o destrozos; falsificaciones)
15	Violaciones graves de normas
16	A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
17	Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
18	Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

3.2. Causas de los trastornos disociales

En la formación de los Trastornos Disociales del niño y del adolescente intervienen muchos factores que, tratados a tiempo, pueden evitar muchas dificultades posteriores; estos factores interactúan de maneras complejas y su influencia varía en los diferentes eslabones de la cadena causal y también según las fases concretas de la evolución. En esta cadena causal hay que tener en cuenta los siguientes factores:

- 1) Propensión individual: es evidente que las personas varían respecto a su mayor o menor propensión a la conducta disocial. En esta propensión intervienen muchos factores: Rasgos innatos de personalidad: impulsividad, inestabilidad, búsqueda de novedades, agresividad, variaciones en su capacidad de reacción ante las adversidades ambientales, etc. Patrones de conducta aprendidos, estilos de procesamiento cognitivo de sus experiencias, falta de atributos de estatus.
- 2) Influencias sociales: abarcan ámbitos externos de familia, escuela, compañeros, así como la manera adecuada de hacer frente a dichas influencias, los logros académicos y el procesamiento cognitivo de experiencias.
- 3) Factores provocadores, como desencadenantes o como mantenedores. Figuran aquí aquellas situaciones que predisponen a sentimientos de rabia, frustración y resentimiento, así como necesidades del individuo de poder, rango, estatus o recursos materiales, junto a un contexto que no logra proporcionar unos medios alternativos para responder adecuadamente a dichas emociones o necesidades.

3.2.1. Propensión individual

En la propensión individual o vulnerabilidad, intervienen muchos factores, desde los puramente genéticos hasta los más ambientales y sociales. La **vulnerabilidad** se caracterizaría por la existencia de una serie de factores personales de índole biológica o psicológica, o factores sociales preexistentes que pueden influir en la aparición, mantenimiento y evolución de las enfermedades.

Para una mejor clarificación se van a estudiar estos apartados por separado, teniendo en cuenta la extrema dificultad existente dada la íntima relación entre unos y otros:

3.2.1.1. Sexo:

En todas las culturas se ha encontrado que los trastornos de conducta en general, y los disociales en particular, eran más frecuentes en varones que en mujeres, afirmándose que aparecen cuatro veces más en los varones que en las mujeres, y que estas conductas tienden a culminar en la adolescencia. Esta di-

ferencia de sexo puede ser debida a factores biológicos y de aprendizaje, teniendo en cuenta que estos se refieren no sólo al diferente aprendizaje de la conducta entre varones y mujeres, sino también al papel que juega la mujer en nuestra sociedad.

Como factores biológicos que pudieran explicar esta diferencia se encuentran:

- En los niños suele haber mayores problemas médicos prenatales y postnatales.
- Se ha achacado a las hormonas sexuales, en particular a la testosterona, que, al parecer, inter- vendría en la gestación en un “período crítico” del desarrollo del cerebro del feto, favoreciendo, no solamente las inclinaciones sexuales, sino también ciertas conductas y actitudes ante la vida que se han considerado actitudes de género. No hay pruebas de que las variaciones de estas hormonas en dichos períodos sensibles contribuyan a las diferencias sexuales en la conducta agresiva de los seres humanos, pero sí a una actitud diferente ante el aprendizaje de estas con- ductas. Se ha observado que la administración experimental de testosterona a animales ha pues- to de manifiesto un incremento en ellos del dominio social y de la agresividad. Asimismo, se ha encontrado que a la edad de 13 años, los niños considerados como líderes bravucones tenían niveles más altos de testosterona, aunque sus niveles de hormonas sexuales en la sangre eran más bajos que aquellos que, aunque no fueran líderes, eran más agresivos, indicando que la agresividad, y no la bravuconería era la que estaba más relacionada con la conducta disocial agresiva. No obstante, Krenz y Rose (1972) han afirmado que, en una población predispuesta a presentar conductas disociales, los niveles de testosterona podrían contribuir a que presentaran un mayor nivel de conductas disociales.
- Caspi (1993) subrayó que la más rápida maduración biológica de las mujeres las protegería más de presentar trastornos disociales.
- Son clásicos los estudios sobre aquellos varones con una anomalía cromosómica XYY internados en cárceles. Se llegó a la conclusión de que esta anomalía, la presencia de un cromosoma mas- culino supernumerario, favorecería la aparición de conductas disociales y delictivas. No existe confirmación de este aserto. Sí puede decirse que aquellos varones con un síndrome XYY tienen 18 veces más riesgo de estar encarcelados en una institución mental que los XY, lo que implicaría solamente un mayor riesgo de padecer problemas psiquiátricos en los que aparezcan conductas disociales.

3.2.1.2. Factores genéticos:

Es un hecho demostrado en numerosas ocasiones que la conducta disocial se concentra marcada- mente en algunas familias y se transmite también marcadamente de generación en generación (Farring- ton, Barnes y Lambert, 1996). Los efectos de la conducta disocial paterna o materna no pueden explicarse sólo por el deficiente entorno de crianza proporcionado, por lo que es probable que haya un componente genético.

Donde se encuentra con mayor nitidez la influencia genética es en aquellos pacientes con hipe- ractividad. El componente genético de este problema patológico es dominante y representa entre el 60% y el 70% de la varianza o posiblemente todavía más. Hay que tener en cuenta que la hiperac- tividad es una alteración psicopatológica que conduce con frecuencia a la conducta disocial, como se verá después.

En cambio, donde el componente genético es muy débil y las influencias ambientales son predominantes es en el caso de la conducta disocial que no va asociada con hiperactividad ni con problemas en las relaciones con los compañeros, y no va asociada con una disfunción social o de conducta que sea manifiesta para los padres (Silberg et al. 1996). No obstante el componente genético parece ser considerablemente mayor cuando la conducta disocial que comienza en la infancia persiste en la vida adulta que cuando dicha conducta está limitada a la niñez o a la adolescencia.

Asimismo, se han realizado estudios en gemelos, tanto en aquellos que comparten los mismos genes (monocigóticos) como en los que no los comparten (dicigóticos), así como en niños con trastornos disociales adoptados en los que se conocen quienes son los padres biológicos. Se ha encontrado lo siguiente:

- Existe una mayor concordancia en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (hay que tener en cuenta que los factores ambientales suelen ser más similares para monocigóticos que para dicigóticos).
- También existe mayor riesgo de criminalidad y conducta disocial cuando los padres biológicos las presentan. El ambiente debe tenerse en cuenta ya que los hermanos biológicos que permanecen con los padres tienen tasas más altas de dichas conductas.

Podrían resumirse estos estudios diciendo que hay un sustancial componente genético tanto en la agresividad como en la conducta disocial perturbadora.

En realidad es muy difícil deslindar qué pertenece a lo genético y qué a lo ambiental. Rutter (2000) intenta conjugar estos dos factores de un modo más o menos satisfactorio con la llamada "interacción". Este término significa que el efecto genético afecta a la mayor o menor sensibilidad hacia los elementos ambientales de estrés o adversidad. Se ha encontrado que los efectos de un entorno adverso eran mucho mayores en los individuos que tenían riesgo de conducta disocial que los que no los tenían. Los factores genéticos actuarían en parte a través de la influencia que ejercen sobre la sensibilidad o vulnerabilidad de dichas personas a entornos de crianza adversos (Cadoret et al. 1995).

La correlación genes-entorno es más intensa cuando los padres biológicos que transmiten sus genes a sus hijos son también las personas que proporcionan el entorno de crianza y aprendizaje, por lo que si los progenitores tienen conductas disociales, que indican genes relevantes, se las transmitirían también a sus hijos a través de la convivencia diaria, provocando en los niños y mayor riesgo, genético y ambiental, hacia la conducta disocial.

Estas correlaciones genes-entorno hay que entenderlas como que las características que están influidas por los genes afectan al modo en que las personas configuran y seleccionan sus entornos y al modo en que otras personas reaccionan a ellos (Plomin et al. 1997; Rutter et al. 1997).

Los genes, pues, desempeñan un papel importante, que contribuye al desarrollo de la conducta disocial, conducta que en el niño a su vez tiene efectos perturbadores sobre los progenitores.

Los efectos genéticos pueden acumularse y acentuarse con el paso del tiempo, tanto debido a su mayor o menor sensibilidad al entorno como a la influencia de la educación y aprendizaje por parte de unos padres que a su vez tienen esos genes.

Cuando se habla de genes que contribuyen a alguna enfermedad o a alguna conducta perturbadora, como la conducta disocial, suele interpretarse como genes anómalos, patológicos o mutaciones, cuando la realidad es que los genes que contribuyen a una mayor o menor tendencia a desarrollar una conducta

disocial son variaciones, posiblemente no patológicas, de genes que todo el mundo tiene. Por eso se habla de que la influencia genética es un factor favorecedor de la conducta disocial más o menos importante, y no su causa principal o definitiva.

3.2.1.3. Factores perinatales:

Se han buscado otro tipo de causas en las adversidades experimentadas por el feto antes o durante el parto, encontrándose que en una serie de chicos con trastornos disociales existía un bajo peso al nacer, considerando este problema como posible factor favorecedor de conductas disociales, pero se comprobó también que el bajo peso al nacer estaba relacionado con un estatus socioeconómico bajo, malnutrición y abuso de alcohol por parte de la madre durante el embarazo, etc, por lo que habría que considerarlo todos relacionados.

También se ha hablado, como factor predisponente de conductas disociales a la falta de oxígeno durante el nacimiento. Ahora bien, hay investigadores que matizan más estos hallazgos, como Raine et al. (1994, 1996, 1997) quienes afirman que, aunque las complicaciones obstétricas no parecen ir asociadas a la delincuencia adquisitiva, sí van asociadas a la delincuencia violenta, considerada como más disruptiva o disocial.

3.2.1.4. Temperamento y rasgos de personalidad:

Muy relacionado con el factor genético está el temperamento y aquellos rasgos de personalidad que, según se ha estudiado, favorecen la aparición de conductas disociales.

El **temperamento**, siguiendo a **Cloninger**, implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, determina hábitos y emociones, se mantiene estable a lo largo de la vida y está regulado por el sistema límbico del sistema nervioso central. Es la predisposición con la que nacemos y está regulado principalmente por factores constitucionales. Dichas respuestas surgen ya desde el nacimiento, por lo cual, el conocimiento de estas respuestas a edades muy tempranas pueden, al menos en teoría, ayudar a predecir conductas disociales. Por ejemplo, White et al. (1990) observaron que cuando un niño era problemático o "difícil de manejar" hacia los 3 años, este factor podía predecir la aparición de conducta disocial a los 11.

Dos factores importantes del temperamento que influyen en la aparición de conductas disociales son la impulsividad y la falta o dificultad para controlar dichos impulsos. La distinción entre ambos factores es de una gran dificultad, por lo cual los estudios que los diferencian son muy poco frecuentes; no obstante, es quizá la falta o dificultad de control, más que la impulsividad en sí, lo más importante y a tener más en cuenta en la génesis de los trastornos disociales. Caspi et al. (1995) hallaron que la "falta de control" (factor que combinaba debilidad emocional, inquietud, el no poder mantener la atención por períodos prolongados y negativismo, que se creía que reflejaba una incapacidad para modular la expresión impulsiva) era la dimensión más marcadamente relacionada con una conducta "exteriorizadora" (con alteraciones de la conducta) tal como se manifiesta a las edades de 9 a 15 años. Este rasgo mostraba una importante continuidad con la existencia de un débil autocontrol y de una emotividad negativa en la adolescencia. Tremblay et al. (1994) demostraron que la "impulsividad" (indicada por la inquietud y el exceso de actividad) medida cuando los niños estaban en el jardín de infancia era un buen rasgo de predicción de conducta disocial a la edad de 13 años. White et al (1994) encontraron que la impulsividad en la conducta (como hacer cosas sin pensarlas o planificarlas) era un rasgo de predicción de con-

ducta disocial más fuerte que la impulsividad cognitiva. Así pues, el bajo autocontrol, que surge cuando se le exige aplazar una satisfacción, se ha encontrado relacionado con lo que se denomina conducta "exteriorizadora" (perturbadora o disocial) pero no "interiorizadora" (dificultades emocionales).

Un último dato sobre este tema lo dio Quinton et al. (1993) al afirmar que los individuos que daban muestras de planificación en la adolescencia tenían mejores resultados sociales en la vida adulta y un índice más bajo de conducta disocial.

Tradicionalmente se ha trazado una distinción entre agresividad hostil o afectiva (reactiva) e instrumental (proactiva), asociando solamente la primera con la impulsividad. La agresividad se establecía como un predictor de conducta antisocial. La asociación más poderosa se produce con la combinación del rechazo de los coetáneos y la agresividad.

Además de la impulsividad y/o falta de control de dicha impulsividad, existen otros rasgos temperamentales importantes que pueden tener relación con las conductas disociales, que son el de "búsqueda de novedades", que produce una reacción muy intensa a los estímulos nuevos, por lo que siempre están buscando emociones y situaciones nuevas, y la "dependencia de la recompensa" que determina la tendencia del individuo a actuar buscando la aprobación y aceptación del entorno, con respuestas intensas a cualquier signo de recompensa, por lo que siempre están intentando realizar actos que impliquen recompensas de parte de los demás. Ambos factores asociados son factores de riesgo para las conductas disociales.

También se ha dicho que la timidez, en combinación con la agresividad, es un factor de riesgo de conducta antisocial.

3.2.1.5. Factores cerebrales:

Se habla de factores cerebrales cuando se refieren a aquellas actividades superiores de este sistema, es decir, la inteligencia, el razonamiento cognitivo, las posibles alteraciones cerebrales que favorezcan la aparición de conductas disociales, etc.

En principio cabe decir que ya desde hace tiempo se ha investigado la relación entre alteraciones cerebrales y agresividad y su correlato conductual, la violencia. Así, Williams (1969) encontró que las 2/3 de la población estudiada por él de criminales agresivos violentos tenían EEG anormales, y Lewis (1982) también encontró que el 25% de los delincuentes juveniles presentaban un EEG anormal, signos todos ellos de algún mal funcionamiento cerebral. Aún hay más, Mednick et al. (1981) hallaron una relación entre el ritmo alfa lento en el EEG y una conducta delictiva posterior en chicos preadolescentes. Aunque algunos investigadores no han encontrado dicha relación, como Jones en 1955 y Hsu en 1985, el hecho está ahí y puede implicar que en el funcionamiento del cerebro existe alguna disfunción focal o difusa que activa alguna alteración no detectada o alguna predisposición genética.

En Psiquiatría se valoran ciertos signos neurológicos llamados "menores" "blandos" o "soft" que, aunque no sean característicos de alguna o algunas enfermedades psiquiátricas, indican la existencia de alguna alteración ligera o mínima; estos signos se refieren, entre otros, a la atención, lenguaje, etc., que se estudian con exámenes neuropsicológicos bien fundamentados. Así se ha encontrado que los chicos con trastornos disociales poco socializados daban puntuaciones más altas en estas pruebas, relacionados sobre todo con déficits neuropsicológicos en el área de la atención y del lenguaje, por lo que se piensa que algunas formas de conducta agresiva disocial parecen estar mediadas por diferentes sistemas neuro-

farmacológicos. Moyer (1968) y otros autores han sugerido que existen ciertos sistemas funcionales organizados de manera innata en el cerebro de los mamíferos que permite que aparezcan respuestas agresivas bajo adecuadas condiciones estimulantes, e inversamente que existen otros sistemas funcionales que pueden inhibir estas conductas. Estos sistemas de control parecen estar situados en el "cerebro límbico", en particular en el complejo amigdalino, el hipotálamo y la sustancia gris central.

También se ha estudiado la inteligencia de aquellas personas con trastornos disociales, sobre todo los que han cometido actos delictivos, y se ha relacionado una inteligencia baja con una conducta disocial delictiva. Por ejemplo, se ha observado que los niños disociales tienen muchas menos probabilidades que los demás de tener éxito en los exámenes y muchas más de abandonar el colegio antes de tiempo, lo que indicaría un déficit intelectual, además de otros factores. Este déficit se observa especialmente en las capacidades verbales y en las funciones cognitivas que tienen que ver con la planificación y la previsión. Los adolescentes que desarrollan una conducta disocial pasajera no difieren apreciablemente en sus puntuaciones cognitivas de la población general, pero sí los que presentan una conducta disocial permanente.

Se ha indicado que los niños disociales están quizá menos capacitados en los aspectos de "inteligencia social" y por lo tanto tienen más probabilidades de comportarse de maneras inapropiadas. Es posible que estas deficiencias cognitivas que incrementan el riesgo lo hagan porque supongan alguna deficiencia en la detección intención-estímulo o en la planificación previa al decidir cómo responder a los desafíos sociales.

Esto lleva a plantear si el problema es que tengan un nivel intelectual algo más bajo (aunque pueda estar dentro de límites normales) o bien sea una deficiente utilización de su inteligencia por no procesar de modo adecuado la información que reciben. Utilizando el símil del ordenador, todo individuo recibe del exterior una serie de estímulos (visuales, auditivos, táctiles, etc.) que procesa a fin de dar una respuesta adecuada a ellos, a la vez que "guarda" dicha información en su cerebro, al igual que las posibles respuestas, para otras ocasiones, lo que constituiría el inicio de la experiencia, al saber cómo elegir la respuesta adecuada en otras situaciones más o menos similares. Pues bien se piensa que los niños y adolescentes con conductas disociales tienen un tipo de procesamiento de la información social distorsionado, caracterizado por una tendencia a atribuir equivocadamente una intención hostil a un acercamiento social neutral o ambiguo, una tendencia a hacer malas interpretaciones negativas y una tendencia a fijarse en estímulos sociales agresivos en detrimento de los no agresivos (Dodge y Schwartz 1997). Este estilo de procesamiento representa más una tendencia en el procesamiento en vez de una deficiencia cognitiva como tal.

Pero estas posibles alteraciones funcionales cerebrales, esta utilización deficitaria de su inteligencia, este procesamiento distorsionado de la información deberá tener sus correlatos bioquímicos en el cerebro, ya que toda actividad cerebral lleva implícita una actividad bioquímica en el cerebro.

Muchos autores han investigado en este campo: Stoff et al. (1989) encontraron altos niveles de una enzima plaquetaria, la Monoaminoxidasa (MAO), que metaboliza los neurotransmisores cerebrales en niños con Trastornos de Conducta. Y Brown et al. (1982) relacionaron las conductas disociales con alteraciones en el metabolismo de la serotonina, uno de los principales neurotransmisores. Corroborando este hallazgo, se ha encontrado niveles inferiores del Ácido 5-Hidroxiindolacético, producto principal del metabolismo de la serotonina (5HIAA) en el líquido cefalorraquídeo en varones jóvenes con trastornos de personalidad y que desarrollan una conducta impulsiva o agresiva gravemente anormativa.

También Pliszka et al. (1987) encontraron niveles más bajos en el plasma sanguíneo de 3-metoxi-4-hidroxi-fenil-glicol (MHPG), producto principal del metabolismo de otro neurotransmisor importante, la Noradrenalina, cuanto más síntomas de una conducta disocial.

Rogeness (1984) investigó los niveles de otro enzima que metaboliza la noradrenalina, la difenilhidroxilasa (DH) en niños con trastornos disociales, encontrando una disminución de dicho enzima. Para este autor, este resultado podría reflejar una vulnerabilidad genética asociada con características temperamentales que incitan a la frustración y alteraciones en los afectos.

Como podrá apreciarse, se implican en los trastornos disociales dos neurotransmisores, la serotonina y la adrenalina, considerando que la disminución de la función de la noradrenalina puede estar relacionada con los trastornos disociales llamados infrasocializados y el incremento de su función puede estar relacionada con la ansiedad/depresión. Los niños con baja función de la noradrenalina podrían ser menos sensibles al castigo, menos ansiosos, inhibir conductas sociales no deseadas e internalizar roles sociales. La actividad reducida de la serotonina está relacionada con la conducta suicida y con la agresividad impulsiva e irritable contra los demás. Esta actividad tiene un grado razonable de constancia en el transcurso del tiempo, lo que señala un componente genético. Así pues, las variaciones en la función de la serotonina podrían constituir el mediador biológico de las influencias genéticas en la conducta violenta.

No obstante, aunque la baja actividad de estos neurotransmisores pueda predisponer a los trastornos disociales, la comisión real de actos disociales es muy dependiente del contexto social.

3.2.1.6. Factores psicológicos:

En el niño no sólo influyen en su desarrollo los factores genéticos, sexo, alteraciones cerebrales, etc., que se agrupan como factores biológicos en general, sino también todo lo que actúa modificando su estructura psicológica, entendida ésta como aquello que hace que cada individuo piense, sienta, se emocione, reaccione, etc., de modo diferente a los demás. Esta estructura psicológica se forma en una íntima interrelación entre dichos factores biológicos, como campo de cultivo, y los factores de aprendizaje, culturales, sociales y familiares.

En la formación de los trastornos disociales, como se ha mencionado más arriba, intervienen múltiples factores, que se han tratado de comprender y aunar con la elaboración de una serie de teorías, que van desde la estrictamente biológica hasta la más puramente ambiental. Estas teorías se han clasificado en dos grupos: las teorías internas y las reactivas o externas, considerando que el núcleo de los trastornos disociales, es decir, aquello que lleva al individuo a actuar de un modo que sobrepasa los límites aceptados por la mayoría de los individuos de la sociedad en la que vive, es la agresividad

a. Teorías internas: en ellas la formación de la agresividad parte de los impulsos internos del individuo. Estas teorías estarían en el extremo biológico, y existen dos principales:

- Teorías etológicas, que consideran la agresividad como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel inconsciente, casi fisiológico. La agresión es espontánea y no hay ningún placer asociado a ella. Desde un punto de vista experimental Bovet (1923) encontró que desde los 9 a los 12 años el instinto de lucha permanece latente en los niños, aunque esté presente, pero es entre los 14 y los 19 años cuando dicho instinto arrastra literalmente al muchacho.

Dentro de las teorías etológicas cabría mencionar a Freud y su teoría de los instintos. Freud consideraba que había dos clases de instintos, el sexual y el instinto agresivo, como instintos innatos;

la agresividad interpersonal era una expresión hacia el exterior de un “instinto de muerte”, exteriorización que era resultante de la tensión existente entre los instintos autodestructivos y los instintos eróticos o de autoconservación.

Desde otro punto de vista diametralmente opuesto, ya que su teoría está basada en la observación detenida de la conducta animal y su transposición al ser humano, está Lorenz (1974). Para este investigador existe una estructura orgánica espontánea hacia la agresión. Los factores instintivos subyacen a toda conducta humana agresiva. Para Lorenz la agresividad en el hombre es un impulso biológicamente adaptado, desarrollado por evolución, que tiene diversas finalidades biológicas y que sirve para la supervivencia del individuo y de la especie, favoreciendo el proceso de selección natural.

- Teoría bioquímica o genética: según esta teoría el comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos biológicos que tienen lugar en el interior del organismo.

b) teorías reactivas: son aquellas que hacen hincapié en los aspectos externos, basándose en que para que se produzca una agresión directa es necesario que existan señales de ataque relacionadas con alguna forma de estimulación dolorosa. Estas teorías se resumen en dos grandes grupos: las teorías de la frustración y las del aprendizaje social.

- Teoría de la frustración: cualquier acción agresiva puede ser atribuida a una frustración previa. Dollard afirmó que toda agresión sigue a una frustración. La frustración puede entenderse de dos formas: como una barrera externa que impida al individuo alcanzar la meta deseada. En este caso la reacción inmediata es una respuesta agresiva; también puede entenderse como una reacción emocional interna que aparece ante dicha barrera; esta segunda forma implica la interpretación por parte del individuo de que la situación o la barrera es amenazante. Entonces reacciona con agresividad para reducir dicha situación frustrante amenazadora. No obstante, esta situación ha de ser también dolorosa, sin una estimulación dolorosa la frustración influye poco en la aparición de un comportamiento agresivo.

Berkowitz y Rawling (1963) demostraron una conexión entre la frustración y la ansiedad; el nivel de resistencia de una persona ansiosa a encolerizarse es mucho menor que el de una persona que no padece ansiedad. Además consideraron que la frustración hace que nos sintamos mal, y entonces somos desagradables, dando origen a la agresividad emocional.

- Sin embargo, la respuesta a la frustración no es invariablemente agresiva, sino que puede verse afectada por un proceso de entrenamiento de reforzamiento o inhibición de la agresión, es decir, por un aprendizaje previo. Serían las **teorías del aprendizaje social**. Para Bandura y cols. “el hombre no está ni impulsado por fuerzas internas ni guiado desamparadamente por las influencias ambientales”. Más bien la conducta se entiende en términos de una “interacción recíproca continua entre la conducta y sus condiciones de control... la conducta crea parcialmente el entorno y el entorno resultante a su vez influye en la conducta”.

Bandura y Ross (1963) afirman que la frustración del sujeto joven no sólo pone en juego reacciones aprendidas, sino también respuestas aprendidas con anterioridad. Al presentar los chicos mayor propensión a la agresividad que las chicas, sugieren la existencia de una agresividad innata como condición previa para la agresión aprendida.

Hay situaciones u objetos que pueden servir de señal para las conductas agresivas, como son los pensamientos o asociaciones con acontecimientos desagradables, las armas, la falta de control social, anonimato o desindividuación.

Hay que tener en cuenta también la selección del blanco: en general se dirige hacia aquél que es percibido como la fuente de displacer pero, cuando no es alcanzable aparece el desplazamiento o la búsqueda de un blanco sustitutorio.

La conducta agresiva puede aprenderse por un reforzamiento de dicha conducta directamente, por un reforzamiento vicario de las conductas agresivas, como ver que se premia la agresión en otros (películas donde se premia la agresión) o por un reforzamiento por aversión, como ser objeto de bromas, de risas, de ser golpeado.

Los niños varían individualmente en respuesta a estímulos que normalmente se espera que susciten una conducta agresiva. Los niños con alta ansiedad responden menos a dichos estímulos, por lo que puede haber importantes diferencias según el estado emocional del niño, ya sea por ser ansioso, o porque este estado aparezca antes de experimentar el estímulo de agresión: una previa activación anula la ansiedad de agresión.

Dentro de las teorías de aprendizaje social hay que incluir la teoría de Miller (1958) de la "más baja clase cultural": los niños de la clase más baja aprenden valores y conductas que son diferentes de aquellas enseñadas en niños de clase media; los niños de la clase más baja no son recompensados por cumplir las normas y reciben menos enseñanza moral.

Todas estas teorías, que han sido aquí solamente esbozadas, abarcan diversos aspectos de la agresividad, dependiendo de la formación teórica y/o práctica del investigador. No hay duda que cada una de ellas aporta una serie de razones válidas, pero no contemplan el origen de la agresividad en su totalidad. Para acabar con este tema hay una cita de Berkowitz (1993), que afirma que en la instigación de la agresión concurren diversos factores: una cierta predisposición personal unida a la activación de un afecto negativo a través de objetos o sucesos con significado negativo, de objetos asociados con otras fuentes de afecto negativo, o bien asociados con gratificaciones por agresión, mediatizados por la valoración o atribución sobre la causa del suceso desagradable.

3.2.2. *Influencias sociales*

Aunque en la descripción de estas teorías se abarcan los factores psicológicos en conexión íntima con los factores sociológicos, estos se verán aparte ya que existen numerosos estudios que corroboran la gran influencia de la sociedad en la génesis de los trastornos disociales.

El niño y el adolescente viven inmersos en tres tipos de ámbitos socioculturales: la familia, que ejerce más influencia cuanto más pequeño es el niño; la escuela, donde permanece a partir de determinada edad la mayor parte del tiempo; y los medios de comunicación social, en particular la televisión, a la que dedican muchas horas a lo largo de la semana. Se incluyen aquí los videojuegos, Internet, etc., medios que cada vez están más al alcance de niños y adolescentes.

3.2.2.1. Factores familiares:

La familia es el componente fundamental para el desarrollo del niño. En la familia el niño aprende los primeros hábitos fisiológicos, pero también a relacionarse con los demás, a conocer sus limitaciones

y cualidades, a enfrentarse a sus primeras complicaciones. Pero también asimila la conducta, los hábitos y los modos de vivir y funcionar de sus padres.

Los padres aportan sus afectos a sus hijos; cuando estos afectos son compartidos entre todos los niños de la familia sirven para hacerlos más parecidos entre sí, lo que les da la sensación de pertenencia a un grupo social. Pero, al ser los niños de temperamento diferente, debido a una carga genética que, aunque muy parecida, difiere de unos a otros, los afectos de los padres son también diferentes para cada niño; son los llamados afectos no compartidos que sirven para dar esa diferencia entre los miembros de la misma familia que les dota de la sensación de individualidad; estos afectos no solamente se deben a la diferente actitud de los padres con cada hijo, sino también de las experiencias que viven fuera de la familia. Así cada miembro de una misma familia tiene similitudes y diferencias respecto a los demás miembros; quizá por ello reaccionan de manera diferente a influencias familiares patogénicas, siendo éstas de mayor o menor riesgo para cada miembro.

Cuando la problemática familiar es muy intensa es frecuente encontrar que varios niños de la misma familia, y no solamente uno, muestran conducta antisocial, es decir, los factores ambientales sirven para hacer semejantes a los niños de la misma familia con respecto a la conducta disocial.

Asimismo, cuando los padres se muestran con una actitud o conducta muy negativa centrada en un determinado hijo, ésta parece constituir un factor de riesgo de conducta disocial mayor que la discordia familiar general.

Se han encontrado en la mayoría de los niños de una familia riesgos claros de presentar conducta disocial cuando hay factores familiares patogénicos del tipo de ruptura familiar, conflictos familiares y cuidado de los niños a cargo de instituciones, pero estos efectos son mucho más evidentes en aquellos niños cuyo riesgo es también genético debido a que los padres biológicos presentaban también conducta disocial.

Incluso en familias con poca problemática disocial, los padres suelen reforzar más las conductas agresivas de los varones que de las mujeres, lo cual hace presentar mayor riesgo de conducta disocial a los niños que a las niñas. Igualmente son más permisivos con las conductas disociales de los varones que de las mujeres.

Es conveniente analizar aquellos factores familiares más favorecedores de conducta disocial en los hijos:

— Padres adolescentes:

En numerosos estudios se ha observado que nacer de un progenitor adolescente no casado favorece la aparición de conducta disocial. Claro está que se ha encontrado en numerosos estudios que existe una mayor frecuencia de conducta disocial en madres adolescentes no casadas que en el resto de mujeres; asimismo se ha encontrado que estas chicas presentan muchas más relaciones compulsivas con hombres disociales, siendo acompañados a su vez de un índice mayor de rupturas de estas relaciones de cohabitación así como de mayores dificultades en la crianza y educación de los niños y más frecuencia de abandonos de los hijos (Quinton et al. 1993).

Especificando más, quizá no sea el hecho de ser madre adolescente lo que proporciona el riesgo a presentar en el futuro trastornos disociales, sino las características de esas personas que se convierten en progenitores a una edad temprana.

--- Tamaño de la familia:

Hay una serie de estudios que indican que el criarse en una familia de más de 3 puede ser un factor de riesgo para la conducta disocial (Rutter y Giller, 1983). Este riesgo puede ser porque la disciplina y el control de los cuidados de los hijos no sean los adecuados, o por la influencia de hermanos mayores que tengan conductas disociales, o bien porque se ha observado que los individuos con conductas disociales o con personalidad disocial suelen tener familias de varios niños, siendo el riesgo también genético. Hay que matizar que estas personas disociales tienen contactos sexuales más frecuentes y con mayores cambios de pareja que el resto de la población, por lo que puede encontrarse familias numerosas en las que los hijos no son todos del mismo padre con las consiguientes diferencias en la atención y cuidado.

--- Hogares rotos:

Diversos investigadores han encontrado que muchos niños de padres que están en proceso de divorcio mostraban alteraciones del comportamiento importantes antes de que el divorcio tuviese lugar (Block, Block y Bjerde, 1986; Cherlin et al. 1991). Posiblemente sea debido a las dificultades familiares que llevaron a los padres a divorciarse, así como a las consecuencias de dicho acontecimiento, en vez de la ruptura familiar como tal. Un hecho muy claro es que aquellos niños que sufren repetidos cambios de cuidadores (cambios de pareja, otros familiares que se ocupan de modo esporádico de ellos, etc.) presentan un riesgo mayor de presentar en el futuro una conducta disocial.

--- Ilegitimidad:

El riesgo de conducta disocial (y de otras formas de patología psicosocial) parece ser mucho mayor para los hijos ilegítimos que no han sido adoptados y que permanecen con sus madres solteras. Bank et al. (1993) afirma que este riesgo tiene que ver sobre todo por una disciplina ineficaz y por una atención deficiente, pero que estos rasgos estaban especialmente presentes cuando la madre presentaba una conducta disocial y su situación social era desfavorecida.

--- Crianza en instituciones:

En ciertos casos de ruptura familiar los niños pasan a ser criados en instituciones; está comprobado que estos niños presentan con frecuencia conductas disociales (Rutter et al. 1990), posiblemente de carácter genético (suele haber padres disociales que abandonan a sus hijos), por las experiencias negativas vividas antes de entrar en la institución, por los cambios frecuentes de cuidadores con una educación no adecuada y sin vínculos afectivos.

--- Malos tratos:

La existencia de malos tratos es un factor de riesgo importante de conducta disocial. En ellos se asocian trastornos disociales de personalidad de los padres, disarmonías familiares importantes, patología mental parental, etc.; por ello en los diversos estudios longitudinales realizados se encuentra un mayor porcentaje de chicos con conductas disociales.

— Tipo de estilo educativo:

Posiblemente el factor familiar más importante en la génesis de los trastornos disociales, sumado a los genéticos, es el educativo, entendido éste en el sentido de crianza, de mayor o menor severidad, mayor o menor control sobre la conducta del niño, concordancia o discordancia entre los padres, etc.

Un dato comprobado es que un estilo educativo coercitivo, hostil, crítico y severo está relacionado con un mayor riesgo a padecer una conducta disocial. Como en todo estilo educativo, el niño no aprende solamente por los mensajes verbales de los padres, sino también por sus actitudes entre ellos, con los hijos, con su entorno, etc. Así cabe señalar que cuando un niño vive en un ambiente coercitivo y hostil, acaba aceptándolo como un medio normal para tratar cualquier tipo de problemas, volviéndose, por tanto, agresivo y hostil con su entorno. Asimismo hay que tener en cuenta que la conducta de los niños repercute igualmente en los padres, reforzando su actitud hacia ellos. Los actos coercitivos y agresivos de los progenitores hacia los hijos tienden a provocar reacciones agresivas en los hijos y viceversa, así por ejemplo, la existencia de malos tratos físicos o psíquicos hacia un hijo predispone a éste hacia una conducta perturbadora y agresiva que a su vez influye en sus padres en el sentido de que se retraigan en sus muestras afectivas, y se muestren aún más punitivas con el niño (Kandel y Wu, 1995). Además, se observa con frecuencia que cuando un niño es sometido a una educación excesivamente rígida y estricta, suele reaccionar hacia ella con contraataques, que provocan en ocasiones en los padres una inhibición en su conducta educativa, dejando de castigarle y corregirle, aprendiendo el niño que con conductas violentas y agresivas consigue lo que quiere, utilizando este estilo con el resto de las personas.

Otro dato a tener en cuenta en este aspecto es la influencia genética que pudiera existir en el estilo educativo de los padres. Es lógico pensar que unos padres con trastornos disociales de la conducta o con trastornos disociales de personalidad, con una mediación genética importante en su trastorno, se comporten de un modo casi disocial con sus hijos, a la vez que estos han podido heredar, como se vio antes, la carga genética que les puede llevar a comportamientos disociales.

Un tipo de educación coercitiva, rígida, como la descrita va provocando en el niño un desarrollo social deficiente, con malas relaciones y modos ineficaces de solucionar sus conflictos con los demás, un aprendizaje de que dicha conducta agresiva puede merecer la pena para conseguir sus objetivos, así como una relativa incapacidad para desarrollar vínculos sociales, apareciendo así ese estilo de procesamiento cognitivo tendente a considerar hostil un acercamiento social neutro o ambiguo.

Dentro de los estilos educativos, es también importante como factor de riesgo para conductas disociales la educación carente de control, de supervisión y de vigilancia de las conductas del niño. Es como si el niño se desarrollara de un modo arbitrario, a su aire, sin límites y aprendizaje de normas de convivencia. Los estudios de Patterson (1982, 1990) han observado que los padres de niños con conductas disociales tienden a fallar en todas estas facetas. No logran hacer un seguimiento (de manera que no saben dónde están sus hijos ni lo que hacen); sus órdenes

son ambiguas y poco claras; las medidas disciplinarias son a menudo consecuencia de su propio estado de ánimo tanto como de lo que ha hecho el niño; se descuidan los rasgos prosociales; y su estilo educativo demuestra tener poca receptividad a las necesidades y sentimientos de los hijos.

3.2.2.2. Factores escolares:

La escuela no es exclusivamente el lugar donde los niños adquieren una serie de conocimientos y habilidades para desarrollarse intelectualmente. La escuela no es sólo la organización en la que tiene lugar la actividad del aprendizaje y enseñanza, sino también es un mundo afectivo, emocional, de actitudes e intereses, que se encuentra dentro de los sistemas de relaciones interpersonales que existe entre ellos. También se trata del aprendizaje y desarrollo de los conceptos de amistad, compañerismo, colaboración, competitividad y rivalidad, entre otros aspectos importantes de la personalidad.

En este sentido, la escuela ofrece esquemas, normas, pautas de comportamiento, procesos sociales, roles, al objeto de que el individuo pueda resolver los problemas profesionales y sociales que le demanda la sociedad.

Los escolares tienen un sistema de interrelaciones, que, en algunos aspectos, es ciertamente algo desconocido, o casi desconocido por los padres y profesores.

El aprendizaje no está solamente en su relación con los adultos significativos, sino también, y de modo importante, en su relación con los compañeros. Esta relación, este sistema social interno constituye una subcultura necesaria para su socialización. Son sistemas de convivencia que sirven para ir construyendo modelos de comportamiento y adquisición de conocimientos sobre lo aceptable o inaceptable, lo correcto o lo incorrecto e incluso lo que es bueno o malo, dentro del ambiente cultural social en el que viven. Es en la convivencia con los compañeros en donde se adquieren muchas de las normas de comportamiento social y algunos de los valores morales.

Pero a veces este sistema de relaciones se configura bajo unas claves socialmente distorsionadas en las que se crean pautas de conducta que puede llegar a chocar abiertamente con los modelos establecidos en la sociedad, como es el hecho de que aquello que quieren se puede conseguir de cualquier modo, incluida la agresividad y violencia. Así surgen en la escuela chicos que tratan de dominar a los demás, de abusar de ellos, de convertirse en líderes a través de una conducta provocativa, retardadora, tanto con sus propios compañeros como con los profesores.

Se ha observado que hay más violencia entre los alumnos en aquellos grupos que los profesores encuentran como más desestructurados, en aquellos en los que los padres tienen poco o nulo contacto con ellos, e incluso cuando proceden de familias con una problemática interna importante.

Cuando un chico se muestra violento con sus compañeros, actuando al margen del respeto a las normas de convivencia, va presentando una socialización distorsionada, considerando que no deben existir normas de convivencia o que él puede saltárselas, lo que afecta gravemente a su desarrollo social y personal.

Los problemas de conducta en la escuela constituyen un factor de riesgo importante para la aparición de trastornos disociales, siendo este riesgo mayor cuando presentan más factores de riesgo, personales o familiares.

3.2.2.3. Medios de comunicación:

No está clara la influencia que tienen los medios de comunicación audiovisual, en especial la televisión, en la formación de los trastornos disociales en niños y adolescentes. Se sabe que los niños dedican muchas horas semanales a la televisión, por lo que ésta debe ejercer una influencia notable en su modo de pensar, de ver el mundo, de reaccionar ante diferentes situaciones, etc.; dicho de otro modo, la televisión "educa" a los niños actuales de un modo tan intenso como la familia y la escuela.

Uno de los factores más estudiados, por lo que se refiere a los trastornos disociales, es la contemplación de la violencia en la televisión. Actualmente se ha llegado a la conclusión de que existen unos efectos pequeños, pero estadísticamente significativos, de las películas violentas en el incremento de la conducta agresiva. No se puede dudar que contemplar la violencia puede hacer más probable que los niños y los adolescentes se comporten de manera agresiva. Hay que suponer que los niños que proceden de un medio familiar que predisponga a la violencia o que posean características personales que les predispongan hacia la violencia elegirán más probablemente ver películas violentas, por lo que se agravará su tendencia hacia la violencia.

Es poco probable que la violencia de la televisión o de las películas produzca unos efectos que no formen parte de unos rasgos más generales de la sociedad, y es probable que los efectos sean mayores cuando la familia, la sociedad y las influencias de los medios de comunicación concuerden entre sí. Teniendo en cuenta que la sociedad actual contempla la agresividad y su correlato conductual, la violencia, como un rasgo común y normal, tanto a nivel individual como colectivo, los efectos de la televisión no se desmarcan de estos rasgos de la sociedad, viéndose como algo normal a imitar.

Es importante considerar el tipo de violencia que se exhibe en los medios de comunicación: si la violencia es de un tipo cercano a la vida real, o dicha violencia es premiada de algún modo, el efecto que ejerce sobre los niños y adolescentes se incrementa mucho.

Las razones por las cuales la contemplación de violencia en televisión supone un factor de riesgo para que los niños se vuelvan violentos ha sido estudiadas por diversos investigadores. Bandura (1977) consideraba que, dado que la contemplación de la violencia puede resultar excitante, sirve para desinhibir (y por lo tanto para liberar o potenciar) tendencias agresivas que están presentes en todo el mundo en alguna medida. Donnerstein, Linz y Penrod, 1987 pensaban que la contemplación mantenida de la violencia podía servir para insensibilizar a las personas hacia ella de manera que llega a considerarse como un modo prácticamente normal de comportamiento. Si dicha violencia es además premiada, puede incluso ser fomentada. Para Berkowitz (1984), la contemplación frecuente y regular de la violencia puede determinar o reforzar una serie de códigos cognitivos, o maneras de pensar, en relación con la violencia, que la hacen asumible por los niños como una práctica habitual. La contemplación repetida de escenas violentas en la TV reduce la fuerza de los mecanismos que actúan inhibiendo la agresión. No obstante, las respuestas agresivas a la violencia contemplada por el niño varían según sus anteriores experiencias.

Actualmente existe otro tipo de violencia observada en las pantallas, no en este caso de la televisión, sino de los ordenadores, que es la violencia de los videojuegos. Existen muy pocos estudios que demuestren que este tipo de juegos violentos afectan a los niños, aunque sí se ha encontrado esta relación entre violencia infantil y videojuegos. Hay que tener en cuenta que esta violencia no es solamente contemplada, puesto que el niño participa activamente, siendo además una violencia premiada, esto es, el niño debe salvar de modo violento (derrotando a monstruos, a enemigos, e incluso matándolas) estos obstáculos para poder seguir jugando. Dado que los videojuegos están presentando un auge impresio-

nante, que no están aun regulados por las leyes, constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de conductas disociales agresivas. Se ha encontrado que algunos jugadores de videojuegos desarrollan un abanico más amplio de conductas antisociales que los meros contempladores de violencia en televisión. Lo que no está claro es si los niños impulsivos con dificultades de comportamiento previas son especialmente vulnerables a estos tipos de juego, o si el juego puede por sí mismo arrastrar a cualquier niño a conductas disociales.

3.2.3. Factores provocadores

Todos los factores de los que se ha hablado, se han considerado factores de riesgo, es decir, que su existencia hace más factible que ese chico puede desarrollar un trastorno disocial. Hay otro tipo de factores, que se denominan provocadores o desencadenantes, que actuando sobre los anteriores, hace que aparezca el trastorno.

Bien es cierto que en algunos trastornos disociales no se encuentran factores provocadores o desencadenantes, posiblemente porque los mismos que producen un mayor riesgo, actuando de un modo mantenido, se hacen ya de por sí desencadenantes, como por ejemplo, una familia con padres con trastornos de personalidad disocial, con un sistema educativo errante, movido más por la situación del momento que por la existencia de un sistema determinado, con una carencia de atención y afecto, y con unos ejemplos por parte de los propios padres de violencia, con el aprendizaje de que la solución de los problemas se consigue mejor con agresividad y violencia, no necesita la aparición de ningún otro factor provocador para que el niño o adolescente se vuelva disocial, ya que de hecho se puede decir que está prácticamente abocado a ello.

Pero hay casos en los que el niño se mantiene con una conducta dentro de las normas de convivencia social adecuadas y que, tras un acontecimiento determinado, comienza a presentar dichas conductas perturbadoras.

Estos acontecimientos pueden ser de muy diversa índole, y quizá los más destacados sean los de carácter escolar, familiar y sociobiológico.

Los acontecimientos de carácter escolar son aquellos que hacen que el niño, en un determinado momento, se rebele contra otros compañeros o contra los profesores, motivado por un deseo de ser más considerado por sus compañeros, o desee ser aceptado por el grupo líder en ese momento, o desee llamar la atención por diversas causas, o descargue allí las tensiones creadas en su familia.

Los acontecimientos de carácter familiar pueden ser los mismos que han actuado como factor de riesgo, teniendo en cuenta que ya en la adolescencia se viven dichos problemas de manera diferente, con mayor carga de impulsividad y con menor control.

Los acontecimientos de carácter sociobiológico son quizá los más importantes como factores desencadenantes. Todos ellos están encuadrados dentro del cambio madurativo que acontece a la entrada de la adolescencia: la pubertad, con los cambios hormonales que implican cambios en la imagen corporal, en su imagen psíquica, incluyendo aquí la autoestima, autoconcepto, etc., en sus cogniciones y en sus relaciones sociales.

La adolescencia, momento en el cual se desarrollan con más intensidad las conductas disociales, es una fase del desarrollo que lleva de la infancia a la edad adulta. Es un período de transformaciones profundas, único en la historia del individuo, y se sitúa en 3 planos: biológico, psicológico y social.

- a) Biológico: comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, con el cambio del cuerpo producido por los cambios hormonales, cuerpo de han de asumir y al que deben adaptarse. Significa también la aparición de una serie de instintos que en etapas anteriores estaban ocultos y a los que ha de adaptarse.
- b) Psicológico: el yo del adolescente debe hacer frente a un gran número de dificultades considerables para poder realizar una adaptación heterosexual adecuada, llegar a ser autónomo y afirmar su identidad.
- c) Social: han de adaptarse a la vida adulta, a competir por un trabajo, asegurar unas relaciones sociales que le permitan integrarse en un determinado estatus social, etc.

Este tipo de transformaciones que ha de experimentar el adolescente sucederán en un contexto familiar escolar y social que a su vez influye en dichos cambios. El adolescente, en la afirmación o en la búsqueda de su propia identidad, se muestra ciertamente rebelde y con conductas de oposición ante la sociedad y ante los adultos significativos, que son los padres. A su vez, necesitan, dentro de esa búsqueda de la propia identidad, comunicarse de un modo muy intenso con otros adolescentes formando así una identidad de grupo, con su propia cultura, evidentemente diferente a la de los adultos. Si a estos cambios se añade la mayor impulsividad y el menor control de ella, cualquier dificultad, por pequeña que sea, hace saltar la chispa de la conducta disocial.

Causas de los Trastornos Disociales

1. Propensión individual	
Sexo: más en varones	
Factores genéticos	Hiperactividad: 60-70% Más en monoigóticos
Factores perinatales	Bajo peso al nacer Malnutrición y alcoholismo materno Hipoxia neonatal
Temperamento y rasgos de personalidad	Impulsividad Dificultad de control Búsqueda de novedades Timidez ??
Factores cerebrales	EEG anormal Disfunción focal o difusa Déficits neuropsicológicos Inteligencia baja (capacidades verbales y sociales) Atribuciones distorsionadas Hipofunción serotoninérgica Hipofunción noradrenérgica
Factores psicológicos (teorías)	internas: etológicas bioquímica o genética externas: frustración (Dollard) aprendizaje social

2. Influencias sociales

Factores familiares	Padres adolescentes Tamaño familiar grande Hogares rotos Ilegitimidad Crianza en instituciones Malos tratos Estilo educativo: coercitivo, hostil sin control
Factores escolares	Niños violentos y provocadores
Medios de comunicación	Violencia en TV Violencia en videojuegos
Factores provocadores:	
carácter escolar	Cambio de etapa
carácter familiar	
carácter sociobiológico	Adolescencia

3.3. Prevalencia y Evolución

La Organización Mundial de la Salud coincide de un modo prácticamente total en la prevalencia del trastorno disocial con la asociación Americana de Psiquiatría. En efecto, en los dos manuales de ambas asociaciones, CIE-10, de la OMS y DSM-IV de la APA, afirman que la prevalencia de este trastorno parece haberse incrementado durante las últimas décadas, pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales, considerando que en los varones de edad inferior a 18 años las tasas oscilan entre el 6 y el 16%; en las mujeres las tasas se mueven ente el 2 y el 9%. Afirman asimismo que el trastorno disocial es el trastorno más frecuentemente diagnosticado en los centros de salud mental tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización.

Como se afirmó más arriba, existen dos tipos de trastorno disocial, dependiendo de la edad de aparición: de inicio infantil, hacia los 5 o 6 años, y de inicio adolescente. Se han realizado diversos estudios para poder diferenciar ambos tipos por algo más que por su edad de inicio. Rutter (2000) establece ciertas diferencias en sus manifestaciones conductuales dependiendo de la edad y grado de desarrollo madurativo: en niños muy pequeños, la conducta disocial tienden a ser con grandes manifestaciones motoras: inquietud psicomotriz, rabietas, conducta indisciplinada, hostilidad, y con dificultades para llevarse bien con los demás niños. A una edad algo más mayor, tienden a ser impulsivos, con búsqueda de experiencias nuevas y excitantes. En el comienzo de la adolescencia, además de las conductas disociales descritas al principio, tienen más inclinación que los demás a mostrar sentimientos de tristeza y abatimiento, a tener dificultades escolares y a consumir drogas ilegales. Y ya al final de la adolescencia adoptan a menudo la forma de excesos en la bebida, dificultades laborales con cambios frecuentes de trabajo por despidos, dificultades en las relaciones con la familia y los amigos, y tendencia a responder a las frustraciones y a otras dificultades mediante el uso de la violencia.

La conducta disocial de inicio temprano está frecuentemente relacionada con la hiperactividad y/o falta de atención, caracterizándose por un inicio precoz (5 ó 6 años), estar muy relacionada con grave disfunción social y deficientes relaciones con sus compañeros (con frecuencia están solos y se sienten

marginados) y suele persistir al llegar a la vida adulta. Kagan y Moss (1962) encontraron que la conducta agresiva mostrada antes de los 3 años tenía poca continuidad con la conducta agresiva posterior. Sin embargo, a partir de los 3 años era considerable la estabilidad de la agresividad hacia los demás; los niños que se peleaban más que los demás a esta edad eran también los que se peleaban más a los 14 años y al comienzo de la vida adulta. Los análisis estadísticos indican una fuerte continuidad de la conducta en el período de edades comprendido entre los 7-9 años y los 14-16 años.

El inicio temprano de la conducta antisocial puede ser por un factor constitucional subyacente, como la hiperactividad, por el efecto persistente de alguna influencia socioambiental inicial o mantenida.

El número de brotes agresivos o violentos en niños normales disminuye entre la primera infancia y la infancia media debido quizá a un desarrollo de mecanismos alternativos para expresar los sentimientos, pero también por el desarrollo de un mejor control sobre la conducta emocional en general o por una reducción del número de circunstancias conflictivas en las que hay probabilidad de que aparezcan respuestas agresivas.

Podría decirse que los trastornos disociales de inicio en la infancia se caracterizarían por presentar un nivel superior de rasgos temperamentales adversos (inquietud, falta de atención, negativismo) a las edades de 3 y 5 años, unos niveles superiores de alienación social y de dificultades de relación social, deficiencias cognitivas, lingüísticas y motoras, hiperactividad asociada y problemas de atención, agresividad extrema, dificultades de lectura, impulsividad, contextos familiares adversos y una educación deficiente.

La conducta disocial que surge por primera vez en la adolescencia muestra una menor preponderancia masculina, tiende a no ir asociada a hiperactividad y es menos probable que vaya acompañada de una disfunción social importante y deficientes relaciones con los compañeros; asimismo hay menos probabilidades de que la conducta disocial de inicio a esta edad persista hasta bien entrada la edad adulta; es especialmente probable que aparezca como parte de las actividades del grupo de la misma edad y posiblemente supone un débil componente genético.

Resumiendo este aspecto evolutivo y pronóstico de la edad de inicio de la conducta disocial, podría decirse que cuando empieza muy pronto, en la niñez, la evolución suele ser peor y el pronóstico más negativo que cuando se inicia en la adolescencia, teniendo ésta una mejor evolución hacia la desaparición de la conducta disocial.

En la evolución de los trastornos disociales, existen tres riesgos importantes, el consumo y adicción a drogas y alcohol, la evolución hacia la delincuencia persistente, y la evolución hacia un trastorno de personalidad disocial.

Respecto al consumo de drogas, puede decirse que la conducta disocial parece de alguna manera predisponer al consumo de drogas ilícitas. En 1996 Brook et al. (1996) estudiaron esta evolución y pusieron de manifiesto que la agresividad infantil iba asociada a un elevado riesgo de consumo posterior de drogas y que el consumo en la adolescencia de drogas iba asociado a la aparición de delincuencia en la vida adulta. El uso de drogas predisponía a la comisión de delitos ya que reducía las inhibiciones a la vez que, creaba una necesidad de dinero para la obtención de las drogas, causaba dificultades en las relaciones familiares, interfería en el desarrollo de las capacidades de trato social y establecía un grupo cultural de coetáneos que fomentaba tanto el posterior consumo de drogas como las actividades delictivas. La conducta disocial comienza habitualmente varios años antes que el consumo de drogas y la culminación de la conducta antisocial tiene lugar antes.

Por lo que se refiere al abuso de alcohol también puede afirmarse que la conducta disocial a edad temprana incrementa el riesgo de problemas con el alcohol o las drogas a una edad más tardía, y viceversa.

El segundo factor evolutivo importante del trastorno disocial es la aparición de conductas abiertamente delictivas. Aunque el trastorno disocial no implica necesariamente la comisión de actos delictivos, si es cierto que entre los delincuentes, sobre todo los reincidentes, haya antecedentes de trastornos disociales en la infancia. Este hallazgo es resaltado por diversos investigadores, considerando que la conducta disocial en la niñez es con frecuencia un precursor de delincuencia pero también de un espectro mucho más amplio de inadaptación social en la vida adulta. Rutter (2000) afirma que la conducta disocial y la comisión de actos criminales operan en un continuum como un rasgo dimensional que la mayoría de las personas muestran en mayor o menor grado. Loeber et al. (1985, 1993, 1997) han propuesto 3 caminos paralelos que llevan, en un amplio estudio realizado, desde los inicios de un trastorno disocial a una conducta delictiva recurrente. Estos caminos los denominaron "conflicto con la autoridad", conducta antisocial "encubierta" (por ejemplo, hurto) y conducta antisocial "abierta" (por ejemplo, violencia).

El camino del "conflicto con la autoridad" es el que antes empezaba y lo hacía con una conducta obstinada seguida de desafío, lo que a su vez llevaría a evitar la autoridad, como se aprecia en ejemplos como hacer novillos, volver tarde a casa y escaparse.

El camino disocial "encubierto" empezaba con conductas como mentir y cometer hurtos en tiendas, para pasar a los daños contra la propiedad (vandalismo e incendio) y terminar en formas graves de delincuencia como robo de automóviles, allanamiento, venta de drogas y estafa.

El camino "abierto" comenzaba con intimidaciones a los demás y molestar a los demás, pasaba a las peleas físicas y acababa en el delito violento.

Por último, la evolución hacia un Trastorno de Personalidad Disocial es algo admitido por casi todos los investigadores. En efecto, la Organización Mundial de la Salud, en el manual CIE-10, afirma que una proporción sustancial de pacientes con trastorno disocial continua manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen los criterios del Trastorno Antisocial de la Personalidad. Es muy demostrativo el estudio de Storm-Methisen et al., realizado en 1994, y en el que encontraron que a los 20 años, el 33% de los chicos que habían sido diagnosticados de trastorno disocial en la infancia y adolescencia, habían evolucionado a un Trastorno Antisocial de la Personalidad. En nuestro país, Mardomingo (1994) afirma que la evolución de los trastornos disociales suele ser negativa; las formas leves tienden a mejorar a lo largo del tiempo, pero las formas graves siguen habitualmente un curso crónico que desemboca en el Trastorno Antisocial de la Personalidad en la vida adulta.

Otro dato a tener en cuenta respecto a la mejor o peor evolución de los Trastornos Disociales es la asociación de esta patología con otra u otras, como depresión, hiperactividad (como se acaba de mencionar) etc. El estudio de estas patologías asociadas o en comorbilidad, es fundamental para el pronóstico, ya que no es lo mismo una conducta disocial con un fondo depresivo o esquizofreniforme que una conducta disocial asociada, como se ha visto, a drogadicción o alcoholismo.

3.4. Tratamiento

Mardomingo (1994) afirma que los tratamientos más frecuentes son de tipo farmacológico, modificación de conducta, entrenamiento de habilidades sociales, reforzamiento del aprendizaje escolar, tra-

tamiento de la familia y medidas de tipo social que tengan un carácter protector para el niño. Continúa diciendo que lo más eficaz suele ser la combinación de dos o más intervenciones terapéuticas. El tratamiento debe tener un carácter multidisciplinario y encaminarse a reducir la impulsividad, reforzar los sentimientos de seguridad y la imagen personal más adecuada del niño, favorecer la expresión verbal de los conflictos, y a enseñar al adolescente a reconocer el sufrimiento que genera en los demás sus conductas desadaptadas.

Un autor que ha demostrado ser un experto en estos temas, Kazdin, propone las siguientes estrategias o tratamientos:

a. *Centrados en el niño:*

Comprendiendo dos tipos de tratamientos que en general van conjuntados: uno psicoterapéutico, ya en forma de terapia individual, tratando de conseguir una buena relación terapeuta-paciente para poder expresar libremente sus pensamientos, sentimientos y experiencias y así llegar a tener un conocimiento y una toma de conciencia más profunda de su problema y de los factores que están influyendo. O de tipo grupal, para enseñarle habilidades sociales, de las que suelen carecer, además de aprender, junto con otros chicos, a asimilar las consecuencias de su conducta a corto y largo plazo. Dentro de estos tipos pueden llevarse a cabo diversos tipos de psicoterapia, ya sean terapias conductuales, diseñadas para disminuir y eliminar conductas desadaptativas y sustituirlas por conductas nuevas y prosociales, utilizándose sobre todo la aplicación del refuerzo y del castigo, el entrenamiento en habilidades sociales y el uso de esta terapia conductual en la familia, colegio, comunidades y medios institucionales. O bien terapias cognitivas que abordan los procesos de pensamiento, las habilidades para la solución de problemas, los autoenjuiciamientos y las estrategias que se consideran subyacentes a la conducta problemática.

El otro tipo de tratamiento centrado en el niño es la farmacoterapia, dirigida a mejorar las bases biológicas que favorecen la aparición de las conductas disociales. Se han utilizado diversos fármacos, con resultados muy desiguales, como los psicoestimulantes cuando existe una hiperactividad de fondo, estabilizadores del ánimo, cuando existe una gran inestabilidad afectiva y una intensa impulsividad, como la carbamazepina, neurolépticos, para frenar las conductas problemáticas con la menor sedación para que no les repercuta en las adquisiciones educativas, como la clorpromazina, risperidona, etc., y otros fármacos que, aunque no sean estrictamente psiquiátricos, han demostrado una buena respuesta en determinados tipos de trastornos disociales, como el propanolol.

b. *Centrados en la familia:*

Puesto que la familia es un elemento básico en la génesis y evolución de los trastornos disociales, y siempre hay una alteración del medio familiar, su tratamiento es fundamental y absolutamente necesario, tanto si ha participado como causante de los trastornos o tanto si su perturbación es debido a la conducta del chico. Este tratamiento está basado sobre todo en el entrenamiento de los padres para conseguir que éstos cambien el modelo de interacción con sus hijos, aprendan técnicas para reforzar las conductas prosociales, y se promuevan y mantengan relaciones apropiadas entre los miembros de la familia. Este entrenamiento suele hacerse a través de técnicas de terapia familiar.

c. *Tratamientos basados en la comunidad:*

Entendiendo como comunidad la escuela, el ambiente que le rodea, etc. Este tratamiento ha de hacerse en contacto mantenido con los profesores, tanto para obtener datos de su comportamiento

en la escuela como para darles pautas de conducta dirigidas a conseguir una buena integración en el entorno escolar, como para conseguir disminuir las perturbaciones que origina para sí mismo o para los compañeros. Asimismo, en muchas ocasiones han de intervenir los profesionales de los servicios sociales, cuya tarea va más encaminada a resolver aquellas situaciones familiares y sociales que favorezcan dichas conductas disociales. E incluso los órganos judiciales, ya de modo preventivo o en el caso de que hayan cometido algún delito. Todos estos estamentos tendrán que actuar de modo conjunto con los profesionales que tratan al chico desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico.

La Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente ha elaborado una serie de parámetros prácticos para la valoración y tratamiento de los niños y adolescentes con Trastornos Disociales en 1997. Esta guía clínica se divide en tres apartados generales, dos de ellos hacen referencia al diagnóstico y uno al tratamiento.

En el primero, Valoración Diagnóstica, hacen hincapié en el estudio detallado de los antecedentes familiares, personales, escolares, así como la realización de una historia clínica detallada y una evaluación somática.

En el segundo, Formulación Diagnóstica, se hace un énfasis especial en aquellos síntomas o conductas más específicos, al igual de aquellos acontecimientos vitales, problemas familiares y trastornos psiquiátricos que aparecen conjuntamente con el trastorno disocial, orientado todo ello de cara al tratamiento.

El tercer apartado es el del tratamiento propiamente dicho, insistiendo en la premisa de que todo tratamiento de los trastornos disociales ha de ser con intervenciones en diversas áreas de la vida del paciente: familia, colegio, grupo de compañeros y, por supuesto, el propio paciente.

Tras plantear un tratamiento de aquellos trastornos que acompañan al trastorno disocial, consideran necesaria la aplicación de una serie de intervenciones familiares, psicoterapia individual o grupal al adolescente, además de intervenciones "psicosociales": escuela, compañeros, servicios sociales, sistema judicial, etc.

Asimismo se plantea el tratamiento farmacológico, y el tratamiento en régimen de hospitalización, ambulatorio o en otro tipo de instituciones, como se ve en el esquema:

1. Valoración diagnóstica: cada niño que se presenta con problemas de conducta significativos merece una cuidadosa valoración diagnóstica. Hay que hacer una entrevista con los padres y los pacientes (juntos y por separado) para realizar la historia clínica. También se considera útil entrevistar a otros miembros de la familia, así como al personal médico, escolar y encargados de su vigilancia (en la obtención de los datos el orden puede variar).

a. Obtención de la historia clínica del paciente:

I. Antecedentes prenatales y del nacimiento, buscando sobre todo consumo de drogas por parte de la madre, infecciones maternas, y medicaciones durante el embarazo.

II. Desarrollo madurativo, enfocándolo sobre todo en trastornos de la vinculación, temperamento, atención y control impulsivo.

III. Antecedentes de abusos físicos o sexuales (como víctima o como autor).

- IV. Síntomas diana según el manual DSM-IV.
 - V. Historia del desarrollo de los síntomas, incluyendo el impacto de estos en la familia, de las relaciones con los compañeros y de posibles problemas académicos (dedicando una atención especial al Cociente Intelectual, al desarrollo del lenguaje, a la atención y a las dificultades del aprendizaje en general).
 - VI. Antecedentes somáticos, enfocados principalmente sobre la patología que afecte al Sistema Nervioso Central (traumatismos en la cabeza, enfermedades relacionadas con el SNC, enfermedades crónicas).
- b. Obtención de la historia familiar:
- I. Estudio del estilo que tiene la familia para afrontar los acontecimientos de su vida, status socioeconómico, tipo de apoyo o de aislamiento social, habilidades para resolver problemas y factores de estrés familiar. Hay que valorar las habilidades parentales, incluyendo el establecimiento de límites, estructura, discrepancias, abuso, negligencias, permisividad, inconsistencia y manejo de la agresividad del niño. Es conveniente explorar los ciclos de interacción coercitiva de padres y pacientes que conduzcan al reforzamiento de desobediencias.
 - II. Conductas disociales existentes en otros miembros de la familia, incluyendo encarcelamientos, violencia, abusos físicos o sexuales del paciente u otros miembros de la familia.
 - III. Aparición de trastorno hiperactivo, trastornos de conducta, drogadicciones, trastornos del desarrollo (ej: dificultades del aprendizaje), trastornos de tics, de somatización, del ánimo, y de personalidad en algún miembro de la familia.
 - IV. Adopciones y alojamientos en instituciones y centros de crianza.
- c. Entrevista con el paciente: la entrevista con el paciente puede preceder a la entrevista con los padres. Es necesario revisar los antecedentes familiares, antecedentes personales del paciente, antecedentes de uso de sustancias, y antecedentes sexuales (incluyendo abusos sexuales u otros). Los síntomas principales para el diagnóstico pueden no estar claros o no ser reconocidos durante la entrevista con el paciente pero pueden descubrirse al entrevistar a los padres u otros informantes. Evaluar los siguiente:
- I. Capacidad de vinculación, confianza y empatía.
 - II. Tolerancia respecto a la descarga de los impulsos.
 - III. Capacidad para mostrar dominio, aceptación de la responsabilidad de sus actos, experiencia, culpa, utilización de la rabia de modo constructivo, y reconocimiento de las emociones negativas.
 - IV. Funcionamiento cognitivo.
 - V. Estado de ánimo, sentimientos, autoestima y potencial suicida.
 - VI. Relaciones con compañeros (si es solitario, popular, si tiene amigos propensos a drogas, criminalidad, o hacia bandas).
 - VII. Trastornos en la ideación (reacciones inapropiadas hacia el entorno, paranoia, episodios disociativos, y sugestionabilidad).

- VIII. Antecedentes de uso precoz y persistente de tabaco, alcohol u otras drogas.
- IX. La utilización de instrumentos psicométricos autoaplicados podrían proporcionar una información útil.
- d. Información escolar:
 - I. Funcionamiento (Cociente Intelectual, rendimiento escolar y conducta en el colegio). Estos datos pueden obtenerse personalmente, o por teléfono, o a través de informes escritos de los profesores, jefe de estudios, tutor, psicólogo, etc.
 - II. Pueden ser de gran utilidad la aplicación de escalas para medir la conducta del paciente que responden los padres o maestros.
 - III. Si los tests de evaluación referentes al cociente intelectual, pronunciación y lenguaje, y a las dificultades del aprendizaje no son suficientes, realizar pruebas neurológicas.
- e. Evaluación física:
 - I. Examen físico dentro de los últimos 12 meses.
 - II. Colaboración con el médico de familia, pediatra u otros miembros de salud.
 - III. Screening oftalmológico y auditivo si está indicado.
 - IV. Evaluación de los problemas médicos y neurológicos (daño cerebral, convulsiones, enfermedades crónicas) si es necesario.
 - V. Screening de drogas en orina y sangre, especialmente cuando la evidencia clínica sugiere uso de drogas que el paciente niega.
- 2. Formulación diagnóstica:
 - a. Identificación de los síntomas principales según el manual DSM-IV.
 - b. En la valoración de niños y adolescentes con síntomas sugestivos de Trastornos Disociales, es necesario tener en cuenta lo siguiente:
 - I. Estresores biopsicosociales (especialmente abuso sexual o físico, separaciones, divorcio, o muerte de figuras de apego significativas).
 - II. Potencial educativo, dificultades y apegos.
 - III. Problemas con compañeros, hermanos y familia.
 - IV. Factores ambientales, incluyendo hogares desorganizados, falta de supervisión, presencia de abuso o negligencia sobre el niño, enfermedades psiquiátricas (especialmente abuso de drogas) en padres, y neurotoxinas ambientales (intoxicación por plomo).
 - V. Desarrollo del yo del niño o adolescente, especialmente la capacidad para establecer y mantener relaciones.
 - c. Subtipo de trastorno (comienzo en la infancia o en la adolescencia; manifiesto o encubierto contra la autoridad; infracontrolado o sobrecontrolado; socializado o infrasocializado).

d. Búsqueda de otros síndromes primarios con síntomas conductuales que pueden dificultar el diagnóstico de trastorno disocial, especialmente en adolescentes. Estos síndromes pueden ser confundidos o ser comórbidos con el trastorno disocial:

- I. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- II. Trastorno negativista desafiante.
- III. Trastorno explosivo intermitente.
- IV. Trastorno por consumo de drogas.
- V. Trastornos del ánimo (bipolar o depresivo).
- VI. Trastorno por Estrés Postraumático o trastornos disociativos.
- VII. Trastorno límite de la personalidad.
- VIII. Trastorno por somatización.
- IX. Trastorno adaptativo.
- X. Trastorno orgánico cerebral y trastorno convulsivo.
- XI. Parafilias.
- XII. Trastorno narcisista de la personalidad.
- XIII. Trastornos específicos del desarrollo (dificultades del aprendizaje).
- XIV. Retraso mental.
- XV. Esquizofrenia.

3. Tratamiento: deberá plantearse dentro de un continuum de cuidados que permita una aplicación flexible de las diferentes modalidades dentro de un equipo cohesionado. El tratamiento ambulatorio comprende intervenciones en la familia, escuela y grupo de compañeros. El predominio de síntomas externalizadores en diversos ámbitos de funcionamiento requiere la aplicación de modalidades psicoeducacionales interpersonales más que el hacer énfasis exclusivamente en planteamientos intrapsíquicos o psicofarmacológicos. Dado que es un problema crónico, requiere un tratamiento amplio y un seguimiento a largo plazo. El Trastorno Disocial leve podría responder a intervenciones de poca relevancia, como consejos a padres y escuela. Los pacientes con Trastornos Disociales graves probablemente tengan también otros trastornos comórbidos (como los señalados más arriba) que requieran tratamiento, además del específico del trastorno disocial.

a. Tratar los trastornos comórbidos (por ejemplo: trastorno hiperkinético, dificultades específicas del desarrollo, trastorno explosivo intermitente, trastorno afectivo o bipolar, trastorno por ansiedad, y drogadicción).

b. Intervenciones familiares incluyendo asesoramiento parental, entrenamiento, y terapia de familia. Para ello se considerará:

- I. Identificar y trabajar con los recursos parentales.
- II. Entrenar a los padres para establecer resultados negativos y positivos, y expectativas y reglas bien definidas. Trabajar para eliminar prácticas severas, excesivamente permisivas, y manejo inconsistente de la conducta.

III. Preparar el tratamiento de la psicopatología parental (p.ej.: drogadicciones).

c. Psicoterapia individual y grupal con el niño o adolescente. La técnica de intervención (de sostén o exploradora, cognitiva o conductual) depende de la edad del paciente, del estilo de procesamiento de la información que presente, y de la capacidad comprometida para el tratamiento. Generalmente suele realizarse una combinación de abordaje conductual y exploratorio, especialmente cuando hay alteraciones comórbidas internalizadas y externalizadas.

d. De modo complementario se puede hacer entrenamiento en habilidades psicosociales.

e. También habrá que considerar otras intervenciones psicosociales.

I. Intervención sobre los compañeros para no fomentar la relación con compañeros no recomendables y para promover una red de compañeros socialmente apropiada.

II. Intervención en la escuela para conseguir un lugar apropiado, para promover una alianza entre padres y escuela, y para promover contactos con un grupo prosocial. Es interesante el entrenamiento vocacional.

III. Intervención del sistema judicial juvenil, y de programas especiales.

IV. Ha de hacerse una referencia a los servicios sociales, para ayudar a la familia a acceder a los beneficios y servicios.

V. Hay que tener en cuenta otras fuentes de la comunidad, tales como programas gran hermano o gran hermana, adopciones temporales, etc.

VI. Pueden plantearse estancias en lugares fuera del ambiente familiar si fuese necesario.

VII. Asimismo es conveniente que existe un entrenamiento en autonomía y trabajo.

f. Psicofarmacología:

I. Las medicaciones sólo están recomendadas para el tratamiento de los síntomas principales y para los trastornos comórbidos y están recomendados sólo basándose en la experiencia clínica, es decir, aquellos fármacos que hayan mostrado eficacia en algunos pacientes. Hay que tener en cuenta que faltan estudios sobre la eficacia de estos medicamentos en Trastorno Disocial y trastornos comórbidos.

II. Actualmente se utilizan los antidepresivos, litio, carbamazepina y propanolol, pero no se han elaborado estudios rigurosamente científicos para demostrar su eficacia.

III. El riesgo de los neurolepticos puede pesar más que su utilidad en el tratamiento de la agresividad en el Trastorno Disocial y requieren una cuidadosa consideración antes de su uso.

g. Niveles de tratamiento:

I. Existe un acuerdo significativo sobre los criterios de hospitalización de los pacientes con Trastorno Disocial (Lock y Strauss, 1994), pero su inclusión en un nivel determinado de tratamiento continúa siendo compleja y no está basado en datos empíricos. El profesional psiquiatra escogerá el nivel de intervención menos restrictivo que satisfaga las necesidades del paciente a corto y largo plazo. Cuando existe un riesgo inminente sobre sí mismo o sobre otros, como conducta

suicida, autolesiva, homicida o agresiva, o inminente deterioro en su estado médico, está claro que hay que ingresar.

- II. El tratamiento hospitalario, de hospitalización parcial y residencial incluye lo siguiente:
- Medio terapéutico, donde se incluye el procedimiento y la estructura comunitaria (p. ej: nivel de aplicación, modificación de conducta).
 - Implicación significativa de la familia a medida de las necesidades del paciente (con o sin presencia parental), incluyendo entrenamiento o terapia familiar. Si no se proporciona el tratamiento familiar, será por razones muy poderosas. Cuanto más pequeño sea el paciente, más necesaria es la intervención familiar o de sus cuidadores.
 - Terapia individual y de grupo.
 - Programación escolar, incluyendo educación especial y entrenamiento vocacional.
 - Terapias específicas para los trastornos comórbidos.
 - El entrenamiento en habilidades psicosociales puede mejorar el funcionamiento social (p. ej.: autoafirmación, control de la agresividad).
 - Coordinación progresiva con la escuela, servicios sociales y personal de justicia juvenil para asegurar el paso adecuado y en su momento de las instituciones para su vuelta a la comunidad.

4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Para averiguar la incidencia y prevalencia de cualquier patología médica o psiquiátrica, hay diversos métodos, ya sea una investigación de campo que abarque toda la población, que daría la prevalencia real, o una investigación de una muestra que pueda ser representativa y poder generalizarse a toda la población. En el primer caso la prevalencia obtenida sería la real, aunque la realización de semejante investigación suele ser extremadamente costosa y difícil ya que se necesitarían unos medios que se escapan a cualquier investigador. En el segundo caso, si la muestra es suficientemente representativa, puede obtenerse, por métodos estadísticos estrictamente científicos, una prevalencia prácticamente real, y con medios menos costosos que el primero.

Esta investigación no reúne las características suficientes para poder hallar de modo significativo la incidencia o la prevalencia del Trastorno Disocial en la Comunidad de Madrid. Este trabajo es simplemente una aproximación a ello ya que solamente se busca la cantidad de niños y adolescentes que han sido atendidos y diagnosticados en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Incluso así, existen muchas dificultades para poder encontrar este número aproximado. Son muchas las razones existentes: en primer lugar está el diferente número de niños y adolescentes de cada área sanitaria. En segundo lugar hay que considerar el número de centros de Salud Mental Infanto-Juvenil existentes en cada área, que varía mucho, puesto que aún hay áreas que no tienen centros o que estos no tienen el personal suficiente. En tercer lugar, es importante tener en cuenta el número de profesionales que trabajan en dichos centros y su dedicación horaria; hay centros en los el número de profesionales es muy escaso y además trabajan a tiempo parcial, con unas horas dedicadas a atender pacientes adultos, mayores de 18 años, y otras a menores, lo que les obliga a atender a un número menor de pacientes que si la dedicación fuese a tiempo completo. Igualmente es importante conocer los años de funcionamiento de los centros; hay

centros que ya llevan funcionando muchos años y disponen de un número mayor, aunque siempre escaso, de profesionales, con una dedicación plena y una estructura de derivación hacia estos centros ya bastante arraigada, lo que hace que se atienda un número proporcionalmente mayor que los centros más modernos, independientemente de la población. Todos estos factores hacen que la incidencia de trastornos disociales diagnosticados en cada centro sea muy diferente y no refleje la cantidad real de este tipo de trastornos del área que abarque dicho centro.

En este trabajo se ha investigado el número de pacientes que han sido atendidos y a los que se les ha aplicado el diagnóstico de Trastorno Disocial según la OMS en algunos Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid. En la elección de dichos centros se ha tenido en cuenta la diversidad existente en la Comunidad a fin de que pudieran ser representativos de todas las zonas de la comunidad, así como de las diferentes clases socioeconómicas.

Los Centros que han participado abarcan una población de adolescentes alrededor de la tercera parte de los existentes en la Comunidad de Madrid, distribuidos en cuatro Unidades de psiquiatría Infanto-Juvenil hospitalarias, pero trabajando en régimen ambulatorio, al no existir camas hospitalarias para tratamientos a media y larga estancia, que son las del Hospital Clínico, Gregorio Marañón, y 12 de Octubre, y 3 Centros de Salud Mental, ambulatorios, por supuesto, que son de Maudes, Torrejón de Ardoz y Móstoles.

CENTROS PARTICIPANTES

Unidad Infanto-Juvenil	H. Gregorio Marañón	Área 1
C.S.M. (programa I-J)	Torrejón de Ardoz	Área 3
Unidad Infanto-Juvenil	H. Ramón y Cajal	Área 4
C.S.M. Infanto-Juvenil	Maudes	Área 5
Unidad Infanto-Juvenil	H. Clínico San Carlos	Área 7
C.S.M. (programa I-J)	Móstoles	Área 8
Programa Infanto-Juvenil	H. 12 de Octubre	Área 11

Los datos que pueden proporcionar estos centros no pertenecen exactamente a cada área, ya que hay más centros de Salud Mental Infanto-Juvenil en estas áreas; por ejemplo, el centro de Torrejón, perteneciente al área 3, comparte zona con otro centro sito en Alcalá de Henares, y el Hospital Ramón y Cajal, del área 4, es referencia de otros centros (dos al menos) de esta zona. Los centros participantes representan aproximadamente a un tercio de los centros de psiquiatría Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid.

Se buscó la participación de otros Centros, no pudiendo realizar el estudio por motivos particulares. No obstante, el número de niños y adolescentes de estos Centros son suficientemente representativos de toda la Comunidad, tanto por el número de niños y adolescentes que abarca como por la diversidad de población, que comprende todas las clases socioeconómicas.

Para realizar este estudio se pidió a los participantes revisaran todas las historias clínicas de sus respectivos centros de los últimos 5 años, escogiendo aquellas que habían sido diagnosticadas de Trastorno

Disocial según el manual CIE-10 (es el manual utilizado habitualmente por todos los centros), descartando aquellas que, aún teniendo dicho diagnóstico, su gravedad fuera considerada como leve. El hecho de elegir los trastornos que se han diagnosticado en los últimos cinco años se hizo para representar mejor la prevalencia, al ser estos trastornos de evolución crónica, de tal manera que se ha considerado que prácticamente todos los diagnosticados han seguido con su patología.

Asimismo, en la obtención de los datos requeridos se solicitó que solamente consignaran aquellos pacientes con edades comprendidas entre 10 y 18 años, a fin de estudiar los Trastornos Disociales encontrados en la adolescencia, a fin de concretar más el estudio y evitar dispersiones de los datos.

Una vez obtenidos estos datos, se ha estudiado en primer lugar el número total de Trastornos Disociales encontrados, en segundo lugar el número de pacientes por sexos y en tercer lugar la proporción existente entre ambos sexos (ratio varón/mujer). Posteriormente se ha extrapolado a toda la Comunidad de Madrid teniendo en cuenta lo que se ha mencionado más arriba de que los centros encargados representan aproximadamente la tercera parte de centros de la Comunidad de Madrid. Así se ha obtenido el número aproximado de niños y adolescentes con Trastorno Disocial en toda la Comunidad.

Por último, se ha tratado de averiguar, en la medida de lo posible, los porcentajes de los trastornos disociales por tipo clínico. Como se mencionó al principio, hay dos tipos clínicos que pueden diferenciarse con relativa claridad: el Trastorno Disocial Desafiante y Opositorista y Trastorno Disocial puro.

5. RESULTADOS

5.1. El número de pacientes con Trastorno Disocial moderado y grave diagnosticados en los 7 centros comprenden un total de pacientes de 495, que corresponden a una media anual global de 70,71 pacientes.

5.2. El número de varones y mujeres con Trastorno Disocial encontrados indican una mayor prevalencia en varones: 376 varones y 119 mujeres, con una razón de sexo de 3.16 varones por cada mujer.

5.3. Las edades que presentan los pacientes la primera vez que acuden a consulta, es decir, cuando sus perturbaciones conductuales ya alcanzan términos no soportables por la familia, colegio, etc., son las siguientes: la edad media total es de 13.5 años, en la primera etapa de la adolescencia, pudiendo deslindarlas por sexos en una edad media de los varones de 13.37 años y de las mujeres de 14.08, ligeramente superior.

5.4. Porcentajes globales por diagnósticos: aunque todos los pacientes reunían los criterios dados por la OMS para poder diagnosticar como Trastorno Disocial, aquí se ha tratado de precisar más, buscando aquellos que también reunían los criterios para el Trastorno Disocial Opositorista Desafiante. Se ha buscado sólo los porcentajes de aparición del Trastorno Disocial Desafiante y Opositorista (F91.3) y del Trastorno Disocial puro (F91), puesto que los números totales no ofrecen interés alguno. Así se encuentra que el más frecuente es el Trastorno Disocial puro, que se encuentra en el 62.9%, mientras que el Trastorno Disocial Desafiante y Opositorista se encuentra en el 37.1%, que da una razón entre ambos de 1.7/1.

5.5. Estos dos tipos de Trastorno Disocial no aparece con la misma frecuencia en varones que en mujeres, siendo ésta la siguiente: en el trastorno Disocial Opositorista Desafiante, es de 2.46/1 y del

Trastorno Disocial puro de 3.1/1. Más frecuente en varones en disocial puro que el opositorista, aunque en éste es de más del doble.

5.6. Trastorno Disocial grave: dentro de los pacientes con Trastorno Disocial existen algunos especialmente graves, que se han intentado individualizar en este estudio. Se ha encontrado en un porcentaje de 33.2% sobre el número total, prácticamente un tercio del total de Trastornos Disociales, obteniéndose así una cifra de 165, con una media de edad de 14.7 años. Los varones son 138, con una edad media de 14.6 años y un porcentaje del 83.6% sobre todos los graves, y las mujeres alcanzan una cifra de 27, con una edad media de 15.3 años y un porcentaje del 16.3%. Estos números dan una razón de sexo de 5/1, es decir, de cada 6 Trastornos Disociales graves, 5 son varones y 1 mujer.

TRASTORNO DISOCIAL MODERADO Y GRAVE

Prevalencia en 5 años	495
Varones	376
Mujeres	119
Razon de sexo	3.16/1
Edad media total	13.5 años
Edad media de varones	13.7 años
Edad media de mujeres	14.08
F91	62.9%
F91.3	37.1%
Razón F91/F91.3	1.7/1
F91 razón varón/mujer	3.1/1
F91.3 razón varón/mujer	2.46/1
TD grave	33.2% del total
TD grave	165 casos
TD grave	Edad media 14.7 a
TD grave	Varones
TD grave	138 casos (83.6%)
TD grave	Edad media 14.6 a
TD grave	Mujeres
TD grave	27 casos (16.3%)
TD grave	Edad media 15.3 a

5.7. Patologías asociadas (comorbilidad): como se mencionó más arriba, su estudio es importante de cara al mejor o pero pronóstico del Trastorno Disocial. En este estudio se han encontrado los siguientes porcentajes globales de patologías asociadas, siendo las más frecuentes los retrasos escolares, que alcanzan la mitad de los pacientes, la depresión, alrededor del 30%, el trastorno Hipercinético, también alrededor al 30% y la ansiedad, que aparece en un 25%.

Los porcentajes globales obtenidos son los siguientes:

- Depresión: entre el 25 y el 30%
- Consumo de droga: alrededor del 15%

- Trastorno hiperactivo: alrededor del 30%
- Estados de ansiedad: 25%
- Retrasos escolares: 50%
- Trastornos de la conducta alimentaria: 10%
- Trastornos de personalidad: 4.5%
- Trastornos del control de los impulsos: 10%

5.8. El estudio de los factores familiares es asimismo importante de cara a la evolución porque una carga familiar importante evoca un pronóstico peor. Se han encontrado los siguientes porcentajes:

- Familias sin conflictos, al menos evidentes: 34%.
- Familias conflictivas: se distribuye desde familias con conflictos importantes hasta familias en las que el grado de conflictiva ha llegado a la desestructuración: 32%
- Familias con separación parental: 34%
- Niños sin familia o recogidos en hogares de acogida: 10.5%
- Hijos de inmigrantes o inmigrantes: 20%

6. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y EXTRAPOLACIÓN DE DATOS

6.1. El número total de Trastornos Disociales diagnosticados en los siete Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Madrid alcanza el número de 495 pacientes. Como se mencionó en el apartado de Metodología, dichos centros representan la tercera parte de los existentes en la Comunidad, por lo que bastaría multiplicar esta cifra por tres para encontrar la cantidad de adolescentes de 10 a 18 años con Trastornos Disociales diagnosticados en centros públicos, encontrándose así una cantidad de 1485 casos. Dado que esta cifra representa sólo aquellos pacientes con gravedad media e intensa, están descartados un número mucho más numeroso, que correspondería a los de gravedad media y a los menores de 10 años.

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Academia Americana de Psiquiatría consideran que existe una prevalencia entre el 6 y el 16% en los varones de edad inferior a 18 años, y entre el 2 y el 9% en las mujeres menores igualmente de 18 años. Dado que en este estudio solamente se ha investigado a los adolescentes, no es posible establecer un parangón con los porcentajes aportados por la OMS, al excluirse a los menores de 10 años y a los casos más leves que, por supuesto, son la mayoría de los casos.

No obstante, el número de adolescentes diagnosticados de Trastorno Disocial moderado o grave que se ha encontrado en este estudio es realmente pequeño, menor de lo esperado. Habría que preguntarse cuáles con las razones para este menor número.

En principio, esta cifra representa sólo a los pacientes diagnosticados en centros públicos, no encontrándose aquí los que han podido acudir a psiquiatras privados o de seguros privados, ni tampoco los que no han acudido a dichos centros.

Teniendo en cuenta lo mencionado en las causas referente a las familias, es de suponer que aquellas más desestructuradas o con padres con conducta disocial o con trastornos de personalidad, o bien marginales, no se planteen llevar a sus hijos a tratamiento al considerar su conducta como "normal" dentro de su entorno.

Así pues, podría considerarse que solamente se diagnostican la mitad de los casos existentes, valorando los diagnósticos a la baja, encontrándose así que pueden existir en toda la Comunidad de Madrid una cantidad de **3.000 adolescentes con un Trastorno Disocial considerado moderado o grave** si se hubiese podido estudiar a toda la población de adolescentes. Habida cuenta que estos pacientes son los que presentan más problemas y más graves, con repercusiones intensas en la familia y en la sociedad, y que son los que requieren un tratamiento más complicado y con un equipo más numeroso, puede considerarse a esta cifra un auténtico problema social.

6.2. Un segundo dato importante a tener en cuenta es la diferencia que existe entre varones y mujeres con Trastorno Disocial: 3 varones por cada mujer, lo que puede interpretarse que el varón tiene un riesgo de padecer este trastorno 3 veces más que la mujer.

Esta diferencia puede deberse a factores genéticos (se dice que la mujer en general tiene menos propensión a la violencia que el hombre), endocrinológicos (la testosterona, presente en el varón en mucha más cantidad que en la mujer, favorece la tendencia a la agresividad y a la violencia), sociales (la "mala" conducta se tolera más al niño pequeño que a la niña), e incluso educacionales (se educa al niño para que sea "fuerte" y agresivo y a la niña para que sea más sumisa). Sean cuales sean las causas la realidad es que el trastorno Disocial es, con mucho, más frecuente en el varón.

6.3. Relacionando este aspecto con la edad media en que acuden a consulta los varones y las mujeres con trastorno Disocial, se aprecia que las chicas acuden más tarde (13.3 años en varones por 14 en mujeres), quizás porque sus trastornos puedan ser menos intensos, o por los motivos mencionados antes.

6.4. Aunque este estudio esté dedicado al estudio de los Trastornos Disociales moderados y graves en adolescentes en general, es interesante hacer unos comentarios sobre los dos subtipos de diagnóstico más prevalentes en estos casos, el Trastorno Disocial puro, cuyos criterios de diagnóstico se estudiaron al principio y el Trastorno Disocial Desafiante Oposicionista. Ambos trastornos tienen unos criterios diferentes, una evolución algo diferente, y un pronóstico algo diferente, aunque sí es cierto que si no se trata este último puede convertirse en el primero y seguir ambos los mismos caminos.

El Trastorno Negativista Desafiante, como afirma la OMS, "es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años"... "Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial"... "los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores con frecuencia suelen precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas".

En este estudio, en el que se ha valorado solamente los niños de 10 ó más años, faltan evidentemente los menores de esta edad, que representan un número importante y que habría que estudiar dado que, como se ha mencionado antes, puede llegar a transformarse en un Trastorno Disocial en la adolescencia. No obstante, los que han acudido por primera vez a consultar por este problema, lo han hecho a edades ligeramente inferiores que los que presentaban un Trastorno Disocial. Se ha encontrado, en el total de casos, que el 37% de ellos reunían los criterios de trastorno Negativista Desafiante, y un 63% de Trastorno Disocial puro.

6.5. Dentro del Trastorno Disocial general, aparte de los subtipos, se ha intentado clasificar por mayor o menor gravedad, siendo los más graves el 33% de todos los pacientes con Trastorno Disocial, es decir, aquellos que necesitan más tratamiento y más complicado, y en los que se aprecia que es aún más frecuente en el varón que en la mujer (5 varones por cada mujer) y que son diagnosticados a edad más tardía (un año más tarde). Estos datos pueden significar que, al ser los más graves, son los más violentos y agresivos, como sucede con más frecuencia en los varones, de ahí más frecuencia en el sexo masculino, y que esto no significa que hayan empezado a esas edades, sino que, o bien eran menos intensos, no alertando a padres y profesores, o que sus familias podían estar más desestructuradas, con el consiguiente retraso en la solicitud de ayuda.

6.6. Otro factor importante a comentar son los problemas psicopatológicos acompañantes relacionados directa o indirectamente con los Trastornos Disociales que denominamos comorbilidad. Como se ha visto arriba, es bastante frecuente la existencia de depresiones, estados de ansiedad, consumo de drogas, etc., que hacen ver la gran complejidad de estos trastornos:

6.6.1. Se ha encontrado que los pacientes con trastorno Disocial están deprimidos entre el 25% y el 30% de los casos. Este dato ha sido registrado por casi todos los autores que han estudiado los Trastornos Disociales, pero su asociación no está todavía suficientemente clarificada. Puede ser que la depresión, al presentar en su sintomatología una mayor o menor irritabilidad, ésta pase fácilmente a alteraciones de conducta, pero puede ser que la depresión y los Trastornos Disociales tengan componentes causales comunes: problemática familiar, dificultades escolares, carencias afectivas y/o de atención, etc. La depresión, cuando se presenta relacionada con el Trastorno Disocial, ha de ser tratada si se quiere enfocar el tratamiento de estos pacientes de un modo integral.

6.6.2. El consumo de drogas (alcohol y otras drogas) aparece en el 15% de estos pacientes, que puede deberse a su propia patología, a lo que han vivido en el seno de su familia o a que se relacionan con chicos con sus mismos problemas. Asimismo, cuando se hace un estudio de la evolución de los Trastornos Disociales, se encuentra con frecuencia que un número determinado de ellos, número nada pequeño, acaban presentado drogadicciones diversas, siendo quizá la más frecuente la adicción al alcohol. Es posible que esta evolución se deba a que, como se estudió antes, tienen muchos más fracasos escolares, más problemas laborales, etc., es decir, que su calidad de vida se va deteriorando progresivamente, asociándose drogadicciones, malas condiciones económicas, marginación y delincuencia.

6.6.3. Desde hace mucho tiempo se ha relacionado el Trastorno por Hiperactividad con el Trastorno Disocial: ambos comparten sintomatología, como la impulsividad y como la carencia de control. Aunque sean dos patologías diferentes, está comprobado que, si no se trata bien el Trastorno por Hiperactividad, es probable que pueda asociarse al Trastorno Disocial, dato que aparece en este trabajo en el 30% de los pacientes. La conducta disocial que va acompañada de hiperactividad, como dice Rutter (2000) se relaciona con un comienzo más temprano, muchos problemas con sus compañeros y un fuerte componente genético

6.6.4. La aparición de dificultades escolares, que en muchos casos de pacientes con Trastorno Disocial puede llegar a un fracaso escolar completo, puede implicar un déficit cognitivo y también dificultades de aceptación de reglas, de desafíos a profesores, etc. Es decir, síntomas propios de los Trastornos Disociales. No obstante, al existir también un porcentaje relativamente elevado de retrasos mentales, hace pensar que muchas de las dificultades escolares sean debidas a inteligencia baja unida a los déficits cognitivos mencionados.

6.6.5. Con menor frecuencia se encuentran Trastornos de la Conducta Alimentaria, 10%, Trastornos de Personalidad, 4,5%, y Trastornos del control de los impulsos: 10%. Este grupo de patologías es importante tener en cuenta dado que están entre sí muy relacionadas. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son, como se sabe mucho más frecuentes en las mujeres que en los varones, lo que le da una significación especial dado que los Trastornos Disociales aparecen más en varones. Los Trastornos de Personalidad teóricamente no se deben diagnosticar en menores de 18 años, salvo en casos muy claros, como ha sucedido aquí, lo que significa que posiblemente haya más casos, aún no diagnosticados. Y los Trastornos del Control de los Impulsos son, por una parte, síntomas del Trastorno Disocial y, por otra, una entidad diferente.

6.6.6. En último lugar, no por importancia, ya que es posiblemente el dato más relevante y más a considerar en el tratamiento, figuran las características familiares de estos pacientes:

- a) Llama la atención de que sólo el 34% de las familias de estos pacientes presentaban una armonía familiar aparentemente normal así como una estructura adecuada. Este hecho implica que la existencia de un ambiente familiar coherente, afectivo, con unas normas educativas mantenidas, una familia íntegra, son factores de protección para no padecer un Trastorno Disocial.
- b) En el 36% de las familias de estos pacientes existía una separación de los padres, que convivían ya con otras parejas o permanecían los niños con un solo progenitor. En los estudios realizados sobre la influencia de la separación parental en la génesis de los Trastornos Disociales se hace hincapié en que no es la separación en sí el causante o uno de los causantes del trastorno Disocial, sino las circunstancias y problemas que han llevado a los progenitores a separarse, así como la mayor o menor conflictiva previa existente.

No obstante, hay que tener en cuenta que, cuando uno de los padres se ha de hacer cargo de la educación y mantenimiento del un niño, además de todas las cargas emocionales y afectivas que ha tenido que sufrir antes y durante la separación, ha de hacer una labor doble, de padre y de madre, en el sentido clásico de estos papeles, y en muchas ocasiones no puede llevarlos a cabo, con la consiguiente disputa de autoridad entre progenitor e hijo, llevando muchas veces este último la voz cantante, favoreciéndose así la aparición de un Trastorno Disocial, primero en el hogar y luego en el centro escolar y social.

- c) Pero el factor familiar más importante en la génesis del trastorno Disocial está en la conflictiva familiar que, en el presente estudio alcanza al 32% de los pacientes. Estudiar la mayor o menor gravedad de la conflictiva familiar es extremadamente difícil por afectar a múltiples factores y ser muy subjetiva; no obstante en este trabajo, en aras de simplificar su comprensión se ha limitado a considerar aquellas familias con conflictiva familiar y separar de ellas el grado máximo que supone la desestructuración de dicha familia. Dentro de la conflictiva familiar se contemplan las carencias de atención y afecto, los malos tratos físicos y psicológicos, e incluso los abusos sexuales. Claro está que en una familia conflictiva no tiene por qué existir estos problemas, quizá "sólo" se trate de discusiones muy frecuentes, ausencias reiteradas de un progenitor, abuso de alcohol y/o drogas, etc.
- d) Se ha encontrado que en el 19% de estos pacientes su familia presentaba tal grado de conflictiva que llegaba a estar desestructurada, con el consiguiente abandono físico o, al menos afectivo, del paciente.

Estos datos son importantes de cara al tratamiento ya que un enfoque terapéutico que no contemple a la familia está abocado al fracaso.

- e) El 15% de los niños con Trastorno Disocial encontrados en este estudio estaban viviendo en centros u hogares de acogida, lo que implica una desestructuración familiar máxima en la que han intervenido ya los Servicios Sociales, separando, para su protección, al niño de sus padres.

Este 15% habría que sumarlo al 19% de los niños con hogares desestructurados, lo que sumaría más del 30% de niños con Trastorno Disocial con desestructuración familiar.

- f) Otro dato a tener en cuenta es la aparición de un 20% de niños y adolescentes con Trastorno Disocial que eran inmigrantes o hijos de inmigrantes. El factor de la inmigración está creando una verdadera convulsión de las normas sociales, culturales, etc., de los países del primer mundo. La llegada masiva de inmigrantes, muchos de ellos no cualificados y muchos también ilegales, les sitúa en un mundo de marginalidad, de lucha diaria por la supervivencia en el sentido más estricto de la palabra. Aunque en este estudio no se ha tratado de buscar las causas de este número tan elevado, en comparación con los datos de población, si se ha podido constatar que una proporción importante de ellos tienen una situación socioeconómica muy negativa, viviendo, ya sea en hogares de acogida o en familias monoparentales o rotas. Es posible que este porcentaje tan elevado se deba más a dichas condiciones socioeconómicas que a las puramente culturales o de falta de integración.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Los Trastornos Disociales en la adolescencia suponen un factor importante de preocupación para todos los profesionales que se dedican a tratar con este grupo de edad, ya sean como profesionales médicos, como juristas o como pedagogos. Su frecuencia, la gravedad de sus manifestaciones y su evolución, hacen a estos trastornos objeto de una actuación urgente y amplia.

Aunque el número obtenido de adolescentes con Trastornos Disociales puede ser considerado como relativamente pequeño, cuando se compara con otros trastornos, las consecuencias que puede tener la falta de actuación por parte de la Administración, pueden ser nefastas a corto y largo plazo.

En este trabajo se ha tocado de modo muy somero el tema de la relación entre trastorno disocial y delincuencia a fin de no "judicializar" el tema, su relación es evidente. Es muy frecuente encontrar ente los adolescentes disociales problemas con la Justicia, por otra parte obvio, dada la definición de conducta disocial como aquella conducta fuera de las normas sociales. En muchas ocasiones, estos encuentros con los órganos judiciales conducen a que sean apartados de sus familias, de su entorno, con dos finalidades, una de ellas es la protección de la sociedad y, la otra, posiblemente más importante, la posibilidad de ser sometidos a una reeducación y adaptación a la sociedad.

Pero resulta que no existen hasta el momento los medios adecuados para realizar esta adaptación, resultando así simplemente un alejamiento de la sociedad, de por sí y solamente eso, es perjudicial, ya que al llegar a la mayoría de edad, o a la finalización de sus "penas", salen de nuevo al mundo con un bagaje disocial probablemente mayor.

Esto lleva a plantear a la Administración la creación urgente de centros adecuados para tratar a estos adolescentes, dentro de una red de atención a toda persona con problemas sociales. Por tanto, la crea-

ción de estos centros implicaría una optimización de lo ya existente: centros de Salud Mental, Hospitales de Día, centros de Reforma, servicios sociales cuyo trabajo esté dedicado a menores, etc.

El que este trabajo haya sido realizado por profesionales médicos, en concreto con especialistas en Psiquiatría con dedicación a la infancia y adolescencia, no significa que los Trastornos Disociales pertenezcan de lleno al ámbito psiquiátrico. La complejidad de estos trastornos ha de ser contemplada desde una perspectiva mucho más amplia que la de la Medicina. Los adolescentes en general, como se mencionó antes, están inmersos en tres campos diferentes: familiar, escolar y social, por lo que han de intervenir aquellas estructuras de la Administración que se encarguen de estos campos, en concreto, las Consejerías de Asuntos Sociales, de Educación y de Sanidad, además de los Órganos Judiciales. Solo con una integración de elementos de estos estamentos podrá enfocarse el tratamiento y la reeducación de estos adolescentes.

Así pues, y como se ha dicho en muy diversos foros, el tratamiento de estos adolescentes ha de ser multiprofesional, dadas sus características causales múltiples, su sintomatología tan diferente para cada paciente, y su evolución dependiente de numerosos factores.

El tratamiento, además, ha de adaptarse a cada paciente, yendo desde un tratamiento puramente ambulatorio, en los casos más leves, hasta un internamiento en centros de larga estancia.

El tratamiento dependerá del grado evolutivo de su enfermedad; por ejemplo, si presenta fases de una excesiva irritabilidad e incluso de agresividad, hacia los demás o hacia sí mismo, necesitará un internamiento en un hospital para adolescentes, a fin de controlar dicha agresividad del modo más rápido y eficaz; si no plantea grandes problemas a nivel familiar o escolar, el tratamiento será ambulatorio; si los problemas planteados no son excesivamente complicados, o si el paciente presenta cierto grado de motivación para el tratamiento, éste podrá ser en un hospital de día; y si los problemas son muy grandes y no presenta ninguna motivación o se niega al tratamiento, éste será en régimen de internamiento en un centro de larga estancia.

Es evidente que el tratamiento, sea cual sea su modalidad, ha de ser intensivo, duradero, orientado no sólo a la corrección de su conducta, sino también a la reeducación y adaptación social.

Los centros de hospitalización parcial (u hospitales de día) y de larga estancia, deberán estar orientados quizá más como centros psicopedagógicos, de reeducación social, escolar y familiar, más que médico, aunque siempre bajo la supervisión de profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos clínicos.

Todas estas reflexiones respecto al trabajo, pueden resumirse en las siguientes conclusiones:

1. Existen en la Comunidad de Madrid alrededor de 1.500 adolescentes de 10 a 18 años diagnosticados de Trastorno de Conducta Disocial por los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad. El número de adolescentes con este trastorno debe ser mayor, puesto que muchos de ellos no acuden a los Centros Públicos. No obstante, podría decirse que la Comunidad no debe incluirse dentro de las zonas más afectadas por este problema.
2. De todos ellos, alrededor de 500 presentan un Trastorno Disocial grave. No debe confundirse un adolescente con un Trastorno Disocial con un adolescente delincuente, pues éste último no tiene por qué tener un trastorno psiquiátrico.

3. En general, los Trastornos Disociales leves y muchos de los moderados son atendidos y tratados correctamente en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad, en colaboración con los Servicios Sociales, pero para los más graves no existen centros adecuados para su tratamiento.
4. Los Trastornos Disociales requieren un tratamiento que abarque las diferentes facetas que se ven perturbadas: psíquica, escolar, familiar, social.
5. Para el tratamiento de los más graves se necesita una red integrada que vaya desde su internamiento en Centros terapéuticos, estancias en Centros de Día, hasta Centros Ambulatorios de Salud Mental Infanto-Juvenil, a fin de lograr su plena integración social, escolar y familiar.
6. Los Centros Terapéuticos en régimen de internamiento deberían ser de media estancia, alrededor de 1 año, para pasar posteriormente al Centro de Día o al Centro de salud Mental, según haya sido su evolución.
7. Tanto los Centros en régimen de internamiento como los Centros de Día, han de ser psicopedagógicos, es decir, que abarque una asistencia psiquiátrica, psicológica, psicoterapéutica del paciente y de la familia, y pedagógica, ya que la mayoría de ellos están en edad de escolarización obligatoria.
8. Todos los centros deberán estar dotados de suficiente personal especializado en el tratamiento de adolescentes, es decir, psiquiatras infanto-juveniles, psicólogos clínicos expertos en adolescentes, psicoterapeutas de familia, profesores de enseñanza secundaria, trabajadores sociales con especial dedicación a infancia y adolescencia, etc.
9. Hasta que pueda conseguirse dicha red integrada de tratamiento, y dada la urgencia del problema, sería necesario concertar dicho tratamiento con 2 ó 3 centros no públicos que reúnan las características mínimas para dar una atención de garantía a un número de 15 a 20 pacientes por centro.
10. Todos los centros deberán tener un programa de tratamiento que garantice los derechos de los menores que sean atendidos en ellos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

- Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) 1995.
- Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Conduct Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997;36,10 Supp:132S-135S.
- Barnett S.R., DosReis S., Riddle M.A., etc. Improving the management of acute aggression in state residential and inpatient psychiatric facilities for youths. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002;41,8:897-905.
- Boyle M.H., Offord D.R.: Primary prevention of Conduct Disorder: Issues and prospects. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1990;29,2:227-233.
- Cerezo Ramírez F.: Conductas agresivas en la edad escolar. Ed. Pirámide 2002.

- Coleman J.C.: Psicología de la adolescencia. Ed. Morata 3ª edición 1994.
- Côté S., Tremblay R.E., Nagin D.S., Zoccolillo M. y Vitaro F.: Childhood behavioural profiles leading to Adolescent Conduct Disorder: Risk trajectories for boys and girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002;41,9:1086-1094.
- Echeburúa E.: Personalidades violentas. Ed. Pirámide 2000.
- Halperin J.M., Siever S.V., et al. Serotonergic function in aggressive and nonaggressive boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am. J. Psychiatry* 1994;151:243-248.
- Hill P.: Recent advances in selected aspects of adolescent development. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1993;34,1:69-99.
- Majumder P.P., Moss H.B. y Murrelle L.: Familial and nonfamilial in the prediction of disruptive behaviors in boys at risk for substance abuse. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1998;39,2:203-213.
- Marttunen M.J., Aro H.M., Henriksson M.M. Lönnqvist J.K.: Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994;89:167-173.
- Nissen G.: Miedo y agresividad como origen del conflicto entre las generaciones. *Psicopatología* 1987;7,4:459-473.
- Organización Mundial de la Salud: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) Trastornos Mentales y del Comportamiento 1992.
- Rodríguez Sacristán J.: Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Universidad de Sevilla 1995.
- Rogeness G.A., Javors M.A. y Pliszka A.R.: Neurochemistry and Child and Adolescent Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*1992;31,5:765-781.
- Rojas Marcos L.: Las semillas de la violencia. Ed. Espasa Calpe 1995.
- Rutter M., Giller H. y Hagell A.: La conducta antisocial de los jóvenes. Cambridge University Press (ed. Española) 2000.
- Sanmartín J.: La mente de los violentos. Ed. Ariel 2002.
- Sanmartín J.: La violencia y sus claves. Ed. Ariel 3ª edición 2001.
- Schonfeld W.A.: La psychiatrie de l'adolescent, un défi pour tous les psychiatres. *Confrontations Psychiatriques* 1971; 7:9-36.
- Spender Q. y Scott S.: Conduct disorder. *Current Opinión in Psychiatry* 1996;9:273-277.
- Storr A.: La agresividad humana. Alianza editorial 1991.
- Villani S.: Impact of media on children and adolescents: A 10-year review of the research. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2001;40,4:392-401.
- Vitiello B., Ricciuti A., Stoff D.M., Behar D., Denckla M.B.: Reliability of subtle (soft) neurological signs in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1989;28,5:749-753.
- Zoccolillo M., Pickles A. Quinton D. y Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine* 1992;22:971-986.
- Ross laboratories: Children and violence. Report of the 23 Ross Roundtable 1992.