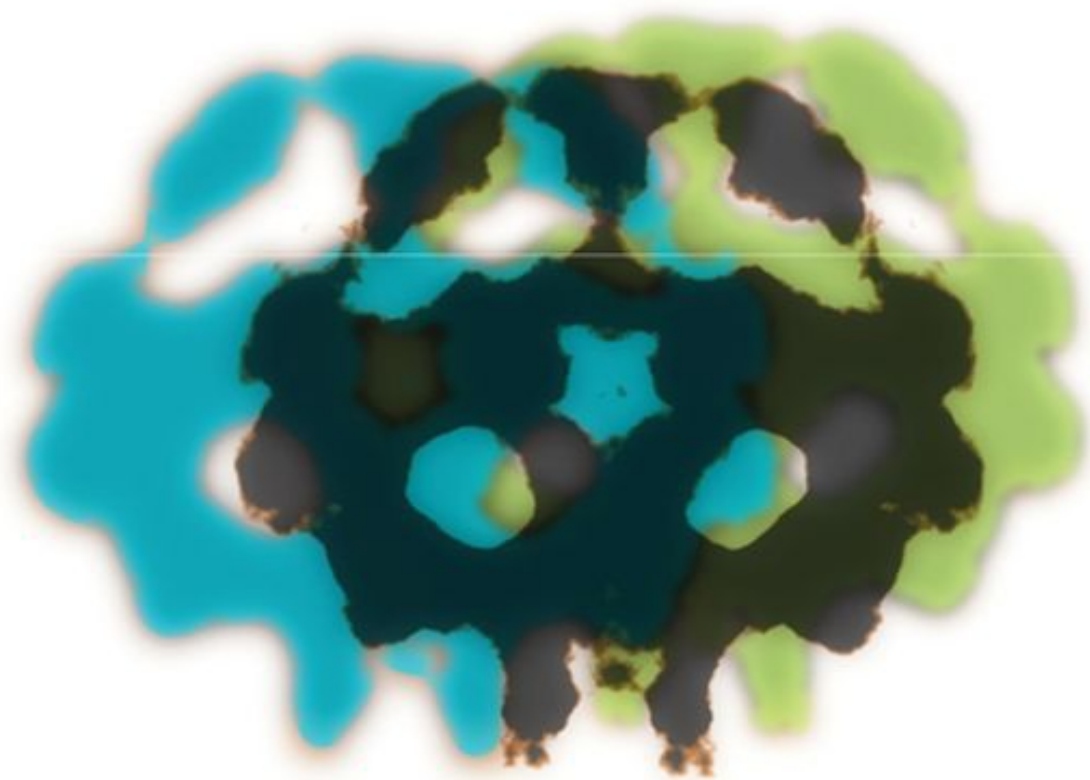


# Trastornos antisociales en niños y adolescentes

Javier Sánchez García



  
EDITORIAL  
SÍNTESIS

# Trastornos antisociales en niños y adolescentes

Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# Trastornos antisociales en niños y adolescentes

**Javier Sánchez García**



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Javier Sánchez García

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907774-9-7

# Índice

## PARTE I TRASTORNOS ANTISOCIALES PRIMARIOS

### **1. Trastornos antisociales primarios: definición y aspectos históricos**

- 1.1. Adjetivar la conducta: traviesa, rebelde, pícara, delictiva, violenta o antisocial
  - 1.1.1. *Los primeros andares de la normatividad social: un breve repaso histórico*
  - 1.1.2. *Travesura, picaresca y rebelión: el desarrollo de la moralidad en el joven*
  - 1.1.3. *Delincuencia (criminalidad) y violencia: parte y no todo del fenómeno antisocial*
- 1.2. Definición del objeto de estudio científico: trastorno de conducta, trastorno antisocial/disocial de personalidad y psicopatía
  - 1.2.1. *Trastorno disocial vs. Trastorno de conducta*
  - 1.2.2. *Psicopatía vs. sadismo*
  - 1.2.3. *Conclusiones y propuesta terminológica*

### **2. Epidemiología para la prevención**

- 2.1. La magnitud del problema
  - 2.1.1. *La cuestión del sexo en relación con las prevalencias*
  - 2.1.2. *Ámbito rural y urbano. La influencia del fenómeno migratorio*
  - 2.1.3. *Estudios epidemiológicos poblacionales: cifras en el adulto*
- 2.2. Historia natural: el curso
  - 2.2.1. *La cuestión del sexo y de la edad como determinantes de la trayectoria*
- 2.3. Estructura parental, presiones sociales, raza y estatus socioeconómico
  - 2.3.1. *Estructura parental y calidad de la crianza*
  - 2.3.2. *Presiones sociales: ¿la chispa que enciende la mecha?*
  - 2.3.3. *Raza y estatus socioeconómico*
- 2.4. La epidemiología aplicada a la evaluación y a la prevención

- 2.4.1. *Factores de riesgo para la conducta antisocial*
- 2.4.2. *Factores de protección*

### **3. Determinantes biopsicológicos de la conducta antisocial**

- 3.1. La socialización y su déficit: factores psicosociales favorecedores y  
detrimentales
  - 3.1.1. *Relación maternofilial: el grupo de socialización primario*
  - 3.1.2. *Presión por grupo de pares*
  - 3.1.3. *Tolerancia al cambio y a la frustración*
  - 3.1.4. *Experiencias traumáticas familiares*
  - 3.1.5. *Composición familiar*
  - 3.1.6. *Límites disciplinarios y normas familiares*
- 3.2. Aspectos psicobiológicos
  - 3.2.1. *Estructuras cerebrales: el barro a ser modelado y modelarse*
  - 3.2.2. *Fenómenos de aprendizaje y modelado neuronal: redes y  
poda sináptica*
  - 3.2.3. *Hormonas y neuroquímica cerebral: agua que permite  
modelar el barro*
- 3.3. La integración psicobiológica: las manos del alfarero

### **4. Descripción clínica**

- 4.1. Los diagnósticos oficiales de los trastornos de conducta primarios: trastorno  
disocial, trastorno de conducta y conducta antisocial
- 4.2. La anamnesis crítica ante la conducta antisocial
  - 4.2.1. *Caracterizar con total precisión la disconducta y el escenario  
en que se produce*
  - 4.2.2. *Descartar psicopatología grave y riesgo de suicidio*
- 4.3. La exploración aplicada a la evaluación de la conducta antisocial
  - 4.3.1. *Atención, cognición, funciones ejecutivas*
  - 4.3.2. *Temperamento y carácter*
  - 4.3.3. *Curso y contenido del pensamiento*
  - 4.3.4. *Afectividad*
  - 4.3.5. *Psicomotricidad*
  - 4.3.6. *Introspección y mundo interno*
- 4.4. De la exploración a la intervención
  - 4.4.1. *Las dificultades del diagnóstico: la veracidad de los relatos*
  - 4.4.2. *El profesional y su síndrome general de adaptación*
  - 4.4.3. *La entrevista clínica individual en el adolescente y el niño  
mayor*
  - 4.4.4. *La entrevista clínica familiar*

## **5. El diagnóstico diferencial para una activación precoz**

- 5.1. El diagnóstico precoz: oportunidades y limitaciones
- 5.2. Una dicotomía útil: trastornos externalizadores e internalizadores
  - 5.2.1. *Trastornos externalizadores*
  - 5.2.2. *Trastornos por internalización*

### PARTE II

#### EL FENÓMENO ANTISOCIAL COMO EXPRESIÓN DE OTRA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y SU COMORBILIDAD

## **6. TDAH, hiperactividad y trastornos conductuales**

- 6.1. Epidemiología
- 6.2. Bases fisiopatogénicas
  - 6.2.1. *Neurotransmisores, otras proteínas, genes: “las muñecas rusas” de la investigación biológica*
  - 6.2.2. *Factores ambientales: aplicación a situaciones especiales*
- 6.3. Una aproximación clínica “para andar por casa” y para no perder de vista en el colegio
- 6.4. Del diagnóstico clínico a la eflorescencia neuropsicológica
- 6.5. Pronóstico: ¿únicamente una cuestión de tiempo?

## **7. Consumo de sustancias**

- 7.1. Sustancias adictivas y tóxicas en relación con la edad
- 7.2. Alcohol: la “variable constante”
  - 7.2.1. *Neurobiología del consumo alcohólico*
  - 7.2.2. *Violencia y alcohol*
  - 7.2.3. *Aspectos críticos de la evaluación del joven con consumo alcohólico y conductas antisociales*
- 7.3. Otros consumos tóxicos ilegales: aspectos de interés para las conductas antisociales
  - 7.3.1. *Cuándo sospechar del inicio en el consumo tóxico*
  - 7.3.2. *Síntomas y signos abstinentiales de interés*
  - 7.3.3. *Actitud ante la sospecha de consumos tóxicos incipientes*

## **8. Trastornos del desarrollo intelectual, espectro autista y los trastornos de conducta**

- 8.1. El desarrollo cerebral y la maduración emocional
  - 8.1.1. *Sustrato neuroanatómico diencefálico e influencias bioquímicas sobre el desarrollo y funcionamiento cerebral*

- 8.1.2. *El sistema límbico: nexo entre lo reptiliano y lo neocortical*
  - 8.1.3. *Neocortex: asiento de la moralidad, la planificación ideomotora y regulador de instancias inferiores*
  - 8.2. El interjuego entre lo micro y lo macro
    - 8.2.1. *La cuestión de la conectividad neuronal*
    - 8.2.2. *La reacción ambiental ante el sujeto con retraso mental*
    - 8.2.3. *Empirismo frente a racionalismo: cómo aprende el ser humano y modifica sus estructuras neurales*
    - 8.2.4. *Otros problemas de lo microsociedad que alteran el mejor diagnóstico y tratamiento de estos sujetos*
  - 8.3. Trastornos del espectro autista
    - 8.3.1. *Algunas consideraciones terminológicas y para el manejo*
    - 8.3.2. *Los períodos críticos en la evolución cognitiva y emocional*
  - 8.4. Causas de retraso mental asociadas a trastornos de conducta y antisociales
    - 8.4.1. *Cromosomopatías*
    - 8.4.2. *Genopatías simples y errores congénitos del metabolismo*
- Preguntas de autoevaluación

## **9. La impulsividad y sus trastornos**

- 9.1. Definición operativa de la impulsividad
  - 9.2. La visión dimensional de la impulsividad en el contexto del fenómeno antisocial
  - 9.3. Otras formas de impulsividad con repercusión social en niños y adolescentes
    - 9.3.1. *Bulimia multiimpulsiva*
    - 9.3.2. *Exhibicionismo y conductas masturbatorias en niños o adolescentes*
    - 9.3.3. *Consumo de alcohol y otros tóxicos*
    - 9.3.4. *Ludopatía*
    - 9.3.5. *Otros trastornos de personalidad en ciernes: rasgos limítrofes o borderline de personalidad*
- Preguntas de autoevaluación

### PARTE III TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL

## **10. Aspectos generales del tratamiento**

- 10.1. La adherencia al tratamiento
  - 10.1.1. *Actitud de los padres ante el tratamiento*
  - 10.1.2. *Actitud del sujeto ante el tratamiento*

- 10.1.3. *Factores relacionados con el tratamiento*
- 10.2. Cómo mejorar el proceso comunicativo con el paciente y sus padres

## **11. Tratamiento farmacológico**

- 11.1. Antiepilépticos
  - 11.1.1. *Fármacos antiepilépticos a considerar en el tratamiento de la disconducta impulsiva o agresiva: evidencia científica*
  - 11.1.2. *Aspectos de interés sobre epilepsia y FAE para el tratamiento de la disconducta*
  - 11.1.3. *Expectativas realistas en el tratamiento con FAE en los trastornos de conducta en práctica clínica*
- 11.2. Antipsicóticos
  - 11.2.1. *Antipsicóticos de segunda generación (ASG)*
- 11.3. Litio
- 11.4. Estimulantes
  - 11.4.1. *Metilfenidato*
  - 11.4.2. *Anfetaminas*
- 11.5. Atomoxetina
- 11.6. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- 11.7. Benzodiacepinas
- 11.8. Tres opciones coadyuvantes actuales y una futura
  - 11.8.1. *Antiandrógenos*
  - 11.8.2. *Beta-bloqueantes*
  - 11.8.3. *Naltrexona*
  - 11.8.4. *Guanfacina de liberación retardada*

## **12. Psicoterapia: bases y cuándo no hacer terapia**

- 12.1. El buen terapeuta: características básicas
- 12.2. La seguridad del marco terapéutico
- 12.3. La detección de la mentira en la evaluación
- 12.4. Simulación y disimulación
- 12.5. Aspectos familiares de interés para la psicoterapia
  - 12.5.1. *Violencia en el ámbito doméstico familiar: la importancia de los otros rasgos de personalidad*
  - 12.5.2. *La selección de la víctima: del acosador escolar a la violencia en consulta*
  - 12.5.3. *La difícil decisión de no tratar*
- 12.6. Breves apuntes psicoterapéuticos

### **13. Implicaciones educativas y académicas**

- 13.1. El papel del profesorado en la identificación precoz de la psicopatología y la comunicación con la familia
  - 13.1.1. *Identificación precoz de la situación psicosocial de riesgo*
  - 13.1.2. *Primeros síntomas de la psicopatología infantil o juvenil*
- 13.2. Fenómenos específicos del ámbito educativo y su traducción psicopatológica
  - 13.2.1. *Bullying o acoso escolar: caracterización de víctima y acosador*
  - 13.2.2. *Manejo del alumno acosador*
  - 13.2.3. *El fenómeno de la banda*
- 13.3. Fracaso y abandono escolar

### **14. Aspectos legales**

- 14.1. La relación Ley-Medicina en torno a la conducta antisocial
    - 14.1.1. *Delincuencia juvenil*
    - 14.1.2. *Imputabilidad penal y edad*
  - 14.2. Salud mental en centros reformatorios y de acogida
  - 14.3. Confidencialidad
- Preguntas de autoevaluación

### **15. Medios de masas, cine y nuevas comunicaciones: el impacto de lo audiovisual en lo antisocial**

- 15.1. El impacto de lo audiovisual en la violencia sádica
- 15.2. Cinematografía de interés
  - 15.2.1. *La evasión (1960)*
  - 15.2.2. *La naranja mecánica (1971)*
  - 15.2.3. *El Padrino (1972)*
  - 15.2.4. *El niño que gritó puta (1991)*
  - 15.2.5. *Fargo (1996)*
  - 15.2.6. *American Psycho (2000)*
  - 15.2.7. *Monster (2003)*
  - 15.2.8. *Ciudad de Dios (2002)*
  - 15.2.9. *No es país para viejos (2007)*
  - 15.2.10. *De Trainspotting (1996) a Slumdog millionaire (2008)*
- 15.3. Directores de interés
  - 15.3.1. *Hitchcock*
  - 15.3.2. *Martin Scorsese*

- 15.3.3. *Quentin Tarantino*
- 15.4. Videojuegos: de lo violento a lo sádico grotesco, de *Mortal Kombat* a *Grand Theft Auto IV* y *Bulletstorm*
- 15.5. Música para depredadores
- 15.6. Series televisivas de ficción
  - 15.6.1. CSI
  - 15.6.2. Mentecriminales
  - 15.6.3. Homeland
  - 15.6.4. Breaking Bad
- 15.7. Series de animación
  - 15.7.1. Los Simpson
  - 15.7.2. Family Guy (Padre de familia)

## ***Bibliografía***

**PRIMERA PARTE**  
*Trastornos antisociales primarios*

# 1

## ***Trastornos antisociales primarios: definición y aspectos históricos***

Esclarecer el ambiguo y abigarrado término de *trastornos de conducta* se beneficia, antes de más consideración, de iluminar históricamente la evolución conceptual de los que denominaremos trastornos antisociales primarios. Esto es, aquellas desviaciones persistentes del respeto a las normas sociales y a los derechos de los demás que definiremos como carentes de una psicopatología primaria explicativa conocida.

Merced a dicho enfoque histórico será más claro por qué se concibieron en los siglos XIX y XX los dos partenogénéticos herederos que más han sobrevivido al vago concepto de *locura moral*, a saber: la psicopatía y el trastorno antisocial de personalidad. Desde esa atalaya privilegiada podremos vislumbrar qué ramificaciones han alumbrado ambos conceptos en la taxonomía de los trastornos de conducta en niños y adolescentes, así como qué otros constructos más recientes han generado interés y avances científicos.

Las multiformes presiones sociales, lingüísticas y morales han decidido las idas y venidas de uno u otro término (psicopatía o trastorno antisocial de personalidad) en la nosotaxia o clasificaciones diagnósticas del adulto, en gran medida según la tradición psiquiátrica de los distintos países (léase Europa *vs.* Estados Unidos). Como desgovernados por un magma de fuerzas ocasionalmente antitéticas, ambos constructos han experimentado rumbos erráticos, no exentos de acercamientos y separaciones, mistificaciones y purismos exagerados, incluso dentro de las mismas tradiciones en que han mantenido preponderancia.

En las últimas décadas, sometidos al imperio de la denominación más afín a los intereses y necesidades de las estructuras legislativas y judiciales, así como a un cierto simplismo pragmático efecto de la globalización y de la potencia de la tradición estadounidense, se había alcanzado tan solo un consenso precario que había venido priorizando las variedades del constructo “antisocial”, relegando el de “psicopatía”.

Más recientemente, un aguerrido grupo de “resistencia” mayoritariamente radicado en la disciplina psiquiátrica ha revitalizado la investigación biológica y genética de la psicopatía, intentando revalorizar su distintivo carácter. Con todo, tamaña ambigüedad epistemológica ejerce un impacto dañino tanto en la investigación y en el tratamiento de los sujetos que presentan rasgos o desarrollos antisociales vitalicios, como al penalizar a quienes presentan conductas problemáticas de curso autolimitado y sin embargo son

etiquetados de por vida.

Por esto último, y al ceñir nuestro estudio al niño y adolescente, nos encontraremos además con extravíos por derroteros clasificatorios que zigzaguean en torno a la anterior bifurcación, esto es, la de las vías diagnósticas que dirigen a la psicopatía o al trastorno disocial. Tales enredosos rodeos se explican en parte por la necesidad de acentuar la idea de curso y carácter evolutivo, así como de la utilidad de predecir la consistencia y persistencia futura de la conducta disruptiva, en lo que al sujeto adulto se refiere.

La amplitud menguante del “sendero” conductual que el individuo recorre entre el nacimiento y la edad adulta debe hacer que el profesional interesado discurra a veces por los amplios parajes de la travesura evolutiva, pasar otras por la picaresca adaptativa que prueba y transgrede límites, hasta que cruzado el sutil “Rubicón” que separa la normalidad de la disconducta aislada-limitada, se encuentre de pronto en el trastorno disocial DSM-IV o ante el ominoso futuro del infante con rasgos psicopáticos pronunciados, lodazales estos dos últimos donde el retorno al sendero conductual normativo se hace más improbable.

Por todo lo que precede, resulta esencial desgranar el fruto de las aportaciones teóricas no solo de épocas radicalmente encontradas, sino también de autores y disciplinas dispares –así como las ocasionales aparentes contradicciones entre las mismas– a fin último de desechar racionalmente los extremos interpretativos. Tan dañino el reduccionismo como la eflorescencia nosológica o etiológica, ambos nos alejan del conocimiento científico de este problema de salud pública que son los trastornos antisociales en su estado embrionario y cuyo coste en términos económicos y humanos es inmenso.

El análisis biográfico de los individuos que desafiarán a la sociedad y conculcarán sus leyes o principios éticos, bien de manera clara y meridiana, bien de forma subrepticia, nos ha permitido comprender que a pesar de su identidad única y singular, dichos individuos son potencialmente reducibles a tipologías clínicamente útiles. De forma análoga, mientras no seamos capaces de integrar de forma operativa las numerosísimas explicaciones causales de los trastornos antisociales, la multiplicad de modelos teóricos no contribuirá a mejorar las posibilidades preventivas ni de tratamiento. El relato por tanto del caso clínico concreto y real es siempre de utilidad en el proceso de aproximación a esta área.

Adicionalmente, una relectura desde las percepciones clásicas hasta las contemporáneas tiene un efecto lenitivo sobre las tribulaciones del profesional. De hecho es la única forma de contener, de un lado, el desaliento, y de otro, un ingenuo “optimismo universal” que pueda conducir a actitudes mesiánicas y pretenciosas, casi siempre abocadas a la frustración y, de tanto en tanto, a empeorar las situaciones que se aspiraba a mejorar mediante la intervención.

Este resultado deletéreo es frecuente cuando los implicados en la atención de niños o adultos con conductas antisociales primarias pierden o desechan su objetividad científica y se dejan arrastrar al terreno moral. Con independencia de que en el joven predominen la falta de empatía y respeto por los derechos de los demás, sin abiertas transgresiones

legales o que por el contrario se produzca una franca conducta delictiva, violenta o destructiva, es común extraviarse en una dicotomía clave en la interpretación de los trastornos antisociales; a saber, la diferenciación entre la identidad del profesional como ser social (y potencial víctima) y su responsabilidad profesional como terapeuta (que no salvador ni verdugo).

Entre ambas temibles Escila y Caribdis debe seguir rumbo la vida laboral del profesional de la salud mental, y muy especialmente la de quien entra en contacto con sujetos en los que predominan las conductas antisociales en otros ámbitos, como el académico, el rehabilitador o el judicial.

No es raro hallar así que muchos individuos se sientan intelectualmente tan atraídos por el objeto de estudio que significa el núcleo psicopático (o de falta de empatía y de remordimientos o sentimiento de culpa) o el de la conducta antisocial, y que sin embargo, pasivamente eludan o rechacen de forma abierta el más mínimo contacto intelectual o profesional con la conducta delictiva, violenta o socialmente predatoria.

## **1.1. Adjetivar la conducta: traviesa, rebelde, pícara, delictiva, violenta o antisocial**

Nuestro primer objetivo debe ser establecer qué conducta se considerará un rasgo universal del infante y adolescente, qué puede considerarse limítrofe y susceptible de una intervención preventiva y qué extremos, al anticipar un pronóstico sombrío, deben producir una respuesta consistente y de atención especializada.

Semejante tarea requiere la comprensión sobre qué se ha considerado históricamente en nuestro contexto cultural como socialmente reprobable y qué no. A efectos de nuestro ámbito, algunos textos sagrados del judeocristianismo, la cultura grecolatina y muchos siglos después los primeros textos literarios en lenguas vernáculas nos permiten “interpretar” la continuidad de cuanto popularmente calaba y ha sido reflejo de los paradigmas éticos imperantes.

### *1.1.1. Los primeros andares de la normatividad social: un breve repaso histórico*

Si acudimos al texto fundamental de la cultura judeocristiana, el libro del Génesis va a registrar la primera conducta antisocial del ser humano recién creado. La transgresión de la prohibición de comer del árbol de la ciencia del bien y del mal se convierte en expresión “ilegítima” de la libertad de la conducta humana y de la infracción del orden establecido. El lector no tendrá que avanzar mucho para asistir al segundo de los actos antisociales más relevantes en nuestra cultura, el asesinato de Abel a manos de Caín.

Como es evidente y se analizará con más detalle a lo largo de esta obra, la “inmadurez moral” de la especie humana sirve como alegoría de la evolución moral del

niño, así como de las pasiones descontroladas: celos, impulsividad, agresión, homicidio. El problema del “mal” se ve así restringido a dos aspectos cardinales: “el libre albedrío” y la “tentación” como desencadenante de la transgresión normativa (“el pecado”). Acto seguido, aparecen tres temas recurrentes en este libro: la simulación del perpetrador, la conciencia punitiva y el castigo externo.

En el Éxodo encontramos nuevos indicios para comprender mejor el siguiente paso evolutivo de los conceptos morales en la tradición cristiana. Los episodios entrelazados de la adoración del becerro de oro y la ulterior reaparición en escena de Moisés con “las tablas de la ley”, los diez mandamientos, implican una forma de maduración equiparable a la del adolescente. La ley de Jehová queda establecida para su correcto seguimiento en un decálogo cuya vigencia se extenderá durante más de dos mil años.

El orden social y el orden religioso además quedan estrictamente vinculados, como otras legislaciones antiguas no habían visto. El respeto a la ley divina queda inextricablemente ligado a la contención de los apetitos por la posesión material o relacional de otro, por el respeto a los padres y a los derechos esenciales ajenos (vida, honor). Y como la evaluación del adolescente no antisocial, los grises no se contemplan.

El Nuevo Testamento añadirá un tercer paso vital para la transición a un nuevo modelo de comprensión del mal, la idea del perdón a través de la penitencia, “la redención” e incluso el perdón, aspectos inexistentes en la más brutal sociedad dominada por la “ley del talión” previa. La visión del error humano es dulcificada y ya no se sanciona el mal hecho por sí mismo, sino en cuanto conlleva la ulterior ausencia de arrepentimiento. Como sobrecogida por esta posibilidad, los primeros padres de la Iglesia darán un vuelco a esta línea paleocristiana en pos de un retorno a una religiosidad de “palo y tentetieso” que ocupará todos los siglos más sombríos de la historia de Occidente.

Nuestra cultura necesitará casi 1.800 años para conseguir el siguiente cambio radical: la transformación de una normatividad “religiosa” que invade todos los contextos de la existencia por una normatividad “laica”. Cuando más adelante se aborde cómo la idea de conducta antisocial requiere comprender el contexto cultural en el que se cataloga como tal, podrá entenderse cómo se gesta una sociedad medieval en que, por ejemplo, Santo Tomás recoge el pensamiento de Sexto Pitagórico “*Adulter est amator ardentior in suam uxorem*” y penaliza el deseo hacia la propia mujer considerado como un acto obscuro a los ojos de Dios y de la propia sociedad. Todo ello argumenta, en cuanto conculca el objeto del matrimonio, llegando hasta el punto de considerar “adúltero” a quien desea a la propia mujer y más execrable su crimen que sería el de desear a cualquier otra.

En esos siglos de oscurantismo, la propia idea de amor cortés llega a entenderse al principio de su irrupción como una transgresión del orden social establecido, donde el matrimonio tiene como único fin mantener el patriarcado y la procreación. Los jóvenes amantes (muchas veces adolescentes) transgreden lo estipulado: el matrimonio concertado; y al hacerlo infringen el cuarto mandamiento y con él atentan irremisiblemente contra la sociedad, razón por la que merecen ser castigados y mostrados

como “antiejemplo” moralizante. Lo que hoy no dejaría de ser una muestra de acto prosocial, o en algunas personas considerado rebelde, se percibe en ese momento histórico como amenazante.

Tiempo y espacio son las dos coordenadas más importantes a considerar en el análisis de la evolución ética de las sociedades. Distintos tiempos, a veces no demasiado alejados entre sí, significan cambios paradigmáticos en la consideración de la aceptabilidad social de ciertos comportamientos. Y aunque no resulta imprescindible, por norma suele resultar enriquecedor, añadir los hallazgos suplementarios del análisis transcultural, esto es, del estudio de cómo culturas distintas conceptualizan en un mismo momento histórico la misma conducta como antisocial o en cambio, como permisible.

Como ilustrábamos más arriba este aserto no se restringe a conductas que necesariamente atentan contra la propiedad o la vida de otros, sino que también afecta a la consideración social de las conductas sexuales y otras íntimas. Si bien a algunos ojos postcontemporáneos estas conductas privadas carecerían de repercusión pública, han sido consistentemente reprobadas socialmente y castigadas judicialmente a lo largo de la historia, aparejando desde la humillación y la estigmatización social a la condena a muerte, pasando por la tortura y la cárcel.

Más en concreto, conductas en entornos de discriminación grupal, racial o sexual han sido consistentemente consideradas como antisociales en tanto alteraban el orden político, de supremacía o de costumbres establecido. Entramos así en la paradoja de que la lucha de Gandhi, las transgresiones de los activistas *antiapartheid* como Mandela o los protagonistas de demostraciones públicas de afecto homosexual, han sido considerados “antisociales” dado el carácter subversivo atribuido por las estructuras dominantes de su tiempo y contra las que luchaban. Cambios sociológicos profundos y no exentos de retrocesos han hecho que perseguir hoy esas mismas conductas en sociedades como la nuestra pueda entenderse como lo verdaderamente antisocial.

De esta forma padres negros han podido asistir en su vejez y en algunos estados de Estados Unidos a la legitimación para sus hijos de conductas consideradas antisociales en ellos, como ocupar un asiento de blanco en un autobús o sentarse en la barra de un bar entremezclados con sujetos de raza blanca. De esta forma también padres que encubrieron su homosexualidad por miedo a la represalia comparten con sus hijos homosexuales un escenario en que no se sufre una persecución tan agria.

No obstante estos avances sociales, jóvenes activistas en países autoritarios siguen siendo hoy en día catalogados como antisociales por los regímenes contra los que pelean, o se criminaliza la lucha por derechos al trabajo o a una vivienda digna de algunos colectivos pacíficos antisistema, queriendo deliberadamente tergiversar lo “antisistema” por lo “antisocial”. De ahí que más que nunca sea necesario que las ciencias sanitarias y humanísticas eviten reproducir sus fantasmas del pasado, cuando su alianza con el poder establecido las llevó a eludir sus obligaciones de independencia y neutralidad científica. De denunciar y prevenir lo antisocial a intentar el control social puede haber un paso diminuto.

### *1.1.2. Travesura, picaresca y rebelión: el desarrollo de la moralidad en el joven*

La maduración moral del niño sigue unos pasos en general bien establecidos y que han recibido atención desde antiguo, dada su relevancia en términos de responsabilidad social y jurídica. No obstante, en una de las confusiones aún vigentes en nuestro tiempo, el desarrollo y aceptación de los valores normativos se incluía o consideraba inevitablemente paralelo al de las capacidades intelectuales. El antecedente más evidente es la propia configuración de la ética aristotélica que limita la posibilidad de acceso a la excelencia en la virtud al varón adulto noble, negándolo a niños y mujeres (consideración “infantiloide” esta de la mujer que durará hasta bien entrado el siglo XIX en la tradición filosófica occidental).

Tal interpretación chocaría entrada la modernidad con hallazgos empíricos consistentes como ejemplifica el sujeto psicopático de alto “funcionamiento” sin déficit intelectual o el hecho de que la “habilidad de mentir” se considere en la actualidad un hito evolutivo para el correcto desarrollo cognitivo del infante. Por consiguiente, se muestra necesario explicar de manera independiente la posible detención en un estadio premoral o de moral preconventional (caracterizado por la actuación en virtud de las posibilidades de castigo o recompensa) de la adquisición de operaciones formales en el sujeto y de su comprensión de lo que es correcto e incorrecto éticamente.

La primera de las perspectivas mencionadas, fruto de la victoria escolástica sobre el pensamiento platónico y de la consideración de la virtud como consecuencia de la inteligencia, llevó a poner una marcada atención en la aparición de conductas antisociales en quienes presentaban mermas cognitivas: el incumplimiento de las normas y leyes podía proceder de una falta de discernimiento, y ésta de una característica constitucional de los sujetos. La mezcla entre la imbecilidad cognitiva y la imbecilidad moral estaba hecha.

Más de veinte siglos después de la explicación de la maldad como déficit, los conceptos de inferioridad psicopática, imbecilidad moral y análogos, presentes en autores como Koch o Prichard, se realimentarán de la fuente platónica, más fina en su disquisición. No totalmente condicionados por la observación de que los sujetos diagnosticados de tales deficiencias mostraban una pobre capacidad de juicio e introspección, eran impulsivos y no aprendían de la experiencia ni del castigo, se establece una diferenciación entre la imbecilidad moral y la imbecilidad cognitiva.

Aún en la actualidad, se asume que cuando se consideran de forma conjunta, las conductas disruptivas parecen ser más frecuentes en sujetos con bajos cocientes intelectuales. Sin embargo, como abordaremos en el capítulo dedicado a los trastornos del desarrollo intelectual, esto no es óbice para que la cualidad de las conductas disruptivas en el sujeto psicopático de alto funcionamiento y en el individuo con un trastorno del desarrollo intelectual tengan la misma génesis, ni por supuesto se beneficien de la misma aproximación.

Para tratar de explicar este hallazgo de una mayor prevalencia de conductas

antisociales en sujetos no especialmente inteligentes, se ha argumentado que los sujetos con desventajas sociales, y entre ellas la cognitiva, tenderían a recurrir a medios ilícitos para la consecución de fines comúnmente deseables. En otras palabras, puede aceptarse a la luz de la investigación psicosociológica que existe un subtipo de sujetos con conductas antisociales frecuentes cuyas características incluyen un bajo cociente intelectual. Es aquí donde el concepto de *mens rea* tiene máxima relevancia: la cuestión de la intencionalidad a la hora de perpetrar la conducta se hace decisiva tanto científica como jurídicamente.

Una vuelta de tuerca que permitirá una aproximación más esperanzada al problema de la conducta antisocial se produce de forma consistente con los ideales de la Ilustración y se basa en la ideología que conducirá a que Rousseau en su *Emilio* determine unas premisas defensoras de que el “buen salvaje” puede convertirse en un “buen ciudadano” a través del proceso educativo que integra la pureza primigenia del individuo con una sociedad inevitablemente corrupta. Se empieza a opinar así que no hay un daño primigenio, innato y consustancial al ser humano de conducta desviada que no sea al menos paliable por la exposición a un ambiente corrector, al menos para un subtipo de sujetos antisociales o asociales.

A pesar de sus presupuestos y de la amplia difusión de la obra de Rousseau, el recién entrado siglo XIX se verá muy influido por el famoso caso del niño de Aveyron y los pobres resultados del tratamiento de Itard del niño-adolescente Victor. Se mantendría, a pesar de ello, el interés por comprender cómo la crianza y la educación inciden en un poliedro de aspectos futuros del ser humano, desde su moralidad hasta su longevidad.

Siglo y medio más tarde, Piaget establecerá en cierta consonancia con esta última línea de pensamiento que la moralidad del infante sigue unas etapas universales de una forma razonablemente espontánea, siempre que no existan causas que dificulten dicho proceso: las denominadas fases premoral, heterónoma o del realismo moral, y autónoma. Posteriormente, su discípulo Kohlberg hablará de moral preconvencional, convencional y postconvencional (cada una de ellas divididas en dos etapas).

Sus complejos sistemas coinciden en que en ambos modelos se comparte que hacia la edad de 10 años, la mayoría de los sujetos serían capaces de relativizar conceptos que previamente habrían venido considerando como inmutables, de una forma absolutamente dogmática (véase el paralelismo que señalábamos con la evolución de las religiones y las sociedades). Dicha nueva habilidad del niño está ligada en opinión de Piaget a la adquisición de la capacidad de abstracción. Así, en torno a la preadolescencia, lo moral y lo que no es moral dejan de ser conceptos grabados en piedra; el ser humano entra en un escenario positivista y el fruto de la ciencia y de su propio raciocinio le hace flexibilizar sus juicios de valor.

Semejante relativización no solo afecta al individuo en relación a las propias acciones, sino también en su juicio de las ajenas. No obstante, alcanzado ese hito evolutivo, surgen de nuevo las preguntas sobre el niño en el que el desarrollo moral se lentifica o detiene. ¿Cómo explicar la transgresión de la norma cuando las capacidades cognitivas están preservadas?

En tanto que el sujeto ejercita su elección del mal conminado por las circunstancias imperantes, ciertos contextos culturales y momentos históricos (como la época de guerra), aceptan e incluso avalan su rebelión o rebeldía como justificables, pudiendo llegar a adquirir el rango de heroicas. De hecho, esto podría sustentar las tesis piagetianas: el desarrollo de la moral autónoma permite seleccionar la mejor opción considerando las circunstancias. Sin embargo, como es obvio desde la lectura platónica, este no siempre es el caso, y sujetos que no están forzados a actuar en pos de la supervivencia, y con un cociente intelectual normal o alto, eligen obrar el mal, aún a pesar de que esta es la peor opción para el sujeto.

Mientras la religión, la filosofía y e incluso la “ciencia conformista” vendrán a apuntalar objetivos normativos en distinta medida forzados por la estructura de poder, la creación literaria intenta escapar poco a poco desde antes del renacimiento de la intencionalidad moralizante y se convierte en el más refinado espejo de la realidad sociocultural. De ahí que cualquier profesional no deba desdeñar la copiosa información relevante de la escritura de ficción, y de ahí también que pueda convertir la relectura de textos novelescos en provechosa guía.

En la literatura hispánica se recoge magistralmente la epidemiología del fenómeno antisocial, así como la referida percepción de la adversidad como eximente. Lo que legislaciones contemporáneas contemplarán como “estados de necesidad” es análogo al descargo de algunos de los pícaros ante alguaciles, jueces y lectores, y por antonomasia del Lazarillo de Tormes. En contra de la literal “intención moralizante” y de alertar sobre los peligros del desvío social que postulan inexcusablemente sus autores, pareciere que existe más bien denuncia y amabilidad hacia la figura del pícaro.

En otras tradiciones literarias europeas nos tropezaremos con la expansión ulterior del retrato de sujetos capaces de discriminar lo moral de lo inmoral, inclinados en algunos momentos de sus vidas a seguir el normativismo social, pero cuyas vicisitudes personales y sociales impelen a actuar en dirección contraria a sus más o menos nobles rasgos (Oliver Twist de Dickens, Moll Flanders en la novela de Defoe, Jean Valjean en *Los Miserables* de Victor Hugo o Edmond Dantes en *La venganza del Conde Montecristo* de Dumas).

Cuando más adelante podamos centrar nuestro discurso en las hipótesis etiopatogénicas de los trastornos antisociales, con distinta claridad percibiremos los argumentos modernos que no hacen sino maravillarnos de la inefable perspicacia que el anónimo autor del *Lazarillo de Tormes* demuestra en su novela (dos siglos más tarde Daniel Defoe en *Fortunas y adversidades de la famosa Moll Flanders* o Henry Fielding en *Tom Jones* se valdrán de parecidas historias biográficas y de condicionantes sociales para continuar una cierta tradición de novela picaresca en Europa).

Adentrándonos en la sinopsis del *Lazarillo de Tormes* se ratifican los siguientes paralelismos: hijo de una mujer encausada y ajusticiada por bruja (aspectos genéticos y posible influencia de una mayor carga por transmisión materna), abandonado por tanto en su infancia (hipótesis sociológicas de la desventaja acumulativa y psicológicas de la falta de vinculación), Lázaro entra en primer lugar al servicio de un ciego avaro (hipótesis

de la relación de control de Title). Sin unos padres “suficientemente presentes” (primeras experiencias traumáticas y relación de los trastornos antisociales con los cambios psicosociales que implican crianzas caóticas por falta de una “licencia para la paternidad”), Lázaro de Tormes desarrolla una serie de conductas inicialmente solo traviesas o de rebeldía que se irán acendrando conforme cambia de amo en amo y su bagaje genético es incentivado a expresarse fenotípicamente más y más, por un mundo hostil repleto de figuras persecutorias.

Es esencial destacar aquí que son muy escasas las muestras literarias reveladoras del problema antisocial donde los niños sean protagonistas u ocupen un lugar preeminente en la narración. Esta es una carencia importante, ya que aunque muchos de los citados literatos nos describen los mundos del hampa de diversas épocas, o incluso como decíamos proponen un protagonista adulto que recuerda los determinantes biográficos de su conducta antisocial, no son abundantes los análisis concienzudos de corte “psicológico” del niño delincuente.

En cualquier caso, como los escasos ejemplos literarios nos permiten analizar, bajo las conductas de este u otros pícaros de la literatura renacentista no subyace tanto la frialdad ni la necesidad de control y manipulación de los otros, como el deseo y la lucha por la supervivencia dentro de una sociedad corrupta y corruptogénica (y por medrar, que en definitiva se concibe como la única forma de escapar a la necesidad de la conducta antisocial delictiva).

Mayoritariamente despiertan sus protagonistas la compasión del lector u observador actual, y ello en parte obedece a la capacidad de conexión y empatía recíproca entre un sujeto que transgrede la ley para sobrevivir, y aquel que merced a esa relativización de la que venimos hablando se pregunta quién no respondería de la misma forma a una situación similar.

Por último, gran número de estos personajes muestran alguna forma de remordimiento y deseo de reintegración en el orden social establecido (aunque sea en circunstancias tan innobles como las de Lázaro). Aunque, como constata la evolución del sujeto con conductas antisociales no psicopáticas, no consiga “enmendarse”, el pícaro es “entendible” para el sujeto prosocial, como el delincuente reincidente de nuestro tiempo se gana una cierta simpatía y reconocimiento popular, mientras no haya un ensañamiento de características violentas.

La literatura francesa tiene a Victor Hugo como prominente crítico de la ignorancia y miseria moral que apenas habían sido atenuadas en los casi trescientos años comprendidos entre el auge de la novela picaresca y sus obras maestras. Su alegato a favor de extender el conocimiento a las clases menos privilegiadas, así como contra la crueldad de las masas y en pos de una aproximación distinta al problema antisocial es clara en obras como *Notre Dame de París* o *Los Miserables*. Este autor nos presenta la necesidad de paliar ambas endemias: ignorancia y pobreza, si se quiere conciliar una convivencia factible entre estratos sociales.

Durante la Revolución Industrial en Inglaterra, la temática del pícaro será revitalizada por el realismo de Charles Dickens en una sociedad que mantiene los rasgos

identitarios de la explotación infantil, la crueldad y la miseria. Personajes como Oliver Twist, primera novela en lengua inglesa protagonizada por un niño, afrontan una existencia en la que la supervivencia viene determinada por la capacidad del individuo para adaptarse a las imposiciones de un ambiente en el que la conducta antisocial constituye la reacción natural a la injusticia y al abuso. La picaresca sigue significando la única vía darwiniana para el sujeto de sobrevivir a un mundo que no aspira a cambiar.

Las conexiones entre los movimientos del realismo y naturalismo literarios, y más tarde del exuberante romanticismo con los sucesivos movimientos políticos y filosóficos del siglo XIX (en especial el positivismo de Comte) son meridianas y contribuirán a esa decisiva transición. Es preciso señalar que Francia alojará a los más egregios representantes de las nuevas sensibilidades en política, filosofía y literatura. No casualmente, existirá también una “sensibilidad” distinta por parte de los primeros médicos interesados en la presente temática cuando comparamos la tradición de la psiquiatría francesa con respecto a la tradición alemana (Esquirol *versus* Koch, por ejemplo). Se empieza a comprender que el inadaptado no emerge del vacío o de la nada, sino de una determinada realidad social, y con este giro copernicano en la comprensión del fenómeno antisocial empieza a proponerse un cambio en las estructuras.

Figuras como Emile Durkheim, Proudhon, Saint-Simon y los otros socialistas científicos, o el propio Disraeli, denunciarán a lo largo del siglo XIX diversas formas de maltrato y explotación (infantojuvenil y del adulto) que nunca se pueden desligar del estudio de los factores de riesgo de conducta antisocial en el joven. Son estos autores quienes junto a algunos de los autores mencionados (por orden cronológico: Victor Hugo, Charles Dickens, Emile Zola, Máximo Gorki) establecerán en sus obras, las bases para la revolución social que el siglo XX prometía traer. Truffaut, en *Los 400 golpes*, ratificará su vigencia.

### 1.1.3. *Delincuencia (criminalidad) y violencia: parte y no todo del fenómeno antisocial*

Expuestas así las ideas precedentes, parecería claro distinguir las conductas traviesas acordes a la edad, las de rebeldía compatibles con el intento de independencia del adolescente, así como la picaresca forzada por la necesidad de supervivencia, de algo tan aparentemente diferente como el estilo de vida parasitario y las conductas abiertamente disruptivas del psicópata o del criminal crónico e inveterado (algunas dirigidas a aprovecharse, sacar ventaja, manipular o extorsionar a los otros; otras con la destrucción y el daño por el daño como mejor objetivo).

Por desgracia, conforme nos alejamos del asegurador constructo de psicopatía de Cleckley y Hare (incluso en el niño), para adentrarnos en el proceloso mar de las conductas antisociales, dicha diferenciación se vuelve cada vez más nebulosa. Enturbiarán nuestra singladura los determinantes económicos, de crianza, de experiencias vitales, de presiones estructurales, de reacciones psicológicas tipo profecía autocumplida,

de reacciones emocionales a la pérdida precoz, de facilitación por el ambiente de la emergencia de rasgos temperamentales concretos y, en definitiva, de un tan variado grupo de vientos que resulta tarea ardua establecer con claridad “en qué aguas nos encontramos” ante el niño o adolescente individualizado.

En lo atinente a la conducta antisocial de corte violento-delictivo, sea esta secundaria a una contumaz configuración de personalidad “dañina para la sociedad” o no, constituye dicho diagnóstico y la intervención subsiguiente una demanda continua y perentoria dada la evolución creciente de las cifras de sujetos que cumplen condenas por delitos juzgados. La población carcelaria total ha alcanzado los 9 millones de sujetos en la segunda década del siglo XXI, aunque es claro que las sociedades europeas postcontemporáneas son las menos violentas de toda nuestra historia. En este sugerido “contrasentido” y a pesar de mantener índices de criminalidad no especialmente altos, ciertos países como España o Reino Unido han aumentado hasta en tres veces su población carcelaria en las últimas dos décadas. Los costes directos e indirectos de ello son escandalosamente altos.

Coincide además una marcada preocupación por los concurrentes incrementos en el número de delitos violentos en edades infantiles y adolescentes, así como por las diatribas acerca de la respuesta legislativa y judicial que debe darse a este problema, a fin de evitar la reincidencia y por tanto los costes personales y sociales a los que aludíamos más arriba. Si todo esto careciese de interés social y económico suficiente, en los últimos años han florecido los datos que, apuntando hacia el origen multifactorial de las conductas antisociales, diferencian subgrupos de sujetos con trayectorias delictivas y que enfatizan cómo las oportunidades para la intervención se reducen muy ostensiblemente pasada la adolescencia.

Como afirmamos, incluso en países de nuestro entorno que pasaban por presentar cifras de violencia y conducta delictiva juvenil o adolescente muy inferiores a las del “patrón oro” de comparación (los Estados Unidos de América), existe una alarma probablemente justificada ante la progresión geométrica de las cifras y la creciente gravedad de tales formas de criminalidad en menores de edad.

Es evidente que en muchos casos el fenómeno de la violencia se gesta en el ámbito doméstico, cobra cuerpo en el académico y puede acabar por impregnar cada rincón de la vida pública del joven sociópata. Sin embargo, nuevamente es esencial reseñar y evitar la equívoca tendencia a confundir en todos y cada uno de los casos el término violencia o delincuencia juvenil con el de psicopatía o sociopatía, o aún más con el del trastorno antisocial de personalidad. La violencia y la delincuencia no son entidades psiquiátricas o médicas, pero sí la psicopatía, el trastorno antisocial de personalidad o los trastornos de conducta disruptiva de la infancia o adolescencia.

Si nos ceñimos al terreno de la violencia, sin duda, habrá quienes argumenten que la realidad “líquida” de la vida postcontemporánea no ha hecho sino agudizar y acentuar los desencadenantes psicosociales que hasta el momento hemos identificado como subyacentes al fenómeno mismo de la criminalidad y de una forma más amplia el del rechazo al respeto de la ley o de la autoridad externa. Se postulará así que la vida urbana,

la desintegración de la familia y la pérdida de autoridad del profesorado son los pilares del “cataclismo” en que estamos inmersos. Este tipo de dramática aseveración se muestra más que cuestionable de acuerdo con multitud de estudios que apuntan a una paulatina morigeración de las conductas violentas físicas menos graves.

Tras las alarmantes cifras que arrojaban los datos epidemiológicos de asesinatos en Estados Unidos en la década de 1980, y siempre mediatizados por las matanzas en guarderías, colegios, cines y centros universitarios de los últimos años, es tentador asumir que, basándose en ello, la violencia ha venido aumentando también en nuestras calles. Sin duda, la letalidad de los episodios violentos alcanza cotas antes no imaginables, tanto más en países de fácil acceso a armas de fuego de repetición, pero esto por sí mismo no apoya ni descarta si los trastornos antisociales o la psicopatía están aumentando o disminuyendo.

En definitiva, lo que tratamos de destacar es que la mayor parte de los sujetos que protagonizan actos violentos o de encarcelados en cumplimiento de medidas judiciales por delitos no comparten nombre y apellidos con los sujetos integrados en las categorías de trastornos antisociales ni psicopatía. Obviamente, estos tres grupos se intersectan, pero aunque las clasificaciones al uso destaquen el epígrafe de la violencia entre los ítems diagnósticos, ni mucho menos todos los sujetos que cometen actos violentos o punibles son psicópatas o antisociales, ni todos los sujetos psicópatas o antisociales cometen actos punibles o violentos.

Removida esta pátina que oscurece habitualmente cualquier avance en la comprensión de los trastornos antisociales y la psicopatía (que es meterlos en un cajón de sastre con la violencia y la delincuencia), cabe adentrarse en otros pormenores.

La discusión del papel que el constructo de la “violencia estructural” pueda tener sobre violencia y delincuencia es sin duda un área interesante, pero una vez más será preciso entender que su papel en los trastornos antisociales y la psicopatía debe estudiarse de manera independiente. Esto es, la exposición a un ambiente tóxico podría generar conductas destructivas puntuales contra el otro o sus bienes, así como ejercer daños duraderos en el núcleo vivencial, configuración de personalidad y de experiencia interpersonal y estilo comportamental del sujeto, si bien ambas cuestiones son bien distintas.

Como se contrastará a través de los estudios sociológicos que han intentado desentrañar la relación entre trastornos antisociales y pobreza, se considera que la miseria, así como los problemas ligados a la misma se limitan a actuar como un disparador de la conducta violenta y delictiva en sujetos ya predispuestos biológicamente o en los que concurren otros factores facilitadores, y no, por tanto, de manera unívoca y universal. Sin embargo, si nos limitamos a observar la incidencia de conductas violentas y delictivas en las áreas deprimidas contrastaremos que efectivamente es mayor, de forma que podríamos llegar a concluir erróneamente que la estructura es la única determinante de la violencia o la delincuencia.

En conjunto, si la investigación psicobiológica más reciente destaca la interacción entre genes y el ambiente biográficamente particularizado como catalizadores conjuntos

del núcleo de personalidad proclive a lo antisocial, al abordar la conducta delictiva-violenta encontramos la influencia del momento histórico y de las condiciones sociales, no solo como determinantes de la factibilidad de expresión de dicha conducta, sino de lo que se considerará la reacción oportuna a la misma.

Un tiempo y espacio dado, como exponíamos con el ejemplo del pícaro, podrá significar que una conducta violenta sea contextualizada como antisocial o no para el observador. Sin embargo, un tiempo y un espacio dado influyen menos en nuestro diagnóstico de si un sujeto concreto es capaz de interiorizar emociones secundarias (amor, culpa, vergüenza, reparación), si es susceptible de experimentar remordimientos o si podrá aprender de las repercusiones negativas de sus actos.

En resumen, probablemente los fenómenos sociales de la violencia y la delincuencia sean algunos de los temas más candentes de nuestro tiempo, pero claramente su estudio, prevención y abordaje corresponden más a la psicología grupal, a la sociología y a la jurisprudencia que a las disciplinas más centradas en el individuo. En contraposición, los núcleos de personalidad patológicos y los patrones persistentes de conducta atañen más a la psicología clínica y a la psiquiatría. Será allí donde la voz de estos últimos profesionales estará realmente autorizada.

## **1.2. Definición del objeto de estudio científico: trastorno de conducta, trastorno antisocial/disocial de personalidad y psicopatía**

Como perfilaremos, dada su extremada importancia epistemológica y jurídica en nuestro ámbito, el término trastorno antisocial de personalidad definido según los criterios clasificatorios de la DSM-5 (o su imagen especular en el niño, denominado oficialmente “Trastorno de conducta”) es producto de una priorización de las connotaciones interindividuales y de repercusión social de la conducta sobre las intrapsíquicas. Dentro de un paradigma en el que la máxima preocupación circula alrededor de la responsabilidad personal y de la “conducta vigilable y punible”, cabe esperar que sea la repercusión nociva sobre los otros individuos la que acapara la atención de las autoridades políticas, e influida por ellas, la del legislador y la de los comités de expertos emisores de las clasificaciones al uso.

El apabullamiento del concepto de “psicopatía” y en su curso el de la “disidencia” que priorizaba el constructo intrapsíquico, en beneficio de los expertos “oficialistas” defensores del paradigma conductual, generó con ocasión de la redacción de la DSM-IV la definición de trastorno antisocial de personalidad y su vigencia en la DSM-5, lo que no ha dejado de ser objeto de controversia y diatriba habitual entre especialistas de distintas disciplinas y distintas escuelas. Se produce así la predeterminación de una forma de categorizar y con ello de teorizar y pensar en este problema global, sometido en los últimos cincuenta años a cobertura mediática exhaustiva.

Sin que ello suponga tomar un partido precipitado, no deja de resultar contradictorio que el concepto de “psicopatía”, desplazado al apartado de “Categorías diagnósticas

propuestas que requieren estudios ulteriores” en la DSM-IV, y pobremente recogido en la DSM-5 como “potencial apellido” para el trastorno antisocial de personalidad, sea el centro gravitacional en torno al cual ha orbitado la mayoría de la investigación biológica y, por extensión, científica novedosa en el área que nos ocupa.

Parece además comprensible la queja, no limitada al terreno de los trastornos antisociales, de destacados investigadores en el área y de algunos clínicos, que se ven forzados a hacer “encaje de bolillos” al compatibilizar la experiencia dimensional de la práctica real con los sistemas clasificatorios y las necesidades jurídicas y políticas.

Semejante reconducción, es decir, la reintroducción de una categoría diagnóstica que recogiese un patrón comportamental e intrapsíquico compatible con el “trastorno sádico de personalidad” de la DSM-III-R constituiría el refrendo a buena parte de la investigación que ha empezado a desvelarnos algunos de los aspectos más misteriosos sobre este subgrupo de sujetos con conductas antisociales al que se ha denominado “psicópatas” o “sociópatas”.

No significaría esto desoír el discurso judicial alertado ante la posibilidad de que el sujeto destructivo pueda escapar al imperio de la ley mediante “argucias diagnósticas”. Procede reseñar que la mayor parte de los expertos defensores de la reintroducción del concepto de psicopatía en las clasificaciones concordarían en la plena responsabilidad del sujeto con un núcleo psicopático, y su indemne capacidad para distinguir entre el bien y el mal.

A partir de estos tres términos: antisocial, psicopatía (y su imagen especular, “menos estigmatizante” y más centrada en la parcela externalizante, sociopatía) y sadismo, se han sucedido las propuestas de nuevas terminologías y de subclasificaciones sindrómicas que si bien con ánimo clarificador no han hecho sino complicar aún más la conceptualización. Como breve reseña y a fin de facilitar la lectura de otros textos se aporta en la bibliografía referencias de revisiones históricas que recogen las distintas denominaciones y las correspondencias cuando estas son factibles, entre los términos de unos y otros autores (Buzina, 2012: 24).

### *1.2.1. Trastorno disocial vs. Trastorno de conducta*

Para acabar de complicar la situación, cuando queremos restringir el estudio de las conductas desviadas del niño y el adolescente (y la potencial presencia de un núcleo de frialdad y falta de empatía hacia los perjudicados por su conducta) nos tropezamos con una nueva dificultad descriptiva y de su correlato semántico.

Intentando hacer ostensible que la comunidad clínica (y otras estructuras como la judicial) debe adquirir una consideración evolutiva del decurso moral del niño, es que se concibe el término trastorno disocial. Semejante categoría pretende esquivar la complicación de realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad (antisocial o de otra clase) en un individuo en el que asumimos que la personalidad está aún por configurarse y terminarse de perfilar.

A pesar de sus loables intenciones, desde pronto la capacidad explicativa y la utilidad práctica del diagnóstico de trastorno disocial se ponen en entredicho y recibe críticas desde diversos sectores de la atención del niño y también del adulto. De una parte, existe una consistente bibliografía que sostiene la estabilidad del constructo de psicopatía a lo largo de la adolescencia y cuestiona en consonancia la esperanza de “grandes cambios” que aparejará la maduración en términos de personalidad, cuando los rasgos psicopáticos se constatan ya en etapas iniciales de la vida.

Como muestran en su artículo “The stability of psychopathy across adolescence”, Lynam y colaboradores evalúan la fiabilidad, estabilidad individual y la utilidad predictiva del concepto de psicopatía juvenil en función de la edad. Valoraron a más de 1.500 niños de tres cohortes incluidas en el Pittsburgh Youth Study, evaluando la hipótesis de que si de hecho la adolescencia influye de manera marcada en la inestabilidad de los rasgos caracteriales, tendrían que observarse fluctuaciones importantes relacionadas con la edad en los tres conceptos epidemiológicos mencionados (validez, estabilidad y utilidad predictiva), en especial en los últimos años de la misma, momento en el que distintos cambios normativos podrían influir en el nivel de psicopatía. Sus resultados no muestran tales fluctuaciones, sino, antes bien, que la psicopatía juvenil, determinada mediante la aplicación de la versión corta de la CPS, podía establecerse de forma fiable como iniciada en la infancia, era estable a lo largo de intervalos cortos y largos de tiempo y mostraba escasa fluctuación, prediciendo actos delictivos a lo largo de toda la adolescencia.

Ni que decir tiene que la definición y nomenclatura del trastorno de conducta de la infancia DSM-IV tampoco ha salvado la mirada escrutadora de algunos investigadores. En última instancia nos encontramos ante el problema de si la categorización es en sí misma posible cuando hablamos de niños y adolescentes, y simultáneamente pretendemos considerar dichas etapas vitales como separadas por un hiato elástico de la edad adulta, que según las necesidades diagnósticas del momento podemos estirar o encoger.

Como se tratará con más detalle en futuros capítulos, el trastorno antisocial de personalidad del adulto DSM-IV (o trastorno disocial de personalidad CIE-10) expresa que debe existir un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás desde la edad de 15 años, que se deben haber cumplido los 18 y que existen pruebas de un trastorno disocial (de la infancia) que comienza antes de los 15 años. Más allá de la confusión terminológica que incluye el uso en sendas categorías del término disocial (aplicado a la personalidad del adulto en la DSM-IV y a la psicopatología infantil de eje I en el niño), surgen cuestionamientos de gran calado.

### 1.2.2. *Psicopatía vs. sadismo*

De estar presente, pues, el concepto de núcleo “psicopático” trasciende y para muchos autores precede a la conducta (abiertamente criminal o sutilmente inmoral) reposando sus

raíces sobre el sustrato “intraprésico” de personalidad y extendiéndose en forma de aproximación manipulativa o parasitaria del sujeto en su relación con el otro, y con la sociedad como un “otro” global.

Etimológica y conceptualmente, el término psicopatía aporta tan heterogénea información como los contextos de aplicación en que los pioneros lo utilizaron. Probablemente, esta sea una de las críticas más consistentes y relevantes realizadas por los detractores de su mantenimiento en las clasificaciones. A pesar de que su emergencia es coincidente con el nacimiento de la ciencia entendida en sentido moderno, en desigualdad de condiciones con otros campos del saber, su desarrollo ha sufrido los mismos vaivenes que la misma psiquiatría.

Por otra parte, la evolución y fortuna del término en sí mismo ha sido diferente en Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania. Mientras que en Estados Unidos, Benjamin Rush ya había descrito en su obra de 1812, *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*, pacientes con una depravación moral preternatural innata, será en Europa y más concretamente en Alemania donde se concebirá el término psicopatía.

Irónicamente, merced al propósito desestigmatizante de Koch en 1891, surge el término “inferioridad psicopática”, momento en que se encuentra por primera vez el adjetivo psicopático. Este concepto pretendía ser un avance eufemístico sobre los de “manía sin delirio” de Pinel o el de “locura moral”, que a pesar de todo se mantendrían vigentes hasta pasada la primera mitad del siglo XIX. Como resulta claro, en su origen “la inferioridad psicopática o la psicopatía” es una denominación que implica básicamente que se considera que el sujeto psicopático está “psicológicamente dañado”.

No sorprenderá por tanto que en las primeras décadas desde su formulación una gran mayoría de autores se relajen haciendo uso hiperinclusivo del término, como se puede constatar en textos seminales como los de Emil Kraepelin. Los tentáculos de su pensamiento se extenderán durante más de 50 años por las diversas reediciones de su *Psychiatrie: ein Lehrbuch*, y por multitud de obras que aceptan su influjo. Psicopatía, en definitiva, debe traducirse en estos autores y este tiempo por sinónimo de enfermedad mental de forma casi genérica, sin añadir demasiada información descriptiva.

Cierto es que, heredero él mismo del concepto de “locura moral” pero influido por la entonces imperante teoría de la “degeneración”, Kraepelin modificará paulatinamente su terminología (quinta, sexta y séptima edición de su obra, entre los años 1890 y 1905). En dicho periodo histórico, última década del siglo XIX y primera del XX, el término acuñado por Kraepelin y empleado de forma definitiva para referirse a esta constelación de rasgos y conductas será el de “estados psicopáticos”. Solo será en la séptima y octava edición de su obra cuando proceda a incluir entre estos estados psicopáticos, producto de la “degeneración”, diferentes tipologías de personalidad desviadas, entre ellas la que hoy podríamos considerar equivalente a la categoría “antisocial”.

En resumen, Kraepelin estaba configurando mediante este decurso conceptual toda una teoría sobre los trastornos de personalidad. De ahí que el referido término de “estados psicopáticos” sea mucho más amplio de lo que entendemos hoy al utilizar el término “psicopatía”. O en otras palabras, para Kraepelin nuestra psicopatía de hoy sería

solo una tipología de sus estados psicopáticos.

Su inicial disquisición de 1904 de cuatro tipos de personalidades que sí podría considerarse divisiones del concepto actual de trastorno antisocial: “mentirosos patológicos y estafadores”, “criminales por impulso”, “criminales profesionales” y “vagabundos patológicos”, para 1915 se vio transformada en dos grandes grupos de “estados psicopáticos”. Un primer grupo que incluye los de “disposición mórbida” y otro que representaría a quienes presentan “personalidades peculiares”. Entre los de disposición mórbida figurarían sujetos con trastornos de la impulsividad, obsesivos y con desviaciones sexuales. Las “personalidades peculiares” incluirían siete prototipos: el excéntrico, el excitable, el impulsivo, el inestable, el mentiroso patológico/estafador, el antisocial y el pendenciero. Los tres últimos de esta lista solapables con nuestro concepto actual de trastorno antisocial de personalidad.

La indiscutible influencia del primer Kraepelin, demasiado extensa para rastrear en detalle, llegará a Bleuler, donde todavía podemos hallar la etiqueta “psicopático” como genérica y aplicable a cualquier forma de trastorno de personalidad. Innumerables profesionales aún en activo reconocerán la presencia de estas clasificaciones en su propia formación.

En una bifurcación de esta evolución histórica del concepto de psicopatía, Richard von Krafft-Ebbing publica en 1895 su *Psychopatia sexualis*. Con dicho título y el contenido de esta obra nos está dando una pista de la tenebrosa deriva que asumirá el término durante el siglo XX. Sobre la aplicación de este denominador de primer rango “psicopatía” se añade, según el caso, un “apellido”, un matizador del tema que focaliza su trabajo, en este caso la del delincuente sexual de su tiempo.

Será también el psiquiatra y protosexólogo alemán quien a lo largo de su obra perfilará el término “sadismo”, que en algunas obras de autores contemporáneos sustituirá al de “psicopatía”. Producto de su lectura de las obras del Marqués de Sadé, Krafft-Ebbing define el término, de forma circunscrita al terreno de la conducta, como la obtención de placer a través de infligir daño, sufrimiento o humillación a un objeto sexual, pero la expansión del término se produce rápida y desordenadamente.

No es esta extrapolación del término la única reticencia a su posible sustitución del término de psicopatía. La expansión y buena acogida del término sadismo en la literatura psicoanalítica constituye una prominente complicación terminológica que relega aún más su posible aplicación a la descripción clara y comunicable de este patrón de personalidad entre profesionales con distintas formaciones y pertenecientes a distintas escuelas. Ello se debe a la ampliación del término “sádico” desde su aplicación en la conducta amorosa hasta terrenos mucho más amplios y vagos, pero también a la significación casi antitética que unos y otros autores dentro y fuera del psicoanálisis le han otorgado.

En medio de estas galimatías, la pregunta sería si cabe rescatar una concepción holística para todos estos términos de implicaciones terapéuticas mantenidas hoy. Desde su propia descripción, el individuo que desafía la moralidad y normativa de un contexto social concreto ha generado dos reacciones contrapuestas en la comunidad clínica. Una, la mayoritaria, ejemplificada por la psiquiatría centroeuropea (alemana, danesa), defiende

la reacción contundente de la sociedad contra el psicópata. Surgen así las castraciones de los agresores sexuales, el internamiento de por vida, las proposiciones de eugenesia y la idea de incurabilidad e irreversibilidad de la psicopatía. De otro lado, sostenida por la psiquiatría francesa (Morel) y por una línea de profesionales de otras disciplinas (protosexología, psicoanálisis, psicología conductual) existe una mirada más compasiva al trasfondo psicopático en la conducta antisocial. El ejemplo más extremo lo supone la aportación de Havellock Ellis en Gran Bretaña a través de su controvertida interpretación del fenómeno sádico.

Fuera del puntual ejemplo del sexólogo inglés, por lo que respecta a la psiquiatría británica, la persistencia y registro del término psicopatía en la Mental Health Act es un hecho determinante, no sólo por lo que su conexión jurídica implica, sino muy especialmente por el tratamiento que se le otorga en dicho texto. En este sentido, uno de los aspectos que algunos autores han criticado es la idea de “incurabilidad” que la ley concede al concepto registrado como “psicopatía” en la Mental Health Act, y al estatuto que dicho carácter concede a cualquier forma de enfermedad.

Por su parte, la psiquiatría americana ha relegado el término “psicopático”, favoreciendo el de trastorno antisocial de personalidad. Se consolida así el fenómeno acuñado con el término de “transmogrificación” profundamente analizado por autores como Blackburn. Heurísticamente, en Estados Unidos y otros muchos países influidos por la categorización americana, el foco del problema ha dejado de estar en el sujeto dañado psicológicamente y se ha puesto en el sujeto socialmente dañino.

Este grupo científico autoconsiderado más pragmático ha pretendido disolver (ya que no resolver) la crueldad humana y el placer ante la manipulación, cuando no el daño directo al otro, presentes desde los orígenes de la propia esencia humana, en el más laxo y epifenoménico magma de la conducta antisocial y del trastorno antisocial de personalidad. Pero la pérdida del núcleo existencial del sujeto psicopático o sádico no es una concesión permisible ni para la comprensión psicopatológica de algunos individuos que presentan conductas antisociales ni para la investigación en el terreno de los trastornos de personalidad, ni en la legítima aspiración a consolidar sociedades más humanizadas.

La otra propuesta, minoritaria y más marginal, pero aún con defensores de gran talla intelectual ha pretendido “diluir” la psicopatía aprovechando el concepto de modernidad líquida propuesta por Baumann, o por mejor decir, han postulado que los límites de la normalidad son móviles y no estancos, viniendo determinados por la coyuntura socioeconómica e histórica que obra sobre los grandes grupos poblacionales. A pesar de los inexcusables datos sociológicos que fundamentan esta tesis y de su mirada amable al sujeto objeto de atención, no pueden desdeñarse los riesgos de asumir en terapia una postura permisiva ante el sujeto psicopático, en el que determinadas conductas antisociales de intenso sadismo resulten normalizadas y con ello, pudieren tergiversarse como convalidadas por el profesional.

### *1.2.3. Conclusiones y propuesta terminológica*

Llegados a este punto, puede aceptarse que la tipificación y denominación de los problemas que se abordarán en este trabajo no ha sido todavía resuelta de modo satisfactorio. De una forma general, por tanto, es esencial poner en claro la terminología que se empleará y con qué sentido a lo largo de estas páginas.

El término “trastorno antisocial de personalidad” quedará limitado a su empleo cuando se apele a diagnósticos del adulto realizados de acuerdo con la clasificación vigente en el momento de redacción de este texto, es decir, la DSM-5.

El término “antisocial” y derivados se utilizarán de forma inclusiva (niños o adultos) para todos aquellos sujetos que presenten o no un núcleo psicopático, pero cuyas alteraciones fundamentales sean conductuales y de desafío a los derechos básicos, propiedad o integridad física de los demás. El término “disocial” se aplicará a niños de forma exclusiva y la categoría diagnóstica DSM-IV de “Trastorno disocial” prevalecerá. La categoría diagnóstica CIE-10 de “trastorno de conducta” se intentará evitar por el riesgo de confundir al hispanoparlante con el más vago concepto general de “trastornos de conducta o conductuales”.

El término “psicopatía” y derivados se utilizarán para expresar el patrón definido de frialdad emocional, falta de empatía y de remordimientos, ilustrado por Cleckley y continuado por Hare. El término “sociopatía” se utilizará para referirse a la externalización social del núcleo “psicopático”.

El término “sadismo” y derivados se utilizarán como calificadores de síntomas o estructuras pero no como una forma de trastorno de personalidad específico.

Los términos de “limitadas emociones prosociales”, “dureza e insensibilidad afectiva” o similares, así como otros especificadores de la DSM-5, no se utilizarán regularmente, prefiriéndose el concepto de psicopatía o psicopático.

## 2

# *Epidemiología para la prevención*

“Las entidades no deberían ser multiplicadas innecesariamente”.  
Guillermo de Occam

Las clasificaciones psiquiátricas como la DSM en sus últimas ediciones vienen considerando durante décadas que para hablar de trastorno de conducta deben cumplirse tres criterios, que además son prácticamente norma extensiva para la mayor parte de diagnósticos psiquiátricos:

1. Curso persistente.
2. Intensidad y gravedad significativa.
3. Repercusión global sobre las diversas dimensiones de la vida del sujeto.

Si equiparamos el estilo conductual de un individuo con un objeto móvil que debiera discurrir por un ancho de vía bastante estable, podríamos decir que para hablar de trastorno de conducta en la infancia o adolescencia hemos de encontrarnos ante un tranvía que ha descarrilado de sus raíles convencionales, da bandazos y que amenaza con ganar inercia campo a través y originar crecientes daños, tanto para el sujeto que lo conduce como para lo que le rodea.

Precisamente por ello resulta esencial poder identificar precozmente los decursos conductuales que apuntan el riesgo de descarrilamiento al que aludimos, y este es uno de los objetivos fundamentales de la epidemiología. Muchos son los factores de riesgo analizados, pero es preciso aplicar un principio de parsimonia que ayude al clínico a saber en qué pacientes y situaciones debe extremarse la atención y el apoyo institucional.

### **2.1. La magnitud del problema**

Si bien la aparición de conductas contrarias a la normativa social como hecho aislado o puntual puede considerarse un fenómeno universal en la evolución moral y de socialización del individuo, existen sujetos en los que la reiteración o la gravedad de tales conductas disruptivas adquirirán una entidad no evolutiva.

Esta solución de continuidad entre la “conducta problemática” y el “trastorno de

conducta” ha sido abordada de manera diáfana por autores como Loeber y ha de mantenerse en la mente del profesional sin excepción. Sin embargo, incluso literatura reciente puede acabar mezclando estos términos y habrá situaciones en que un sujeto con un trastorno de conducta presente conductas problemáticas efímeras distintas al núcleo de su problema clínico.

Cuando bajo estos postulados, específicamente nos adentramos en el trastorno de conducta, en ciertos casos el desafío muy precoz y persistente del normativismo social establecido sugerirá que el código moral y social nunca se interiorizó o hizo propio (aspecto que contempla la CIE-10, pero no las clasificaciones americanas). En otros, transgresiones tardías debutando en la adolescencia se volverán crecientes y podrán abocar a una ruptura definitiva y difícilmente reversible con ese enemigo multicefálico en que el sujeto transfigura la sociedad. Estas dos evoluciones tan distintas, compartiendo no obstante el contenido antisocial, difieren significativamente en muchos otros aspectos etiológicos y pronósticos.

Semejante disquisición importa cuando intentamos establecer las cifras de sujetos con trastornos antisociales. Como se puede comprender, la definición del objeto de estudio (trastorno disocial, antisocial, psicopatía) y las edades de los sujetos estudiados, junto con la metodología seguida, es altamente determinante de las cifras que se comunican. Estos valores, materializados en costes directos e indirectos son clave para la consideración política de la relevancia de abordar este problema.

Distintos estudios en los últimos treinta años han cuantificado la presencia de un trastorno de conducta entre el 3 y el 5% de los sujetos en las distintas poblaciones infanto-juveniles estudiadas. En concreto, el estudio pionero de la Isla de Wight sobre sujetos de 11-12 años halló una prevalencia del 4,2%. La Ontario Child Health Survey, aplicando criterios DSM-III a niños y adolescentes entre 4 y 16 años, determinó una prevalencia de 5,5%. En su estudio de 1996, Costello *et al.*, replican de forma concordante estas cifras en el estado de Carolina del Norte analizando a sujetos de entre 9 y 13 años, fundamentalmente procedentes del ámbito rural estadounidense.

Compendiando estas cifras, podríamos establecer que, en promedio, por cada aula escolar de 25 alumnos (no seleccionados), 1 sujeto presentaría un trastorno de conducta de acuerdo con criterios DSM-5.

### *2.1.1. La cuestión del sexo en relación con las prevalencias*

Como es bien sabido, existe una marcada y significativa mayor prevalencia de trastornos disociales entre niños que entre niñas en todos los estudios realizados y en todos los contextos culturales. Se estima así que la prevalencia de la categoría diagnóstica de trastorno de conducta con criterios DSM-IV entre niños varones duplica los porcentajes encontrados en niñas.

En el “Copenhaguen Child Cohort” (Eberling, 2010), un estudio de cohortes sobre 3.500 niños y niñas daneses para evaluar la prevalencia y predictores de problemas

mentales, se volvió a ratificar el mayor riesgo para los varones incluso en esta última generación, con una prevalencia global del 3,0% para el trastorno de conducta. Esta cifra, aun quedando por debajo de los hallazgos de otros países europeos, se halla en consonancia con las obtenidas en otros países nórdicos.

Lugar común, la idea de que el sujeto adulto con un trastorno antisocial está infrarrepresentado en los ámbitos de atención psiquiátrica choca en realidad con su altísima comorbilidad con trastornos por abuso y dependencia de sustancias, así como con las “complicaciones somáticas y psiquiátricas” que aparece.

Ello ha generado la idea de que lejos de no “tenerlos ante los ojos”, los diversos profesionales sanitarios tienden a padecer este extraño escotoma o a “mirar hacia otro lado” y no detectar o reconocer la concurrencia antisocial en los sujetos que atienden. Para el profesional en continuada relación con la infancia y que no presenta una formación específica podría existir un fenómeno parecido de subestimación o explicación de la disconducia en términos distintos a la consideración psicopatológica.

No parece probable que incluso considerando la mayor tendencia a diagnosticar el trastorno límite de personalidad en mujeres adultas que en los hombres, ello pueda explicar por sí sólo el hiato entre las cifras de trastornos antisociales encontradas en hombres con respecto a las mujeres mayores de 18 años.

Centrándonos ya en población mayor de 18 años, algunos estudios apuntan a unas cifras de trastorno antisocial de personalidad según DSM-IV en el 8% de los varones adultos y en el 3% de las mujeres atendidas por médicos de atención primaria. Ello significaría que, desde la infancia, el hiato entre sexos con respecto al diagnóstico de trastornos antisociales se expande hasta doblarse.

En concreto, las cifras encontradas por el estudio epidemiológico ECA (Epidemiological Catchment Area) sobre más de 20.000 sujetos en cinco áreas de Estados Unidos halló unos porcentajes de diagnóstico de trastorno antisocial de personalidad según los entonces criterios vigentes DSM-III del 2-4% entre hombres y del 0,5-1% en mujeres. Debe recordarse que la metodología de este estudio fue cuando menos controvertida, pero en contraposición a otros diagnósticos, se cree que las características prototípicas del trastorno antisocial de personalidad antes bien habrían conducido a que se subestimase las cifras reales en la población y no a sobreestimarse.

Dando un paso más, cuando de nuevo apelamos a las cifras en adultos para analizar la concentración o dispersión ahora ya de la conducta delictiva en la población general, se establece que una limitada población del 4% de los varones y de un 1% de las mujeres explicarían hasta el 20% de la población carcelaria y entre un 30 y un 80% de los sujetos que presentan conductas delictivas recurrentes.

En traducción, esto significaría que poder detectar ese pequeño porcentaje y centrar esfuerzos en ellos podría conllevar una marcadísima reducción en los costes personales, familiares y sociales asociados a las conductas antisociales punibles.

De cualquier forma, la epidemiología descriptiva no puede aportar toda la información para el objetivo principal de este libro, esto es, poder incidir en la aparición y en el tratamiento de este esencial problema de nuestras sociedades.

Aunque en este libro existen capítulos específicos sobre los aspectos más biológicos y psicológicos involucrados por la especulación e investigación en la génesis de los trastornos antisociales, optaremos por aprovechar las próximas páginas para sentar las bases de las hipótesis surgidas de la sociología o que priorizan la explicación sociológica en la etiopatogenia de estos trastornos.

### *2.1.2. Ámbito rural y urbano. La influencia del fenómeno migratorio*

Apuntar de entrada la diferenciación entre los ámbitos urbanos y rurales es de capital importancia, ya que en contraposición a ideas preconcebidas, de manera repetida se ha descartado la relación unívoca entre el ámbito urbano y una mayor aparición de conductas antisociales. Por el contrario, distintos estudios han demostrado que lo verdaderamente determinante son condicionantes intermedios como, por ejemplo, la situación socioeconómica subyacente al ámbito (ya rural o urbano) o la forma de crianza, por lo que sería más frecuente la aparición de conductas disociales en los contextos de pobreza, marginalidad, inmadurez parental y exclusión social, ya estén estos ubicados en uno u otro contexto.

En un mundo globalizado, un análisis epidemiológico riguroso requiere incluir también los efectos de la migración en la ecuación del trastorno de conducta. Esta movilidad migratoria debe estudiarse no solo como el flujo desde un país a otro, sino también desde el ámbito rural al urbano. Así el estudio de poblaciones sujetas al fenómeno permite una vía de análisis complementaria a la aportada por los estudios de concordancia basados en gemelos y adopciones, a fin de determinar la influencia respectivamente de la contribución genética y ambiental a los trastornos de conducta.

En su estudio “Migration from Mexico to the United States and conduct disorder: a cross-national study” (Breslau, 2011), investigadores de la RAND Corporation compararon tres generaciones de sujetos de origen mexicano que habían migrado a Estados Unidos:

1. Miembros de las familias de origen de emigrantes mexicanos a Estados Unidos (residentes en México).
2. Hijos de emigrantes mexicanos criados en Estados Unidos.
3. Hijos de origen México-americano nacidos de padres ya nacidos en Estados Unidos.

El riesgo de trastornos de conducta seguía esa misma secuencia con cada nueva generación era menor en la población mexicana que aún vivía en México, mayor en los hijos de emigrantes mexicanos criados en Estados Unidos, y aún superior en la generación de hijos de origen México-americano nacidos de padres ya nacidos en Estados Unidos.

Dicho aumento de riesgo era mayor para las manifestaciones no agresivas que para

las agresivas, lo que concordaba con la idea generalizada de que los síntomas no agresivos del trastorno de conducta están más influidos por factores ambientales. En el capítulo sobre aspectos clínicos se profundizará en esta última distinción entre conductas abiertamente agresivas y otras antisociales no agresivas, fértil terreno para recientes investigaciones sobre sus diferentes factores de riesgo.

### *2.1.3. Estudios epidemiológicos poblacionales: cifras en el adulto*

El estudio ECA-NIMH fue iniciado en Estados Unidos en 1977 en un intento de establecer la prevalencia e incidencia de trastornos mentales, así como las necesidades y utilización de servicios por las personas con enfermedad mental.

Se seleccionaron para la muestra más de 3.000 sujetos de la comunidad y 500 residentes de instituciones en New Haven, Baltimore, St. Louis, Durham y Los Angeles. Los equipos constituidos por “no especialistas” de las cinco universidades involucradas realizaron dos tandas de entrevistas personales practicadas con un año de intervalo entre sí, así como una entrevista telefónica intermedia.

Es bien conocido que la característica tendencia a mentir, manipular o distorsionar su historia biográfica y psicopatológica junto con los erráticos estilos de vida de los sujetos con trastorno antisocial de personalidad hacen difícil cualquier forma de estudio transversal llevado a cabo en la comunidad. El estudio ECANIHM, por otra parte, se basó en la entrevista diagnóstica clínica DIS para la clasificación DSM-III. A pesar de la falta de vigencia de esta clasificación y como anticipábamos, las cifras de trastorno antisocial de personalidad alcanzaban el 4% en los varones y el 1% en las mujeres.

Un intento de salvar estos posibles sesgos del ECA perseguiría evaluar la prevalencia de trastornos antisociales en muestras con poblaciones más fijas y consistentes a lo largo del tiempo, esto es, muestras de personas institucionalizadas, carcelarias, militares o de otro tipo (personas sin hogar, sujetos ingresados en plantas de psiquiatría).

Claramente, los resultados de dichos estudios no pueden generalizarse a la población general, pero aportan una información valiosa sobre los ámbitos a los que se refieren y permiten diseñar estrategias de atención más racionales cuando, como es el caso, los recursos de prevención y actuación precoz son más que limitados.

Cuando estrictamente nos referimos a la psicopatía o a rasgos psicopáticos, un reciente buen ejemplo de investigación epidemiológica poblacional, y por tanto no circunscrita al ámbito carcelario (lo que es la norma), lo constituye un trabajo en Reino Unido (Coid, 2012) en que investigadores de la Universidad de Londres aplicaron instrumentos estandarizados para establecer la presencia de psicopatía y rasgos psicopáticos en población general.

En una muestra comunitaria de 638 sujetos con edades entre 16 y 74 años radicados en Inglaterra, Gales y Escocia hallaron una prevalencia de psicopatía del 0,6%, utilizando un punto de corte de 13 en la versión de cribado de la escala más habitualmente empleada en el estudio de la psicopatía (PCL).

Sin embargo, la conclusión más relevante añadida de este estudio es que la distribución de rasgos psicopáticos en la población general seguiría una distribución seminormal. Se propone así una mayoría de sujetos sin rasgos psicopáticos, un porcentaje importante de sujetos con valores “no cero” y un subgrupo de personas que presentan importantes alteraciones conductuales y repercusión social por sus rasgos.

Como puede observarse pues, y salvando las diferencias metodológicas, por cada 4 diagnósticos de trastorno antisocial de personalidad en Estados Unidos podríamos decir que se realizaría un diagnóstico de psicopatía en Reino Unido. En otros términos, el diagnóstico de psicopatía es más restrictivo y se estima que no superaría el 1% de la población, mientras que la aplicación de criterios diagnósticos más basados en las conductas delictivas y no tanto en los aspectos intrapsíquicos arroja cifras entre 3 y 4 veces superiores.

## **2.2. Historia natural: el curso**

¿Pero cuál es la evolución natural de los sujetos con diagnóstico de trastorno de conducta según DSM-IV y por tanto en quienes no se establece ni se descarta la existencia de un núcleo psicopático? La respuesta a esta pregunta clásica, de trascendencia no solo clínica, sino claramente heurística, sigue reclamando la atención de diversos grupos diseminados por el mundo. En este sentido, no solo interesa encontrar respuesta a esta cuestión por la propia evolución del cuadro antisocial, sino por las comorbilidades y apariciones de otras enfermedades mentales que pueden surgir.

En un pionero artículo en Estados Unidos (Teplin, 2012), sus autores se proponían conectar ambos campos de investigación, intentando subsanar la escasez de datos sobre la evolución psiquiátrica en los años subsiguientes a la detención y el cumplimiento de una condena. Se centraban, como es palpable, en la conducta antisocial delictiva y detectada, que como se insistirá no es un correlato exacto del constructo más global de conducta antisocial.

Hecha esta salvedad y partiendo de una muestra obtenida entre jóvenes que cumplían medidas judiciales, se rastreaba su ulterior evolución, una vez regresaban a sus comunidades y eran seguidos por los servicios de salud mental comunitaria. Realizado sobre un total de 1.829 jóvenes procedentes del Cook County Juvenile Temporary Detention Center, en Chicago, los resultados demostraban que después de cinco años de la evaluación (realizada en el momento de la detención), más del 45% de los varones y casi el 30% de las mujeres presentaban 1 o más trastornos psiquiátricos.

Globalmente, los trastornos por abuso de sustancias eran los más frecuentes, y cuando se analizaba por sexos, las mujeres presentaban porcentajes superiores de depresión mayor. Debemos detenernos aquí en resaltar que, de forma inversa a como las prevalencias de sujetos con trastornos de conducta disminuyen tras la adolescencia, conforme el niño crece la tendencia en población general es a que los porcentajes de trastornos psiquiátricos aumenten.

Ya en los años 1940, los clásicos estudios de Sheldon Glueck habían apuntado a que no todos los niños con trastornos de conducta en la infancia mantendrán un patrón desadaptativo de desafío a las leyes en su vida adulta. No obstante, también se destacaba el mal pronóstico de los niños con conductas más desviadas (esto es, las que requieren intervención legal) y de aparición más precoz. Dicho mal pronóstico incluía cumplir condenas en cárcel por delitos, presentar peores resultados académicos y menores ingresos económicos, así como experimentar más problemas familiares.

De una forma más detallada, en su trabajo de 1956, los Glueck apuntarían a la posible identificación de delincuentes en potencia tan precozmente como a la edad de 2-3 años. Globalmente, los hallazgos de los Glueck han soportado incólumes análisis de sus datos computerizados más recientes. Dichos reanálisis realizados por Sampson y Laub arrojan resultados confirmatorios y consistentes con buena parte de las publicaciones existentes, entre las que destacan los trabajos de Caspi y Moffitt.

Si avanzamos unas décadas desde los pioneros trabajos de los Glueck, un trabajo de Robbins todavía hoy influyente sentará las bases para que se siga considerando de radical importancia los antecedentes de trastornos de conducta en la infancia o adolescencia para el ulterior diagnóstico del trastorno antisocial de personalidad del adulto.

Su trabajo resulta cardinal para comprender no solo aspectos controvertidos de la actual clasificación diagnóstica, sino la consistente tendencia de distintos grupos de investigación en el hallazgo de que los aspectos psicológicos y los aspectos biológicos inciden de forma diferente sobre los trastornos de conducta dependiendo de que presenten o carezcan de núcleo psicopático.

De esta forma, varias teorías, entre las que se destaca la taxonomía de Moffitt, concuerdan en que existiría un subgrupo diferencial de niños o adolescentes con trastornos de conducta, en los que el componente “social” de “presión por pares” sería más importante que el genético-temperamental. De algún modo, la ubicua aparición de conductas ilegales en niños y adolescentes con carácter “probatorio” se vería relegada conforme la presión grupal se diluye o desvanece y el adolescente establece contactos sociales más firmes y prosociales. Como es evidente, este desapego se produce característicamente durante la adolescencia tardía, momento en que los porcentajes de trastornos de conducta empiezan a caer.

En oposición existiría un subgrupo de “sujetos antisociales natos” cuya estirpe genética se iría desplegando desde el mismo momento de su concepción y empezaría a dar la cara muy prematuramente. Al hilo de esta apreciación conviene retroceder un momento para avanzar un poco más por otro derrotero, ahora desde la perspectiva evolutiva.

En concreto, debemos profundizar en las diferencias en cómo factores genéticos y ambientales, modificables y no modificables, influirían en la prevalencia de los trastornos de conducta y de la psicopatía entre ambos sexos, así como avanzar en el análisis de algunos estudios que han tratado de indagar en la trayectoria de varones y mujeres diagnosticados como antisociales desde su infancia hasta la edad adulta.

### 2.2.1. *La cuestión del sexo y de la edad como determinantes de la trayectoria*

En virtud de las cifras de prevalencia de trastornos de conducta en la infancia presentadas (3-5%), con una relación varón:mujer de 2:1, resulta necesario reanalizar en más profundidad los hallazgos anticipados del ECA sobre población adulta y que arrojaban un diagnóstico de TAP en el 2-4% de los hombres y del 0,5-1% en mujeres. Como es obvio, la tendencia observada implica que la relación para el TAP entre sexos en el adulto ha aumentado el desequilibrio ya presente en los trastornos de conducta en la infancia (2:1) hasta rondar la relación de 4:1.

En un intento de avanzar sobre los determinantes de la aparición de conductas antisociales, y basándose en el análisis de la cohorte Dunedin, Moffitt establece la asociación de diferentes factores de riesgo de acuerdo con los distintos momentos evolutivos del joven, de forma prospectiva (y por tanto, menos sujeta a sesgos). Más en detalle, analiza el desarrollo de la conducta antisocial de inicio en la infancia *versus* la adolescencia, estableciendo además la diferenciación entre sexos.

En lo concerniente a la aparición de conducta antisocial en la infancia se encontraban tres antecedentes más significativos:

1. Problemas en la crianza y educación parental deficitaria.
2. Déficits neurocognitivos preexistentes.
3. Problemas temperamentales y conductuales precoces.

Estos tres factores, sin embargo, no demostraban semejante asociación estadística en el grupo de sujetos con aparición de las conductas delictivas durante la adolescencia. Las relaciones entre sexos en este ejemplo modélico de investigación longitudinal concienzuda eran de 10:1 para la delincuencia aparecida en la infancia, mientras que los casos surgidos *de novo* en la adolescencia prácticamente arrojaban la paridad entre los sexos 1,5:1. Para los casos de primera aparición en la adolescencia, las mujeres presentaban idéntica nula asociación con los factores de riesgo hallados como sí relacionables en los casos de niños y niñas con conductas delictivas.

En su artículo de 2008, Odgers y colaboradores publican la potencial agrupación evolutiva desde la infancia en forma de cuatro trayectorias distintas. Así, se podría delinear un curso persistente a lo largo de la vida, un curso limitado a la adolescencia y dos formas de cursos breves autolimitados. Establecían un gradiente de problemas adultos futuros en esa misma secuencia: los problemas sociales, familiares y económicos más graves aparecían en el estrato de sujetos con un curso persistente a lo largo de la vida, seguido del grupo con un curso limitado a la adolescencia. Como último corolario establecían que más hombres que mujeres presentaban un curso persistente a lo largo de la vida.

Estos dos trabajos y autores revitalizan por tanto dos discusiones de inmenso calado y no resueltas satisfactoriamente. Una es la de la distinción causal que determinaría la

preponderancia de las peculiaridades psicológicas intraindividuales en la conducta antisocial manifestada precozmente. En oposición, se otorgaría mayor peso específico de los “agentes causales externos” sobre la conducta socialmente dañina del trastorno antisocial de inicio tardío. La otra es el carácter dimensional y no categorial del constructo que pretendemos elucidar y que como veíamos también podría afectar a la psicopatía y a los rasgos psicopáticos.

A este tenor, resulta interesante que trabajos de orientación sociobiológica hayan intentado establecer cómo las circunstancias sociales, y obviamente la determinación de estas por la coyuntura histórica acompañante, influyen de manera decisiva en la incidencia de la conducta antisocial, esto es, en la aparición de nuevos casos.

Según este presupuesto, las tensiones políticas, económicas y de los grupos de referencia (por tanto de los “pares” del sujeto y de otras generaciones previas o posteriores) modularían la emergencia de las conductas antisociales en la población. En esta, los rasgos facilitadores de la conducta antisocial tendrían una distribución normal o seminormal, desplazándose dichas curvas en virtud de si el contexto social global favorece o penaliza la emergencia del rasgo.

En este marco explicativo, determinados “sistemas” podrían ejercer un influjo poderoso sobre una masa significativa de sujetos sin un claro núcleo psicopático pero con puntuaciones “mayores de 0”, disparando un incremento de las conductas antisociales. Se apostaría así por un continuo dimensional entre los sujetos con claro núcleo psicopático y aquellos que bajo presiones extremas podrían presentar conductas indistinguibles de las de los diagnosticados como psicópatas.

Aunque suene a obviedad, esto cuestionaría una clara delimitación categorial entre los cuadros y también pondría en jaque determinados sistemas judiciales que no basan los criterios de imputabilidad en términos psicopatológicos dimensionales.

Resulta interesante que algunas de las contribuciones más significativas a esta aproximación proceden de la teoría de juegos aplicada a la psicología social. Desde esta perspectiva ecológica, la aparición y desaparición de determinados rasgos en las sociedades obedece a fuerzas que pueden traducirse matemáticamente en forma de probabilidades.

Con más crudeza epistemológica, la anterior disquisición obedece a una cuestión que colea en diversos órdenes de los llamados trastornos de personalidad. Esto es, sigue suscitando justificadas suspicacias el contrasentido de que para realizar el diagnóstico DSM-IV de trastorno antisocial de personalidad en el adulto sea necesario de forma cuasi excluyente rastrear problemas de conducta de inicio en la infancia, mientras se insiste en que el trastorno de conducta en la infancia no debería contemplarse de forma determinista para la futura personalidad del niño y adolescente.

Sin duda, aferrarse a la discutida “moldeabilidad” de la personalidad en desarrollo ha constituido uno de los argumentos más poderosos para la intervención precoz y para desechar la conducta nihilista predominante ante el adulto cronificado en sus pautas de comportamiento y formas de relación.

Lejos de cuestionar el anterior aserto, lo que se propone es un ejercicio de rectitud

teórica y epistemológica. Podemos aceptar que “del tren” de la conducta antisocial algunos sujetos se apean antes de acabar en el destino de un trastorno crónico y recidivante de transgresión social, pero en rigor también deberemos reconocer que dicho tren es el mismo antes y después de los 18 años, y que la indagación sobre el mismo puede y debe realizarse en ambas direcciones.

### 2.3. Estructura parental, presiones sociales, raza y estatus socioeconómico

Analizar la distribución de los trastornos de conducta en las poblaciones persigue en último término prevenir o poder actuar de forma dirigida en los focos de riesgo aumentado.

Sin dicha consideración, cualquier evaluación epidemiológica carecería de lo que le resulta más característico: la capacidad de modificar la aparición y el curso natural de la condición. Esto sería teóricamente posible mediante dos posibles estrategias no excluyentes:

1. La introducción de factores de protección para contrarrestar los de riesgo.
2. Mediante la erradicación de los factores de riesgo.

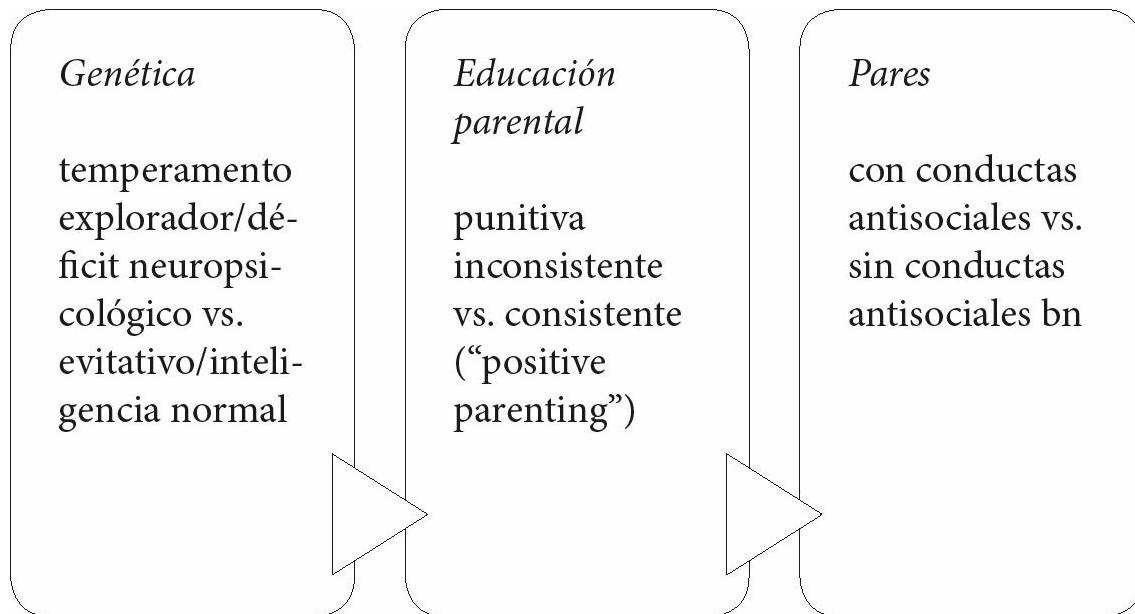


Figura 2.1. Entrelazado conceptual de la causalidad de la conducta antisocial.

Poco a poco, la investigación más reciente ha tendido a desechar la vieja dicotomía “genético frente a ambiental”. Este debate ha acabado agotándose y generando una visión unificadora en la que ambiente y genética, genética y ambiente se influyen

recíprocamente. Desde esa visión, las estrategias de prevención se han hecho más multimodales. En la [figura 2.1](#) se puede observar un marco conceptual simplificado de las tres áreas que han resultado más prometedoras tanto en el establecimiento de factores de riesgo como con el de los escasos factores de protección.

### *2.3.1. Estructura parental y calidad de la crianza*

Es obvio que la capacidad de actuar directamente sobre la genética del individuo es aún remota. Sin embargo, sigue habiendo sectores que postulan la posibilidad de influir legal y socialmente en las posibilidades de procreación de los sujetos como una forma de atajar la transmisión genética de los rasgos psicopáticos. Tan controvertidas como estas actitudes eugenésicas indirectas, se cuentan varias propuestas que limitarían la posibilidad de la paternidad a quienes verdaderamente pudiesen demostrar su capacidad para dicha tarea.

Radical como esto parece, no deja de ser sorprendente afrontar la tópica pregunta: ¿si para conducir un vehículo se requiere una capacitación y una licencia, por qué la paternidad no exige ningún requerimiento más allá de la posibilidad otorgada por la capacidad genésica?

La estructura parental y la calidad de la crianza ha sido por tanto un factor extensamente estudiado en diversas patologías psiquiátricas, y por supuesto, también en los trastornos conductuales de la infancia y la adolescencia.

Son muy numerosas las publicaciones que han puesto de relieve que experimentar violencia en el ámbito doméstico por parte de los niños se asocia a una diversidad de trastornos de corte psiquiátrico en el futuro. La exposición a la violencia, sin embargo, no puede ni debe desproveerse de la carga biológica que podría implicar. Existen datos sustanciales de que el estrés asociado a la violencia física, al abuso y a otras situaciones de privación, condicionan cambios moleculares y genéticos en el individuo, como se abordaba en el capítulo anterior.

Más intuitivo parece el papel de estas experiencias en el aprendizaje de un repertorio de conductas que se verían instaladas como un programa “emotivovolitivo-psicomotor” imperante ante determinadas circunstancias vitales. Distintos trabajos en el área de la alcoholología y otras adicciones han destacado que la “explosión” de secuencias de emoción-volición-conducta motriz podrían ser explicadas por estructuras cerebrales que como los ganglios basales están especializados en la grabación de programas complejos psicomotores, y que al tiempo presentan áreas muy relacionadas con la volición y la emoción (como el estriado ventral).

Semejante repertorio de secuencias cognitivo-conductuales aprendidas durante la infancia, más aspectos psicodinámicos como la identificación con el agresor, por ejemplo, podrían no solo facilitar su disparo en circunstancias futuras (episodios de celos, frustración personal, humillación) de una forma marcadamente automática e impulsiva, sino constituir áreas patológicamente narcisizadas y por tanto ligadas a la identidad del

sujeto. Cuando a estos programas aprendidos se suma una incapacidad para comprender el impacto de dichas explosiones en los demás, así como se carece del temor a la represalia o al castigo, tenemos una fórmula magistral altamente tóxica que puede generar algunos de los ejemplos más graves de trastornos de conducta antisocial (aquellos que consideramos formas psicopáticas).

¿Pero cómo se graban esas primeras experiencias tan determinantes en el psiquismo y en la biología del sujeto, de forma que permanezcan aparentemente silentes durante incluso años hasta que, como huevos de mastodonte, en un momento eclosionan y empiezan a ganar más y más tamaño hasta hacerse indomables? ¿Por qué determinadas “pistas” ambientales inducen la liberación de esa respuesta y otras relacionadas no lo hacen? Como se puede imaginar, estos aspectos relativos al condicionamiento en diversas variantes, pero fundamentalmente del modelo operante, son claves para entender qué desencadenantes debería evitar el sujeto predispuesto a la conducta antisocial explosiva, igual que es interesante poder conocer los estímulos que disparan el deseo y la conducta de consumo en el adicto.

### 2.3.2. *Presiones sociales: ¿la chispa que enciende la mecha?*

Para responder mejor a esta pregunta, la teoría sociológica del equilibrio de control tiene una especial aplicabilidad. De una forma breve, esta visión propuso que en el individuo debe existir una relación o proporción entre el control al que es sometido y aquel que él puede ejercer sobre lo que le rodea (Title, 2005). La historia científica de la sociología, de la psicología y de la medicina psiquiátrica han confluído en señalar que el individuo experimenta la pérdida de control y libertad sobre lo circundante, así como la imposición del control externo en dos formas polarizadas: sumisión o rebelión.

Sin duda, el lector familiarizado con la teoría psicoanalítica clásica podrá encontrar un antecedente significativo en el texto de Sigmund Freud de 1908 “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”:

Aquellos que se hallen dispuestos a buscar conmigo la etiología de la nerviosidad en ciertas anormalidades nocivas de la vida sexual leerán con interés los desarrollos que siguen, destinados a insertar el tema del incremento de la nerviosidad en más amplio contexto. Nuestra cultura descansa totalmente en la coerción de los instintos. Todos y cada uno hemos renunciado a una parte de las tendencias agresivas y vindicativas de nuestra personalidad, y de estas aportaciones ha nacido la común propiedad cultural de bienes materiales e ideales.

Algunas exploraciones de sujetos con conductas antisociales delictivas por las que han sido juzgados y sometidos a medidas de protección o judiciales, entre vástagos de familias emigradas de países con sociedades en conflicto y muy bajos niveles de escolarización desvelan que esta renuncia resulta difícil de asimilar por el sujeto cuando no ha sido cifrada desde la primera infancia.

Este sería un buen ejemplo del déficit en la relación de control a la que venimos aludiendo. Freud, no obstante, identificaba además en su tiempo que los hijos de

campesinos emigrados y ascendidos socialmente sufrían un aumento de patología neurótica. Su pensamiento incluía atisbos de la teoría de la anomia de Durkheim como veremos, en el sentido de que las metas socialmente aspirables generan en el sujeto desfavorecido solo dos reacciones posibles: la antisocial “inadaptada” y la neurótica “adaptada” que no dejaba de ser una forma de sumisión global patológica.

Debido a que el déficit de “control” que sufren la mayoría de los sujetos con conductas antisociales suele ser moderado, es probable que aparezcan conductas vandálicas de baja intensidad que sirvan como restauración. Sin embargo, la teoría apunta que cuando el desequilibrio se hace mayor y el sujeto es sometido a mayor violencia estructural, puede ser que se produzca una sumisión extrema.

De forma interesante, Tittle considera que las conductas de sumisión deben juzgarse tan desviadas como otras formas de conducta antisocial, y claramente, la explosión antisocial de sujetos que concuerdan con el patrón de personalidad denominado por algunos autores (Millon, 1998) de “psicopata débil”, refuerza esta intuición. Así, estos individuos que a veces han sido sometidos a maltrato familiar o a acoso escolar por sus rasgos “débiles”, elaborarían una identificación proyectiva y una ulterior proyección por la que ellos se convierten en fuertes y dañan a otros que pasan a ser los débiles.

En contraste, el sujeto psicopático de alto rendimiento, más sugerente de los patrones con narcisización primaria y alta autoestima, se regodean en sus acciones de corte sádico o predatorio precisamente porque según su argumento mental “están por encima del código válido para otros”. Existiría en ellos un exceso de control que en los estadios menos marcados se limita a la manipulación y explotación de los ámbitos más cercanos, pero que en los casos más extremos puede generar violencia sádica de corte interpersonal, sexual o incluso política (genocidio).

Esta aproximación concuerda con la descripción de que la relación o proporción de control y las conductas antisociales presentan una representación matemática en forma de “U”. Esto es, el sujeto sin conductas antisociales prominentes presenta una relación o proporción de control cercana a 1 (ejerce un control sobre su ambiente equivalente al que es sometido). Conforme mayor es la discrepancia (por exceso o defecto) entre ambas variables, más probable sería según este modelo la aparición de conductas desviadas.

Puede contemplarse con este ejemplo que aspectos como raza o estatus socioeconómico (abiertamente correlacionados en la mayor parte de los países) estarían predeterminando la “relación de control”. Así la raza blanca de origen sajón (en Estados Unidos) o caucásica (en la Europa continental) presentan menores tasas de delincuencia común que las razas negra o hispana, sin embargo esta diferencia no afecta a las proporciones de psicopatía.

### 2.3.3. *Raza y estatus socioeconómico*

Podría decirse que los sujetos pertenecientes a estatus y razas favorecidas experimentan bien una relación de control equilibrada y por tanto un funcionamiento interpersonal

normal, o en una minoría de sujetos un exceso de relación de control, lo que les determina como protagonistas de actitudes y actos psicopáticos.

En oposición es bien conocido que la raza oriental presentaría menores tasas de delincuencia aún que la raza blanca y una muy alta sumisión, en probable relación con un muy alto déficit de control tradicional, y que conforme estas sociedades están cambiando sugiere modificarse (China o India, entre otros ejemplos de países en intensos procesos de cambio).

Una línea adicional que ha enriquecido las exploraciones sociológicas de la conducta antisocial procede del ya mencionado y clásico concepto de anomia establecido por Durkheim con el cambio de siglo y que se ha ido reformulando con las aportaciones de distintos autores que han logrado ir configurando una visión más integradora y menos limitativa.

Este es el caso de algunos revisores de los años 1990 (Agnew, 1992) que intentaban superar las limitaciones de la teoría de Merton (de claro origen en Durkheim), topada con importantes contradicciones con los resultados de la investigación realizada desde principios de la década anterior.

Como se podrá comprender a lo largo de las próximas páginas, es inviable abordar en profundidad todas estas modificaciones temáticas. Sin embargo cinco teorías nos resultan especialmente relevantes ya que obedecen al espíritu de los últimos dos decenios los intentos de generar visiones más globales de fenómenos polimorfos y por tanto esquivos:

1. Teoría de la taxonomía de Moffitt.
2. Teoría de la desventaja acumulativa de Sampson y Laub.
3. Teoría interaccional de Thornberry.
4. Modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins.
5. Modelo de coerción de Patterson.
6. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.

Estas cinco formulaciones se suman a más de treinta modelos con un soporte empírico razonable y que han sido por tanto perfeccionamientos de teorías previas, o resultado de intentar adaptar intuiciones a datos de nueva aparición.

De forma compendiada, estos modelos y teorías orientan su foco significativamente a la familia y a la crianza, como condicionantes microsociales más determinantes. Sin embargo, como es claro, también la familia y la crianza son factores multidimensionales.

Un punto fuerte de los cinco modelos enumerados es que introducen una visión dinámica de la que habían carecido modelos sociológicos basados en lo estructural. Podría decirse que incluso superan la limitación explicativa del modelo de Gottfredson y Hirschi, a fin de comprender la distinta evolución natural de los sujetos con conductas antisociales.

De esta forma, cada una de las cinco aporta una visión complementaria sobre los distintos cursos evolutivos: el persistente desde inicios tempranos y el que asocia formas

de criminalidad u actos antisociales limitados a la adolescencia (en el caso de Moffitt desde una perspectiva categórica y en el caso de Thornberry desde una visión mucho más de plano-secuencia en el tiempo).

Sin duda, el crisol de estructura socioeconómica, familia y temperamento biológico da lugar a diversas combinaciones y entrecruzamientos de experiencias precoces que explican las posibilidades de que las conductas disruptivas “probatorias” del infante se conviertan en crónicas o que por el contrario se extingan. Lo que sigue sin ser claro es qué microdeterminantes de la familia, de la situación socioeconómica o del temperamento serían aquellos en que poder centrar la acción preventiva.

La aparente difícil mutabilidad de los aspectos más biológico-temperamentales no debe oscurecer que precisamente la identificación de aquellos niños con un potencial genético más devastador permita la intervención correctiva precoz y que esfuerzos adicionales para contribuir a su socialización permitan alterar su sombrío pronóstico.

De idéntica forma, condicionantes puntuales como la recesión económica o cambios políticos o gubernamentales no deberían servir como excusas para un problema que excede con mucho el de los más sonados problemas sociales presentes y en un futuro cercano.

## **2.4. La epidemiología aplicada a la evaluación y a la prevención**

La búsqueda epidemiológica de factores de riesgo y protección para la conducta antisocial ha experimentado en los últimos decenios una abrumadora cantidad de esfuerzos a la que veníamos refiriéndonos.

Probablemente la teoría que más ostensiblemente ha conseguido integrar la aparición y perpetuación de las conductas antisociales en términos de contienda dinámica y recíproca entre factores de riesgo y de protección ha sido la teoría de conducta problema de Jessor y Jessor (1992) que comentábamos anteriormente fue readaptada por sus autores de su formulación inicial en 1977.

El metafórico proceso de “bola de nieve” ilustra bien cómo se ha venido formulando teóricamente el proceso por el que el sujeto se inicia y cesa, o bien continúa, en sus conductas antisociales. Esta expresión puede hallarse en distintos autores, si bien en el presente texto se intentará asociar su simbolismo a una forma no específica de autor alguno y sí a las distintas hipótesis de trabajo que han venido circulando desde los años 1990.

Inicialmente, dicho concepto de “bola de nieve” venía a tratar de explicar qué forma de interacción del sujeto con su ámbito iba provocando nuevos acontecimientos que le iban haciendo “cobrar velocidad y masa” hasta precipitarle en una forma establecida de vida dirigida a una cierta “catástrofe” personal, familiar y social.

Pronto se comprendió que debía abordarse que el efecto no es unidireccional (la montaña no solo nutre de nieve a la bola, sino que también resulta deteriorada). La reciprocidad es sin duda un aspecto clave para entender cómo poder intervenir de

manera preventiva o de identificación precoz y de forma terapéutica en el contexto familiar.

Thornberry destacó este hecho como otra de las dificultades en investigación sobre cómo familia y sujeto covariaban, ya que no se venía teniendo en cuenta que la asociación encontrada entre el antecedente de una familia de origen con conductas antisociales se afecta por la conducta antisocial del sujeto índice. Pero además, no comprender los procesos bidireccionales entre el niño o adolescente con conductas antisociales y sus grupos de apoyo más significativo implicará fracasar en cualquier programa o medida terapéutica o modificadora que pretenda dejar fuera al ámbito más cercano al sujeto índice.

Por otro lado, Catalano y Hawkins hacen más énfasis en cómo existiría un proceso de aprendizaje social, de modelado “escultórico” en definitiva como abundábamos en el capítulo precedente, por distintos agentes en distintos momentos de la vida. Es a través del sentido predominante del influjo en esa interacción entre el niño desviado y los otros más significativos en cada estadio de su desarrollo que añaden un matiz importante a la teoría del control social de Hirschi predominante durante los años 80, y que pasamos a analizar.

Para resumir sus complejos sistemas (en los que se llegan a incluir hasta cincuenta factores de riesgo que requieren consideración), si para Hirschi el postulado fundamental podía establecerse como “dime de dónde vienes y te diré con quién acabarás yendo”, para Catalano y Hawkins la forma de apego se produce en dirección inversa.

Es a través de la implicación afectiva con el grupo delictivo (bien se encuentre este en el seno familiar o externamente al mismo) como según Catalano y Hawkins el sujeto genera apego a dicha forma de conducta. Su pensamiento podría cuadrar con el aforisma “dime con quién vas y te diré en qué te acabarás convirtiendo”.

El interés de su modelo además se beneficia de permitir comprender que existen los llamados *turning points* o puntos de inflexión, en los que sería más probable que la “bola de nieve” de la conducta antisocial se derrita sin progresar en el tiempo ni aumentar en su gravedad, mientras que sería difícil aceptar que el sujeto que ha generado un desarrollo antisocial en el modelo de Hirschi llegue a crear una nueva identificación en la edad adulta prosocial.

Aunque estrictamente los puntos de inflexión no son en sí mismos factores de protección y en cambio se conceptualizan más bien como acontecimientos o cadenas de sucesos aleatorios, de su conocimiento puede aprenderse sobre los procesos que sí pueden proteger al niño de desarrollar un problema de conducta duradero. A este efecto es necesario abordar un hecho fundamental en la historia de la conceptualización de los procesos de conducta disruptiva que es regresar a la naturaleza primigenia del sujeto humano.

#### 2.4.1. *Factores de riesgo para la conducta antisocial*

La discusión sobre si el sujeto es prosocial o antisocial por defecto fue revitalizada por las teorías de Gottfredson y de un más reciente Hirschi que, partiendo de la teoría del control social, propondrían en su obra *A general theory of crime*, de 1990, que lo que debería explicarse es por qué el ser humano acaba socializándose y acatando la disciplina de grupo (en la inmensa mayoría de los casos), cuando la naturaleza humana estaría básicamente prediseñada para escapar del dolor y buscar el placer, prioridad esta que estaría muy encima del proceso de aprendizaje social.

El carácter primigenio social o no del animal racional que es el hombre abre dos líneas de investigación sociológica, cuyos más principales exponentes se intentarán aplicar a aspectos concretos abordados en esta obra. Adentrarse en las obras de estos autores requiere un espacio y un esfuerzo significativos de integración y síntesis.

De forma resumida, distintos datos sugieren que podría existir un grupo de sujetos cuyo proceso de socialización se ve gravemente dificultado por condiciones biológicas propias del sujeto y escasamente modificables (temperamento temerario, dificultades para aprender del castigo, impulsividad o hiperactividad, tendencia al aburrimiento). Algunos progenitores y educadores se encontrarán ante estos niños difíciles en una situación de incapacidad para inculcar una disciplina consistente y podrían caer en el error de “premiar” conductas disruptivas, a veces cuando este patrón de conducta no fue ni es el de los padres mismos ni el de otros hijos de la progenie.

Un claro ejemplo de esta situación consiste en ceder a las rabietas inmotivadas del infante, lo que el niño podría interiorizar como que a través de la disconducia es posible conseguir lo que desea o evitar las consecuencias de sus comportamientos inadecuados. Aunque esta situación puede aparecer entre padres que no experimentan otro estrés psicosocial más allá del normalmente asociado a la crianza, la experiencia clínica constata que se vuelve aún más cuando concurren circunstancias excepcionales, siendo común entre familias monoparentales en que se ha producido el fallecimiento de uno de los padres, existe un divorcio o una separación reciente, o existe un litigio por la custodia.

Los problemas secundarios a esta disciplina inconsistente, denominados por Patterson (1992) “entrenamiento básico en conducta antisocial”, son frecuente motivo de consulta en los servicios de salud mental (más frecuentemente movilizadas por madres solas, precoces, con patología afectiva o de otro orden psiquiátrico y en general en situaciones en que el progenitor está desvalido o afronta un distrés extra). Su influencia se ha considerado tal, que es una de las interpretaciones más consistentes por las que se ha explicado el aumento de prevalencia de conductas antisociales en Estados Unidos durante los años 1980 (esto es, el alto índice de situaciones de este cariz en madres solas de raza negra y situación social o personal de riesgo).

Es aquí donde conceptos como la “oportunidad” y el desarrollo de “autocontrol” de Gottfredson y Hirschi cobra mayor interés. En los últimos años, la escasa vigilancia y monitorización de la educación infantil en estrecha relación con las recesiones económicas de los años 1990 y 2007, los altos niveles de movilidad geográfica e inmigración de madres solas a distintos países europeos, así como con el cambio de rol social experimentado por la mujer, amenazan con deteriorar aún más una crianza que

favorece la “oportunidad” en edades más precoces de la vida, lo que cimienta una buena parte de la conducta antisocial del joven y del futuro adulto.

#### 2.4.2. *Factores de protección*

Aunque desestimada en sus inicios por el psicoanálisis ortodoxo imperante, la teoría de Bowlby del apego ha generado interesantes aplicaciones en el terreno de la conducta antisocial. Consistentemente, el apego a la familia y por extensión a la escuela y a grupos sociales diversos (religiosos, deportivos, entre otros) se ha demostrado un factor protector y por tanto predictor de una menor incidencia de conductas antisociales. Obviamente pronto surgió una pregunta reformulada de la disquisición que Catalano y Hawkins hacían, esto es, si dicha menor incidencia es consecuencia real del apego o si era el apego el que posibilita la unión a dichos grupos (y por tanto estos sujetos capaces de apeгarse socialmente son por definición más fácilmente socializables y tendrán una mejor evolución).

Si se tiene en cuenta que una de las decisiones más difíciles que tendrá que asumir el profesional, ya pertenezca al ámbito sanitario o al judicial, es la separación del menor de unos padres patológicos o incompetentes, dicho debate parece tener utilidad. Como se ha justificado biológica y psicosocialmente, los malos tratos y la inatención al menor son un factor claramente asociado al desarrollo de conducta antisocial futura, pudiendo multiplicar por un factor aproximado de 3 el riesgo de conducta antisocial en niños.

Además si, en definitiva, un porcentaje superior de sujetos con conductas antisociales han visto cifrado su desarrollo por un ambiente familiar de crianza y monitorización deficitario, inestable, caótico o abiertamente violento contra el niño, es evidente que el niño o adolescente tenderá a probar la calidad de los nuevos vínculos establecidos. Debe tenerse en cuenta que en el niño o adolescente con trastornos de conducta antisocial y maltratados o abandonados en la infancia se dan dos ramificaciones distintas de una misma premisa:

1. Es muy difícil confiar en quien te ha traicionado o te está traicionando.
2. Es muy difícil confiar en quien has traicionado o vas a traicionar.

El niño maltratado ha sido traicionado por sus padres y por la sociedad en su conjunto, el niño con conductas antisociales está en proceso de traicionar a sus padres y a la sociedad en su conjunto.

La aproximación más cauta a este dilema nos posibilita comprender que las capacidades de todas estas instituciones (familias de origen, familias de acogida, escuela u otros grupos) para enderezar la conducta del niño y adolescente es dimensional, y opuesta en su potencial a la intensidad de las dificultades de socialización que el individuo presenta.

En especial deberán considerarse en el niño prepuberal aquellas de las mismas que

tienen origen en un proceso deficitario de crianza por los padres o a aspectos biológicos, y en el adolescente las condicionadas por influencias subculturales entendiendo el término desde la descripción de Bandura, que en realidad son pares o figuras idealizadas antisociales.

En este último paradigma de interpretación de cómo se gesta el aprendizaje social debe reseñarse que una influencia familiar proclive a la conducta antisocial, añadida a influencias subculturales negativas, vendrán casi inexcusablemente acompañadas de un modelado simbólico marcado por modelos reales idealizados pertenecientes a un estilo de vida probablemente lejano de lo prosocial.

Dada la improbabilidad de que los medios de masas realicen un modelado simbólico positivo, cuando hasta las figuras deportivas, de la música, del cine o de la música traicionan uno de sus cometidos prosocializadores clave: esto es, ser ejemplarizantes, ello dejará al profesional a cargo del caso del menor una alta responsabilidad. Contrarrestar tales influencias propectas y aportar un modelo que promueve la autoeficacia y el sentido de autocontrol descansará en muchos casos en seleccionar el mejor lugar de residencia y convivencia para el menor.

Incluso cuando el niño tiene la fortuna de encontrar una figura y una experiencia de aprendizaje social correctiva, y cuando parece que se ha producido una normalización de la conducta a través de la continuada pertenencia a un grupo protector será habitual la explosión conductual inesperada.

La manipulación de la nueva familia, del terapeuta o del grupo, la confrontación agresiva hacia otros o las esporádicas tentaciones de sacar ventaja o de equivocarse la relación con sus otros miembros, son reapariciones de un “Guadiana” ante el que siempre hay que estar vigilante. Podríamos decir que si la “cabra siempre tira al monte”, antes de tirar al monte probará la calidad del vínculo y si a sus nuevas figuras de vinculación les resulta más sencillo dejarlo ir o persistirán en el trabajo de ayudarle a limar sus aristas.

La neutralidad y temperancia del profesional o de los líderes del grupo será definitiva para conseguir frenar la reacción contra dichas conductas y no proceder a medidas precipitadas. El rechazo o una expulsión no meditada pueden significar la privación de una de las escasas oportunidades que el joven tendrá de escapar a la asociación diferencial con otros sujetos con desarrollos antisociales.

Nunca debe olvidarse que la construcción del compromiso con valores o ideales es una de las mayores dificultades para sujetos que no han tenido un vínculo estable con sus progenitores.

Este hecho que es el día a día en los grupos de ex adictos, también se le presentará al profesional de la salud mental en otros tipos de grupos terapéuticos, así como al profesor o tutor, al párroco que trabaja con niños desfavorecidos, institucionalizados tras el abandono de sus padres o al monitor o entrenador deportivo que trabaja en la comunidad.

Como se verá en el capítulo dedicado al tratamiento, tendrá o no una resolución favorable en un mayor porcentaje de casos (que nunca en todos), en virtud de las

capacidades personales y habilidades técnicas de potenciar tanto el compromiso, como el afecto, entendidas ambas como variables de control o arraigo social (en términos de Hirschi, 1969).

Prevenir primaria o secundariamente para la mayoría de los profesionales se dará por tanto en estos escenarios modestos, en los que con medios muy limitados y normalmente en barrios conflictivos de grandes ciudades se encuentra bastante solo. Todo ello inmerso en la vicisitud anacrónica de intentar atajar en sus adolescentes de hoy y con soluciones actuales un problema que se gestó en los niños y adolescentes de la generación anterior, hoy padres. Padres estos que sufrieron y reprodujeron un contexto primario de socialización pobre, inexistente o abiertamente de odio a los otros.

## 3

# *Determinantes biopsicológicos de la conducta antisocial*

La investigación sobre niños gemelos que fueron separados y adoptados por distintas familias ha puesto de manifiesto que dentro de una determinada clase de características uniformes como la burguesía media, el impacto de la educación proporcionada por los padres es modesto. De ahí que se haya considerado que los padres pudiesen ser “intercambiables” en este estrato social, ya que el determinante de la conducta de los hijos sería el componente genético o biológico. Puede decirse por tanto, que “con padres de clase y manejo suficientemente medios”, parafraseando el concepto kleiniano, es probable que sea el bagaje genético lo que determine el rumbo evolutivo y conductual del niño, y que este se manifieste como un adulto responsable, cumplidor de la ley y más o menos solidario, o muy por el contrario en su antagonista antisocial y psicopático, en virtud de su composición genética única. Como se resaltará, esta afirmación pierde validez cuando comparamos el efecto de la crianza con padres de clase y manejo medio, con la de padres abiertamente incapaces o negligentes, psicopáticos o antisociales. La investigación demuestra que, en dichos casos, los padres y por extensión las estructuras socializadoras primarias sí son determinantes de diferencias significativas en el tránsito evolutivo del infante. Podríamos por tanto comparar el proceso de socialización del proyecto existencial que es el recién nacido con un proyecto escultórico que se basa en una buena materia base, un barro flexible y moldeable, sometido a las presiones adecuadas y a los procesos de maduración y horneado oportunos en los tiempos correctos.

### **3.1. La socialización y su déficit: factores psicosociales favorecedores y perjudiciales**

A fin de sobrevivir, la especie humana se ha beneficiado de la socialización para vencer obstáculos y competidores en el proceso de evolución. En un primer momento, tras ser alumbrado, su mayor indefensión frente a otras especies hace que el infante precise de una madre constante, no solo que alimente y satisfaga otras necesidades básicas, sino fundamentalmente que serene y cuide. Por tanto, en condiciones de vida natural, la

especie humana habría carecido de oportunidades para la supervivencia si no hubiese sido merced a la diada maternofilial primero y a la formación de otras asociaciones después, cuando los otros integrantes del clan y en especial el progenitor masculino servirían como guías o educadores en el tránsito a las responsabilidades de la edad adulta.

### *3.1.1. Relación maternofilial: el grupo de socialización primario*

La interacción entre el temperamento del bebé y las características de personalidad, sumadas al momento vital y emocional de la madre, determinan las primeras reacciones del ambiente al displacer fisiológico (al hambre, a la suciedad, al dolor, al frío). Distintos estudios dirigidos a evaluar las consecuencias sobre el proceso de sociabilización de variables en ambos miembros de esta relación bidireccional han destacado cómo la calidad del cuidado parental tiene un efecto muy significativo futuro, incluso cuando se controlan factores confusores.

En contextos sociales de convivencia intergeneracional, conforme los padres de una generación alcanzaban la ancianidad, estos sujetos hechos ya abuelos se convertían en los garantes de que la crianza y socialización que ellos habían experimentado fueran aplicadas a la generación siguiente. Este hecho determinante influyó evolutivamente en la aparición del lenguaje, en el aprendizaje de la empatía y en una visión positiva generalizada de las actitudes prosociales, de idéntica forma a como lo sigue haciendo hoy.

Aquellos sujetos que por sus acciones, o por sus decisiones, quedaban marginados del grupo en un escenario natural como el de nuestros ancestros habrían sido muy susceptibles a la desaparición sin progenie, y aún hoy, la madre soltera o el padre viudo afrontan riesgos de mortalidad precoz muy significativos tanto para ellos como para los productos de su descendencia. De esta manera, se considera que una cierta “genética” prosocial ha ido seleccionándose a lo largo de millones de años en nuestra especie.

De otra parte, el proceso de socialización se ha corroborado muy significativamente influido por los pares sociales. Los cambios que las sociedades postcontemporáneas han experimentado, con una traslación de la responsabilidad sobre la crianza desde un amplio grupo (la comunidad rural, la familia ampliada, la familia con dos generaciones) a la pareja, ha sido consistentemente asociado con las crecientes cifras de criminalidad que las sociedades más modernas aquejan. Este hecho es aún más significativo cuando analizamos los altos porcentajes de niños criados en familias monoparentales con problemas conductuales, datos que se vuelven todavía más consistentes cuando evaluamos el porcentaje de niños con desarrollos evolutivos abiertamente delictivos.

En defensa de esta configuración, algunos autores, entre los que destaca Lykken, abogan porque en Estados Unidos la devastadora influencia de la crianza monoparental por madres solteras, económicamente dependientes de ayuda social, con escasa o nula capacitación académica o profesional y sin apoyo y complementación por parte de una figura de autoridad paterna, habría venido condicionando los incrementos en números de

sujetos con conductas antisociales que este país experimentó hacia los años 80 del pasado siglo.

De acuerdo con su evaluación, el antecedente de haber sido criado solo por un progenitor multiplicaría por 7 el riesgo de desarrollar conductas antisociales. Este incremento del riesgo sería capaz de anular las diferencias en criminalidad observadas en diversas razas o en diversos estratos socioeconómicos.

Se argumenta así que las leyes del divorcio, y más tarde la globalización y la inmigración de familias que resultan desestructuradas en dicho proceso, han convertido países que, como los mediterráneos, conservaban una marcada influencia de otras generaciones en el proceso de crianza en sociedades más similares a la estadounidense. Fenómenos como las bandas urbanas y la guerra entre ellas por territorios en las grandes ciudades se han sumado a los repuntes de las ideologías extremistas en los momentos de mayor crisis económica y social.

De forma conjunta, esta secuencia: crianza monoparental habitualmente por una madre soltera o abandonada, ausencia de un grupo primario de apoyo y crianza y desarrollo psicopático/antisocial en el seno de bandas urbanas es rastreadable en las anamnesis biográfica de un amplio número de sujetos internados en reformatorios o centros de ejecución de medidas judiciales para adolescentes.

### *3.1.2. Presión por grupo de pares*

La infecciosidad de las conductas disociales ha sido asunto también de diversas investigaciones sociopsicológicas. En el seno del modelo biopsicosocial imperante resulta de interés comprender además cómo la genética del individual pro o antisocial queda prácticamente determinada a través de las relaciones con su familiar de origen y con sus pares, si bien también sufre el modelado último de la sociedad en que vive, de su grupo socioeconómico, de su raza y de otros determinantes externos.

Distintos autores abundan en que el contagio epidémico de la discondución cobra entre sus víctimas no solo a sujetos con clara genética antisocial, sino a otros que carecen de dichos genes, condicionando la mayor o menor facilidad de generación de este proceso a condicionantes socioculturales y económicos imperantes.

En términos de refranero, “la manzana podrida pudre el cesto”, incluso aquellas manzanas más alejadas de la que inicia la putrefacción del grupo en términos biológicos o genéticos. Y este proceso sería rápido, de características epidémicas cuando una sociedad relaja su detección y penalización de la conducta antisocial o permite que el sujeto que actúa en contra de los otros integrantes del grupo “se salga con la suya” y quede impune. La modelación por aprendizaje social del sujeto que desafía y vence a la ley generaría prosélitos, según una teoría que incluye valoraciones realizadas a través de la teoría de juegos y en particular del llamado “dilema del prisionero”.

Evidentemente, el amplio foco de esta obra implica que existen muchas formas de discondución que se influirán más significativamente por las interrelaciones parento-filiales

o entre el niño y sus cuidadores, y otras que serán más sensibles a la presión por pares, en virtud de un determinante muy significativo como es la edad del sujeto, y de otro menos explorado que es el nivel de inteligencia.

### *3.1.3. Tolerancia al cambio y a la frustración*

Es esencial considerar que durante años, el niño y adolescente debe someterse con éxito a un proceso de entrenamiento en tolerancia a frustraciones progresivas que van desde los límites iniciales ante las conductas negligentes ante el riesgo, pasa por las decisiones parentales de mudarse de casa o ciudad, los cambios de colegio, llegando a las rupturas del matrimonio y nuevas parejas de sus progenitores, nacimiento de nuevos hijos en el seno de la familia inicial o en nuevas reagrupaciones, e incluso al afrontamiento de tener que abandonar el nido familiar, todas estas situaciones en las que tienen escasa capacidad de influir, salvo a través de sus conductas o de su expresión emocional.

Este tipo de disconductas instrumentales afectan aún más a los sujetos que tienen limitaciones en la comunicación verbal, como es el caso de quienes padecen trastornos generalizados del desarrollo, diversos grados de trastorno de desarrollo intelectual o trastornos primarios del habla. En uno u otro caso, la integración de todas estas experiencias traumáticas depende de la capacidad del individuo y de su ambiente para aceptar que estas son posibilidades de cambio favorable y no solo de riesgo para la aniquilación de un universo protector.

### *3.1.4. Experiencias traumáticas familiares*

Especialmente traumática y con implicaciones pronósticas evaluadas en cuanto al riesgo desarrollo de personalidades hipotímicas, así como de la aparición de disconductas agudas durante la fase de duelo, se cuenta la enfermedad crónica o muerte de uno de los progenitores en una edad precoz de la vida. Del mismo modo, la enfermedad de uno de los hermanos puede determinar la aparición de conductas disociales o de otra psicopatología en otro miembro de la camada.

En términos generales, la disconducta tiene en estos contextos un carácter de reclamación de la atención que en dichas familias queda acaparada por el hermano o el progenitor enfermo, o es motivada por el caos en el seno de un proceso de duelo y de desajuste familiar global. Muy habitualmente, una unidad familiar suficientemente introspectiva podrá reencaminar por sí sola la situación y es habitual que la disconducta tienda a la desaparición espontánea. En otros casos, la clarificación de la situación por parte del profesional puede servir a una readaptación rápida.

### *3.1.5. Composición familiar*

Un terreno indagado con desigual éxito para comprender los efectos de los radicales cambios socioculturales sobre la aparición de conductas disociales, bien instrumentales, bien incluso en la modulación del aprendizaje social ha sido la búsqueda de una posible asociación entre el lugar que ocupa el miembro índice en la camada y el desarrollo prosocial del sujeto.

En las sociedades tradicionales, la aparición de rasgos psicopáticos se sugería menos frecuente en los primogénitos, lo que se hipotetizaba como la respuesta a la necesidad que los padres jóvenes tendrían de que los primeros nacidos se involucrasen de forma activa en la crianza del resto de los hijos. A partir de ello se podría explicar un efecto modelador mediante el aprendizaje por imitación de los padres o abuelos favorecedor de la actitud prosocial, de la que carecerían muy especialmente benjamines e hijos intermedios. Esta composición de lugar no ajena a la experiencia familiar española con numerosos vástagos, prototípica de hace pocas décadas, se habría ido perdiendo conforme las parejas más modernas han tendido a tener uno o dos hijos y la edad de procreación de los progenitores se ha hecho más avanzada.

### *3.1.6. Límites disciplinarios y normas familiares*

Los diferentes grados de permisividad (no solo parental, sino también académica y social) han desvelado una relevante influencia en la aparición de conductas antisociales. Sin embargo, el normativismo influye de manera distinta en diversas formas subyacentes a la expresión de una conducta disruptiva.

A pesar de los discursos más extremos que defienden la máxima severidad del sistema ante el primer indicio delictivo, cabe destacar que el psicópata clásico experimenta de antemano el mundo como un lugar hostil y dañino, y a sus integrantes como potenciales agresores a los que debe adelantarse. El castigo social o familiar al psicópata no suele generar el cambio conductual perseguido y arriesga que se acentúe el núcleo paranoide del sujeto.

En otras circunstancias, incluso sin que la insensibilidad o la frialdad emocional del niño sugiera la presencia de dicho núcleo en su bagaje constitucional, una actitud hiperpunitiva generará una identidad del niño o adolescente enredada para el futuro en lo antisocial, no como elección sino como predeterminación asumida.

El castigo, por lo tanto, opera de forma diversa a distintas edades y en términos de si se aplica de una forma consistente o inconstante, madura o infantil, dirigiéndose a la extinción de un comportamiento o sin que padres, profesores o autoridades judiciales sean conscientes de que se cumplirá solo un efecto positivo en tanto “la composición química del sujeto encaje con la capacidad enzimática del castigo”.

Siguiendo con esta metáfora, el castigo continuado y repetido saturaría la vía enzimática y no puede obrar sino una acumulación del sustrato, esto es, la conducta desviada. La evitación bajo cualquier circunstancia del castigo comporta riesgos de que el niño no tenga la oportunidad de contrastar la reacción que el ambiente tendrá antes o

después sobre sus disconductas, potenciándose así algunos fenómenos que se identifican sobre todo con el “modelo de coerción”, por el que una inconsistente disciplina hace que el niño aprenda que las conductas desviadas (llorar, patalear, manipular) le resultan provechosas.

Por todo lo previo, se ha consolidado la idea de que una disciplina eficaz se basa en criterios de coherencia intra e interepisódica, así como de consistencia a lo largo del tiempo. La arbitrariedad en las normas parentales, todavía más cuando se suma a una predisposición biológica o a una actitud contextual de desprecio por la autoridad, contribuye a una percepción paranoide de la relación con el otro y con la sociedad que no solo deslegitima a los agentes externos a la familia, sino a los propios padres o profesores.

## **3.2. Aspectos psicobiológicos**

Como se ha venido perfilando, las primeras experiencias ambientales encontrarán un organismo con una fisiología determinada por sus condicionantes genéticos. Ya en su exposición prenatal, el feto habrá tenido que afrontar las experiencias ambientales que la biología y el estado psicosocial de la madre hayan determinado. Este modelado plástico entre las estructuras cerebrales que seguirán desarrollándose hasta bien pasada la adolescencia y el magma conformador de las influencias bioquímicas se beneficia, según el conocimiento actual, del esfuerzo de integración. No obstante, aunque intentaremos relacionar ambas variables a lo largo de las siguientes líneas, con fines eminentemente clarificadores se procederá a su estudio en epígrafes distintos.

### *3.2.1. Estructuras cerebrales: el barro a ser modelado y modelarse*

La embriogénesis comporta riesgos significativos para que la materia prima sobre la que tendrán que operar distintos modificadores neuroquímicos y ambientales no resulte en la integridad neuroanatómica estructural precisa, tanto en términos de sustancia gris como de sustancia blanca. En condiciones normales, la migración celular desde las placas neurales hasta la región que definitivamente ocuparán las neuronas en términos de laminación y capa a poblar en el cerebro adulto sigue caminos que conocemos mejor. Así hemos desentrañado el papel de proteínas que guían este proceso migratorio y algunas patologías en las alteraciones que influyen en estos procesos. Entre ellos no solo en la conformación de trastornos generalizados del desarrollo, mayor susceptibilidad a sufrir epilepsia e incluso en la proclividad a presentar conductas disruptivas, auto o heteroagresivas.

Una incorrecta migración podría conducir a una menor “población neuronal” en determinadas regiones cerebrales, si bien es cierto que esto sigue manteniéndose en el campo de lo incógnito aún. Las técnicas de neuroimagen funcional o estructurales de más resolución con que hemos contado en el último decenio sí han permitido escrutar una

posible relación entre una delgada corteza en determinadas regiones del cerebro adulto y el diagnóstico de psicopatía.

En este sentido, los hallazgos de una menor densidad neuronal en el cerebro psicopático adulto en relación con los controles sanos no podemos establecer actualmente que se deban a problemas en el neurodesarrollo, sino obviamente también a procesos neurodegenerativos. Además, en ambos casos, ello no necesariamente implicaría un defecto local, sino que podría ser expresión secundaria de una conectividad anómala y por tanto de un origen a distancia.

Sea como fuere, regiones como la ínsula, las regiones frontales ventromediales, el cíngulo anterior y el polo temporal anterior han sido consistentemente asociadas a un menor grosor en los cerebros de sujetos psicopáticos pertenecientes más veces a muestras de sujetos que cumplían condenas judiciales por crímenes graves.

Cuando aparte de otros múltiples posibles disruptores biológicos (bajo peso en el nacimiento, prematuridad) entramos en la interfaz psicobiológica, contamos con algunos estudios preclínicos en animales que muestran que las experiencias estresantes en las primeras etapas de la vida se asocian a un incremento en la agresión a largo plazo, así como otras formas de psicopatología en el ser humano. Cuando se analiza el patrón de agresión de los animales resulta especialmente interesante que dichas crías sometidas a experiencias inductoras de intenso miedo responden agresivamente incluso a otros roedores no amenazantes.

De forma consistente con el modelo que asumimos también en el ser humano, este estudio demostró una hiperactivación amigdalal y una hipoactivación orbitofrontal, lo que es consistente con buena parte de la agresión en nuestra concepción de la psicopatía, de formas impulsivas como la asociada al trastorno explosivo intermitente y de algunas formas de agresión en el contexto de intoxicación aguda y crónica por alcohol u otras drogas.

Estas formas de investigación constituyen por tanto un avance en la constatación de cómo las experiencias de maltrato, abuso o traumáticas experimentadas en fases de vulnerabilidad específicas generan cambios objetivables en el funcionamiento y potencialmente en la anatomía cerebral a largo plazo, lo que sustenta las interpretaciones realizadas a partir de los estudios epidemiológicos retrospectivos de asociación entre el antecedente traumático y el desarrollo de conductas disruptivas futuras. Sin embargo, sigue siendo necesario desentrañar cómo se producirían estas interacciones tan relevantes para salvar la vieja dicotomía *naturenurture* en la investigación.

En esta dirección, una de las respuestas más esquivas a los intentos de investigación ha tenido que ver con cómo las experiencias infantiles pueden originar daños manifestados a largo plazo en la salud física, emocional y en la conducta de los individuos. En otros términos, qué huellas dejaría el estrés psicosocial u otras noxas ambientales en el niño desde el punto de vista epigenómico.

La comprensión del papel de los telómeros cromosómicos y de los daños que estos podrían sufrir ha sido objeto de atención en muy recientes estudios que muestran cómo la exposición infantil a la violencia puede determinar cambios en estas regiones genéticas

altamente repetitivas (la secuencia TTAGGG se repite unas 2.000 veces en ellos).

Debe enfatizarse nuestro conocimiento de que entre las funciones más reseñables de los telómeros se cuenta la regulación de la multiplicación y crecimiento celulares. De ahí que hayan sido ligados a los procesos de envejecimiento, cáncer y enfermedades crónicas como la obesidad, las cardiovasculares e incluso adicciones como el tabaquismo. Resulta interesante destacar de antemano que la esperanza de vida de los sujetos antisociales no solo está reducida por accidentes y violencia, sino también por muertes de origen médico. Con todo, su asociación al estrés psicosocial ha requerido solo atención en los últimos años.

En su artículo “Exposure to violence and erosion of telomers: 5 to 10 years of follow-up”, Shalev y colaboradores analizan de forma longitudinal qué cambios experimentan dichas regiones de codificación, dependiendo de la exposición de los individuos a una o varias formas de violencia (maltrato materno, *bullying* y violencia doméstica). Debido a la variabilidad que pueden experimentar estas regiones de forma aleatoria y que el abordaje transversal de su estado podría aportar información equívoca, los investigadores realizan una evaluación a los 5 y a los 10 años de edad, basándose en una submuestra de gemelos del Environmental Risk Study.

Previamente, al menos cuatro de seis estudios previos transversales o retrospectivos habían revelado una posible asociación entre la exposición a violencia en la infancia y un acortamiento de los telómeros. El trabajo de Shalev, sin embargo, al analizar longitudinalmente la evolución de dichas porciones cromosómicas, arroja luz sobre cómo la exposición a violencia procedente de diversas formas o fuentes (maltrato físico, *bullying* y violencia doméstica) tiene un carácter acumulativo. Según sus conclusiones, el maltrato físico recibido en primera persona es la forma de exposición a violencia que en el citado trabajo aceleraría más el proceso de acortamiento telomérico.

Como se analizará en distintos capítulos de esta obra, se ha destacado con distintas metodologías la asociación de la experimentación de violencia infantil con el desarrollo de los trastornos límite y del trastorno antisocial de personalidad (Jaffe, 2004). Por todo lo anterior, y aunque tradicionalmente se ha venido ligando estas estructuras patológicas a los fenómenos de aprendizaje y psicosociales que tendrían lugar durante la crianza violenta, el goce sádico o la visión dimensional de altas puntuaciones en rasgos psicopáticos de personalidad podrían venir explicados por una etiología multifactorial donde fenómenos epigenéticos y biológicos tendrían también influencia.

No obstante las afirmaciones anteriores, ha habido también estudios más recientes donde se ha señalado que sería más bien la ausencia materna o su incapacidad para frenar el maltrato lo que más impactaría en el desarrollo ulterior de conductas antisociales estables, idea en clara consonancia con la teoría del apego de Bolwby.

De una u otra forma este es un cuerpo de conocimiento que nos reitera en la altísima relevancia para las políticas sanitarias en relación con el bienestar físico y psicosocial de la madre, así como con el especial seguimiento, acompañamiento y entrenamiento en habilidades parentales de las familias monoparentales o no, que presentan alto riesgo de privación o comportamiento lesivo para el niño.

### 3.2.2. *Fenómenos de aprendizaje y modelado neuronal: redes y poda sináptica*

La constitución de un cerebro flexible y resiliente necesita no solo de una arcilla moldeable y de alta calidad, sino de una exigente tarea de dimensionalidad y armazón subyacente que compendie estabilidad y flexibilidad. Para ello es imprescindible la tarea de edificación interna que el cerebro va experimentando a lo largo de toda la vida y que tiene como fenómenos más marcados el establecimiento de redes neuronales y un mecanismo más sutil ligado a ello, como sería el de la poda sináptica o de eliminación de las conexiones excedentes generadas durante las primeras etapas de su constitución.

El compendio de información sobre los sutiles déficit emocionales, cognitivos, lingüísticos y neuropsicológicos detectados en la psicopatía, sobre una base general de funciones ejecutivas y de un cociente intelectual preservados (cuando no por encima del promedio) ha llevado a analizar con más detalle si los problemas en conectividad y de una forma más genérica en la modulación de las redes cerebrales podría estar detrás de la fisiopatogenia de este trastorno.

Algunos hallazgos significativos han procedido en concreto de analizar de manera mixta, mediante paradigmas de laboratorio, algunos de estos esfuerzos acoplados a técnicas electrofisiológicas o bien de neuroimagen funcional, si redes involucradas en el funcionamiento atencional podrían estar ya dañadas en individuos jóvenes con altas puntuaciones en psicopatía, como por ejemplo mediante la utilización de la escala APSD (Antisocial Process Screening Device; Frick y Hare 2001). Alteraciones en la alerta atencional que parecen estar detrás de las dificultades del sujeto psicopático para actuar en virtud de su aprendizaje al castigo cabrían ser más esperables en el constructo del TDAH, pero como señalamos también ha arrojado algún hallazgo en la literatura científica de la psicopatía (Racer, 2011).

Estudios muy recientes han confirmado que el hallazgo de correlación entre psicopatía en la edad adulta y la disminución del grosor cortical en determinadas regiones cerebrales se ve replicado según los hallazgos en una muestra de 297 niños y adolescentes de entre 6 y 18 años. En concreto, Ameis y colaboradores (2014) encuentran que un menor grosor orbitofrontal, cíngulo derecho y cortex temporal medial se asocia a mayores puntuaciones en las conductas externalizantes medidas mediante el Child Behavior Checklist (CBC), así como constatan la posible influencia de la red orbitofrontal-amigdalal en las conductas externalizantes.

### 3.2.3. *Hormonas y neuroquímica cerebral: agua que permite modelar el barro*

#### *A) Testosterona y hormonas sexuales femeninas (estrógenos)*

La influencia prenatal sobre el cerebro por parte de las hormonas sexuales circulantes en el torrente sanguíneo materno es un campo de investigación activo desde hace varios decenios. Por simplificar la complejidad de este terreno, se puede escuchar la analogía de que el cerebro del feto se pintará tanto más de “rosa” (femenino) o de “azul” (masculino), en virtud del funcionamiento endocrinológico de la mujer durante la gestación (figura 3.1).

Aunque consecuencias de esta investigación se han intentado ligar fundamentalmente a cuestiones como la identidad sexual y la selección del objeto preferente de deseo (ginerasta o andrerasta), más recientemente se ha intentado comprender también desde esta perspectiva fisiopatogénica las muy diferentes frecuencias de comportamientos violentos, así como de psicopatía en varones y mujeres.

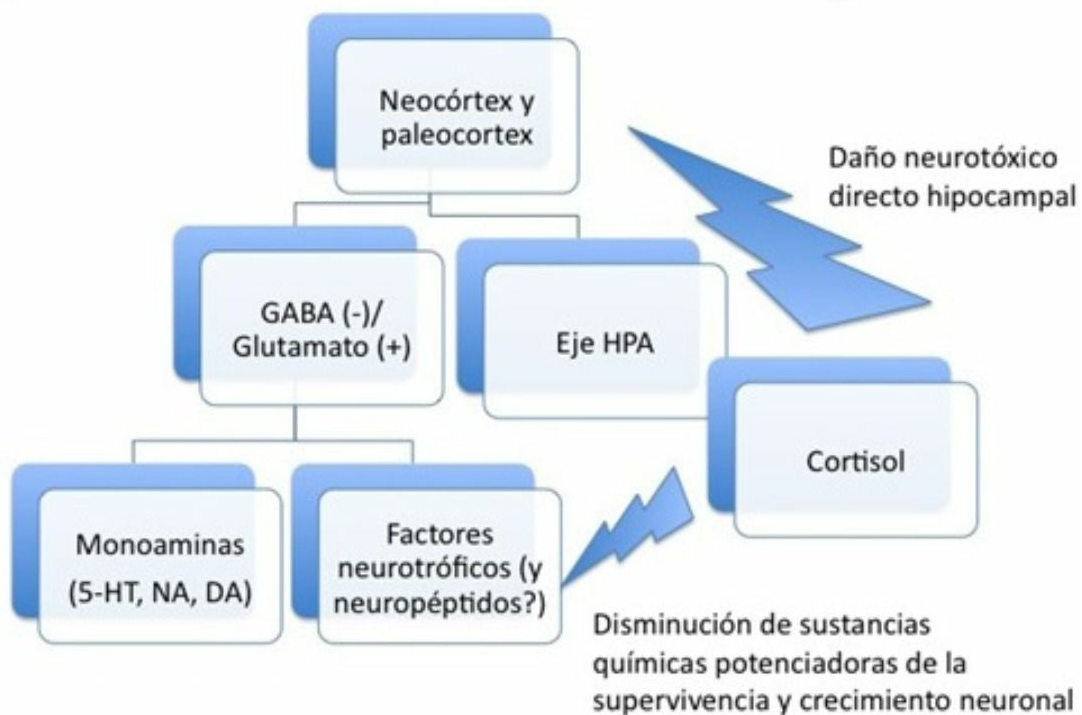


Figura 3.1. Efecto del estrés en patología afectiva y postraumática: modelo biológico

*B) Eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (corticoides)*

Se reiterará en este texto que conductas agresivas contra uno o los demás y otras formas de comportamientos antisociales son la fachada bajo la que se encubre un cuadro depresivo de trasfondo. Existe información suficiente que vincula las experiencias traumáticas y ansiógenas infantiles (pérdida de un progenitor, maltrato físico o psicológico, abandono) con una disregulación del eje hipófiso-pituitario-adrenal (HPA), que puede reemerger durante la edad adulta, o a veces manifestarse ya desde la infancia y

adolescencia, probablemente en sujetos con más vulnerabilidad genética, en la forma de un cuadro depresivo.

El eje HPA se regula a través de un fenómeno de *feedback* negativo en condiciones normales y por tanto la disregulación corticoidea prototípica de la depresión mayor melancólica se demuestra en laboratorio mediante la respuesta aplanada al test de dexametasona. De forma más genérica y sencilla existiría una hipersecreción corticoidea mantenida que podría implicar alguna forma de resistencia del hipotálamo a los altos niveles de corticoides circulantes, motivo por el que a pesar de esos altos niveles de corticoides, el hipotálamo seguiría produciendo CRH y activando la cadena de producción de aún más corticoides.

Las técnicas de neuroimagen nos han permitido comprender que en sujetos sometidos a estrés agudo se produce una hipertrofia tanto de las glándulas adrenales como de la hipófisis, lo que resulta en altos niveles circulantes de cortisol dañinos para estructuras cerebrales que son especialmente sensibles a su efecto tóxico, como son subporciones anatómicas del hipocampo. Todo ello, sin embargo, sin los estigmas físicos prototípicos del cuadro de hipercortisolismo primario o secundario (síndrome de Cushing).

Desde la introducción de la cortisona en el tratamiento farmacológico de diversas patologías inflamatorias o autoinmunes, se conoce que la utilización mantenida de dosis moderadas o altas de corticoides exógenos generan una mayor actividad mental y física, en ocasiones acompañada de insomnio, hipertimia o euforia, y muy habitualmente irritabilidad. En determinadas publicaciones se ha asociado el influjo de estas hormonas sobre la aparición incluso de cuadros de inquietud y agresividad francas, habiéndose comunicado casos difícilmente distinguibles de manías no farmacológicas.

Todas estas reacciones disfóricas se han venido asociando fundamentalmente a los glucocorticoides de una forma genérica. Debe enfatizarse que la producción de estas sustancias se produce por la sucesiva estimulación que la secreción de CRF (hipotalámico) ejerce sobre la de ACTH (hipofisaria) y esta sobre la de cortisol en las glándulas adrenales. Sin embargo, hasta recientemente no se ha elucidado qué nexos transformarían estos factores hormonales en reacciones neuronales.

En un interesante artículo de 2013, Barik y colaboradores establecen a partir de investigación en roedores que los incrementos en glucocorticoides circulantes secundarios a la inducción de estrés agudo actuarían sobre las neuronas dopaminoceptivas, si bien no sobre las productoras de dopamina. En otras palabras, estados disfóricos agudos y la aversión social que caracterizan muy claramente al sujeto psicopático, pero con frecuencia también a quien padece un cuadro depresivo agudo, podría estar justificado por una disregulación primaria del eje HPA y mediado a través de la neurotransmisión monoaminérgica.

Más recientemente, cambios epigenéticos como la metilación de un gen para el receptor de glucocorticoides llamado NR3A ha significado un paso más en la explicación sobre los efectos a largo plazo del estrés y de las experiencias traumáticas, en particular del maltrato infantil. De hecho, este fenómeno de metilación ha sido implicado

también en la fisiopatogenia de los trastornos bipolares, aparte de los problemas conductuales del joven o adulto, situaciones ambas en que es frecuente hallar experiencias de abuso.

En qué medida otras sustancias producidas en hipotálamo en estrecha relación con el CRF como la AVP (arginina-vasopresina) influyen en esta disregulación y por añadidura en la agresividad y otras conductas antisociales no ha sido suficientemente establecido hasta la fecha.

Esta otra hormona (AVP) se cree que, aparte de otras funciones periféricas, actuaría como un cofactor que ayuda a que el CRF pueda producir en la hipófisis el aumento de ACTH que le es connatural, sustancia que a su vez condicionaría mayor producción de un cortisol, que debería ser capaz de transmitir centralmente la necesidad de frenar todo este círculo vicioso que es el hipercortisolismo tóxico y desmanejado.

### *C) Neurotransmisión monoaminérgica*

Esta forma de transmisión entre neuronas mediante la liberación de sustancias químicas en la hendidura sináptica consta entre las áreas más exploradas en la psiquiatría. A estos efectos se ha tratado de elucidar su papel entre los orígenes biológicos de constructos como la impulsividad, la agresividad, la violencia, así como de una forma más sindrómica los trastornos de conducta antisocial, las adicciones, el TDAH y la psicopatía.

Es necesario establecer que la cadena enzimática de producción de dichas sustancias parte del aminoácido tirosina y que secuenciales reacciones generarían la dopamina a partir de esta molécula noradrenalina, y a partir de noradrenalina la adrenalina.

En el momento actual está establecido que los sujetos antisociales con rasgos prominentes de psicopatía demuestran un pobre funcionamiento del eje monoaminérgico (adrenalina y noradrenalina), con la necesidad de estímulos superiores para la producción de dichas sustancias activadoras. No obstante, no había consenso sobre qué factor de la psicopatía, si es que alguno de los dos factores descritos por Hare, o qué dominios sintomáticos dentro de una concepción más multidimensional de la psicopatía podían relacionarse con alteraciones en esta forma de neurotransmisión.

Lógicamente, por tanto, se ha intentado bajar un escalón y establecer si el funcionamiento monoaminérgico desempeña un papel reseñable en la impulsividad y sus manifestaciones patológicas. Este hecho se ve justificado por los estudios que consistentemente han ligado la alteración de los niveles de metabolitos de estos neurotransmisores en el LCR (líquido cefalorraquídeo) de sujetos que habían cometido un suicidio letal e impulsivo.

Dopamina, noradrenalina y serotonina actuarían de forma coordinada regulando la saliencia de las conductas impulsivas. Dopamina y serotonina tendrían un efecto prioritario de contención de la impulsividad, mientras que la noradrenalina favorecería la emergencia de la acción no planificada. Los papeles de la dopamina y la serotonina se abordarán con más detalle en los capítulos dedicados a trastornos por consumo de

sustancias y trastornos impulsivos.

A fin de entender esta argumentación, debe subrayarse que, a diferencia de lo que establecía Cleckley en *La máscara psicopática*, el sujeto antisocial con rasgos psicopáticos tiene un alto índice de suicidio, y sus intentos presentan frecuentemente características impulsivas y alta letalidad. De la misma forma, la depresión no es tan rara como se establecía en este conjunto de sujetos, si bien parece obedecer más al daño narcisístico secundario a la frustración de sus planes, que no a un déficit primario de narcisización.

La concatenación de psicopatía-impulsividad-depresión se ejemplifica con el marcador genético que más nos ha aproximado a poder justificar un origen biológico en la conducta antisocial, esto es, la enzima monoaminoxidasa (MAO). Debe recordarse que el funcionamiento del sistema nervioso simpático, de la producción de catecolaminas y de su disponibilidad cerebral está mediatizado por esta enzima.

En particular, la MAO es la enzima encargada de la metabolización por oxidación de noradrenalina y adrenalina, así como de degradar la serotonina. Existen dos tipos de enzima monoaminoxidasa: la MAO-A y la MAO-B, ambas presentes en las neuronas y neuroglía. Aunque la MAO-A es más importante para la degradación de dopamina, serotonina y noradrenalina, la MAO-B se investigó antes y por interesados en el área de las dependencias, debido a su presencia también en sangre y plaquetas, lo que la hacía más accesible, y a que degrada la dopamina (más involucrada que los otros neurotransmisores en la adicción).

Si bien estudios recientes han fracasado al intentar replicar una asociación entre el genotipado de la MAO-B y un efecto moderador o protector de la exposición a ambientes hostiles y deprivados sobre la futura conducta antisocial, en el año 2002 se publicó en *Science* un artículo esencial firmado por Caspi y colaboradores que establecía que los niños maltratados con un polimorfismo de baja actividad en la región promotora del gen MAO-A tenían mayores probabilidades de desarrollar trastornos por conducta antisocial que los niños maltratados con una variante de alta actividad.

Como señalábamos, a pesar del entusiasmo suscitado por algunos de estos hallazgos, pronto aparecieron otros trabajos que no encontraban asociación entre la exposición a maltrato infantil o adversidades, los cambios en la MAO-A y aspectos como el abuso de sustancias (considerando esta como una forma de conducta antisocial). Sin embargo, dicha asociación entre maltrato y MAO-A sí se ha constatado como influyente sobre la aparición de algunos de los trastornos por externalización como los trastornos de conducta y otras formas antisociales (Derringer, 2010).

Aunque insuficientemente explicativas y ocasionalmente contradictorias, la hipótesis “catecolaminérgica” común a los trastornos afectivos y a algunas adicciones (ambos habituales a lo largo de la evolución del sujeto con conductas antisociales) han permitido avanzar en el conocimiento de sistemas de neurotransmisión, lo que puede seguir generando información con aplicaciones diagnósticas y terapéuticas en el futuro.

De una forma resumida y metafórica podríamos señalar que la MAO y la neurotransmisión monoaminérgica expresan cuánto de “incendiable” ante un conjunto de

circunstancias e “impávido” ante otro es el sujeto (en términos de impulsividad y de frialdad psicopática, por ejemplo). Sería defendible argumentar que el sujeto psicopático (obviando las subtipificaciones) puede responder con esas dos tonalidades emocionales porque su composición biológica aún a déficits en la modulación de ambos extremos.

De acuerdo con todo lo que precede, parece existir un solapamiento importante entre un eje HPA patológico y el funcionamiento monoaminérgico alterado en el seno fisiopatogénico de diversas formas de trastorno mental. Este tándem puede estar involucrado así en el desarrollo de diversas constelaciones semiológicas en el sujeto con conductas antisociales, entre ellas la impulsividad y la agresividad. Además, rasgos más prototípicos de la patología depresiva, como la aversión y retirada social, podrían expresarse en otros sujetos como una propensión a la explosión violenta y una global carencia de implicación emocional interpersonal.

En qué medida diversos factores ambientales (la crianza, la familia, los pares, las primeras experiencias) son capaces de apagar los aspectos más inflamables del sujeto con rasgos psicopáticos genéticos y no inducidos por un ambiente nocivo, así como si se consigue o no introducir una chispa de emocionalidad y empatía en los primeros años de vida, es un aspecto clave que potenciará o mitigará la expresión de dichos rasgos a lo largo de la adolescencia y de la edad adulta.

#### *D) Glutamato y GABA o el balance excitación-inhibición: el pedal del torno*

La plasticidad sináptica y los fenómenos de potenciación y depresión a largo plazo (relativos a la modulación de la memoria) no ha sido tan indagada en el campo de la psicopatía como sí en otros campos neurobiológicos.

Resulta una hipótesis plausible, a partir de lo expuesto y del conocimiento de áreas de intensa investigación como la enfermedad epiléptica, que el cerebro psicopático estableciese relaciones sinápticas atípicas o perdiese conexiones típicas en los primeros años de vida, bien como consecuencia de determinantes genéticos heredados, bien como consecuencia de las exposiciones traumáticas precoces.

Los sutiles déficits atencionales, cognitivos, lingüísticos y emocionales a los que aludíamos páginas atrás son comunes en diversas formas de epilepsia crónica y en trastornos mentales diversos en los que se ha objetivado la pérdida de funcionalidad o densidad de espinas dendríticas. Estos minúsculos apéndices de la membrana postsináptica son responsables máximos de la conexión excitatoria y de la formación de redes neuronales.

El tercero de estos sistemas neuroquímicos (que se añadiría al tándem eje HPA-monoaminas) está constituido por el sistema glutamato-gaba y la regulación que el mismo ejercería sobre la producción de dopamina. Como se verá en el capítulo dedicado a los trastornos por consumo de sustancias, la dopamina producida por el estriado ventral (particularmente por el núcleo accumbens) desempeña un papel cardinal en la regulación de aspectos volitivos o motivacionales, pero también a los cambios en impulsividad y control conductual que se experimentan en dos momentos concretos de la vida: la

primera infancia y la adolescencia.

Tanto en el campo neuroanatómico funcional como en el neuroquímico han aparecido novedades recientes que amplían la información clásica y que convierten el modelo bidimensional de factores biológicos en una carretera común a la que vierten no dos sino tres avenidas, así como amplían el foco de la interrelación corteza prefrontal global-amígdala-hipocampo (prototípica del análisis de la emoción) al llamado modelo triádico de la conducta motivada (Ernst, 2006).

Este modelo centraría su atención en la interacción entre la corteza frontal (incluyendo las áreas ventromedial y el cíngulo anterior), el estriado ventral y la amígdala. La corteza prefrontal actuaría como un “jefe” que regula qué parte de lo que ocurre a un nivel inferior (procesos límbicos relativos al riesgo, al miedo o al impulso agresivo) asciende hasta su nivel y emergen (la llamada regulación ejecutiva de tipo *top-down* sobre los procesos límbicos *bottom-up*).

El glutamato ha mostrado un papel clave en esta forma de conectividad frontolímbica (Duncan, 2013) y conocemos que la actividad de este neurotransmisor mediada por los receptores NMDA es esencial para la formación y eliminación de conexiones sinápticas, dotando a la espina dendrítica de una mayor o menor fortaleza en sendos procesos.

De un modo secuencial podríamos establecer los siguientes hitos:

1. Durante los primeros años de vida se produce un desequilibrio excitatorio en el cerebro en formación. Ello obedece a que en esta fase, una sustancia que en el cerebro maduro actuará inhibitoriamente (GABA) se comporta de forma excitatoria.
2. Años más tarde, durante la adolescencia se cree que podría existir un nuevo cambio de interacción, ahora entre el glutamato y la dopamina, lo que explicaría que en este periodo de exposición a múltiples cambios fisiológicos se produzca una explosión de incidencia de los trastornos psiquiátricos más relevantes (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, entre otros).
3. En la adolescencia precoz de modelos animales se alcanza el pico de unión de glutamato a los receptores NMDA, por lo que alteraciones en esta sensible fase del desarrollo pueden justificar excesos o defectos de conectividad ligados a extremos conductuales en la adolescencia.
4. En el cerebro adulto, el glutamato de origen cortical activaría más efectivamente la inervación gabaérgica de neuronas en el estriado ventral. La inervación gabaérgica “madura” produciría una supresión de la actividad dopaminérgica de las neuronas del estriado ventral, frenando conductas de riesgo, impulsivas y agresivas.

### E) Neuropéptidos

Apuntado que aún queda mucho por elucidar en esta área relativamente novedosa, la

investigación farmacológica más reciente ha incidido en neuropéptidos como la mencionada AVP, el NP Y o la colecistokinina y en su implicación en diversas formas psicopatológicas con un dominio de inestabilidad emocional. Un amplio cuerpo de información biológica disponible vincula los cuadros afectivos con el desarrollo de posibles alteraciones mediadas neuroquímicamente en regiones y estructuras cerebrales como hipocampo, amígdala y corteza prefrontal dorsomedial, lugares donde estas sustancias podrían ejercer papeles mediadores y de neuromodulación.

### **3.3. La integración psicobiológica: las manos del alfarero**

Cuando profundizamos en la relación entre estructuras anatómicas, neuroquímica y añadimos las “manos modeladoras” de la experiencia vital (muy especialmente infantil precoz, en relación con los progenitores), el circuito límbico de Papez requiere un foco de atención especial.

Esta unidad “virtual y multidisciplinar” para el control emocional ha sido reanalizada a la luz de técnicas sofisticadas de imagen en vivo como la tractografía, que expresa los grados e intensidad de conectividad en virtud de la disposición de las fibras de sustancia blanca. De acuerdo con esta técnica, se han corroborado las observaciones neuroanatómicas clásicas sobre que la amígdala establece una conexión muy significativa con el hipocampo, y ambas estructuras con la corteza prefrontal.

En el momento actual se viene abogando por que el hecho de que el estrés perinatal ambiental y las experiencias infantiles precoces influyen de forma muy significativa en la psicopatología emergente a lo largo de la vida.

Así, por ejemplo, los estados afectivos depresivos que se manifiesten intrapsíquicamente por la evocación de recuerdos traumáticos, negativos, muchas veces distorsionados, con una negación de la capacidad para disfrutar del presente o de mostrar esperanzas con respecto a un futuro que se percibe como ominoso, podrían basarse en un desequilibrio entre las relaciones de poder de este “triángulo neuroanatómico afectivo”, que vendría cifrándose desde edades tempranas en la vida.

En términos integradores, la triada cognitiva de Beck se interpretaría biológicamente como consecuencia de la manifestación aparente y objetiva de un proceso por el que la corteza prefrontal pierde paulatinamente potencia en el control de las estructuras inferiores. Este déficit alimentaría que el tono en que la amígdala se comunica con el hipocampo y este gestiona el rescate de recuerdos y de la memoria semántica y episódica rescatada sea de corte pesimista.

La fenomenología de la visión despectiva inveterada de la sociedad que caracteriza al psicópata suele diferir, bien es cierto, de la que invade transitoriamente al sujeto deprimido. Sin embargo, una confluencia parcial de trayectos biológicos en el circuito límbico ampliado podría explicar la fundamentación de la desvinculación emocional y social del sujeto psicopático, junto a su percepción paranoide del otro como enemigo o rival, así como las vivencias de rabia, envidia y aversión social del sujeto deprimido.

Intriga en este sentido la relación intrapsíquica del psicópata con el recuerdo de sus experiencias traumáticas, que por otro lado han demostrado ser altamente prevalentes en las historias biográficas y clínicas de los sujetos no solo con este fenotipo, sino en otras alteraciones conductuales antisociales infantojuveniles como los trastornos limítrofes del adolescente.

La perspicacia y el trabajo clínicos han sugerido otras alteraciones que hipotéticamente podrían ir ligadas a anomalías en la conectividad, funcionalidad o bien a una conjunción de ambos aspectos en la estructuras amigdalas, hipocampal y corticales prefrontal y cingular.

Entre ellas se cuenta la resistencia hallada por el terapeuta al apelar e incidir en “recuerdos amables” o experiencias que pudieran conectar al psicópata con vivencias prosociales de las que se benefició. Aún más, puede extrañar su incapacidad empática para con las víctimas de sus actos, incluso al intentar evocar el sufrimiento que algunos sujetos psicopáticos (si bien no todos) han experimentado en su propia piel.

Por último, existen hallazgos que proceden más claramente de la evaluación neuropsicológica y que, como se ha mencionado previamente, han apuntado a que el cerebro psicopático podría presentar déficits sutiles en distintas áreas. Aunque muy brevemente, es necesario reflejar aquí la influencia que el maltrato físico directo u otras alteraciones anatómicas causadas en la primera infancia secundarias a golpes o traumatismos de otro origen pueden causar en el cerebro en formación, incluso sin manifestaciones claras en la neuroimagen realizada de manera inmediata. Este apartado se abordará en mayor detalle al establecer las bases biológicas de las formas de hiperactividad e impulsividad secundaria a daño cerebral adquirido.

# 4

## *Aspectos clínicos*

“Muchas veces he pensado si el mal no está puesto en el Universo como un tema de trabajo y un incentivo a nuestra curiosidad”.  
Santiago Ramón y Cajal

La clínica de los trastornos antisociales se cuenta entre las más ricas de la psicopatología. De hecho, cuando trascendemos la simplista admiración del pleomorfismo de las conductas disruptivas y profundizamos en los cuadros clínicos que subyacen a la expresión de una conducta socialmente dañina podemos encontrar semiología de muy distintos órdenes. Por tanto, es lugar común afirmar que el diagnóstico de la conducta antisocial es tan sencillo en teoría como complejo obtener la información para realizarlo y así aproximarse a una hipótesis de trabajo terapéutico y pronóstica en la práctica.

Obviamente, lo que las clasificaciones en vigor entienden por trastorno de conducta, por el trastorno disocial o por la psicopatía es de obligada descripción en este libro, dadas las implicaciones para la práctica real que estos tienen. Los informes judiciales, de recomendación de medidas o de emisión de diagnóstico y de tratamiento figurarán como validados por la emisión de un término ampliamente aceptado, ya sea de la DSM-IV, de la DSM-5 o de la CIE-10.

Sin embargo, si en el adulto defendemos la comprensión del fenómeno antisocial como de carácter dimensional en virtud de las pruebas aportadas por la epidemiología y, por ende, posible expresión observable de muchas constelaciones sindrómicas, en el niño tal particular es todavía más acusado. Ello abre puertas a descender a subcategorías diagnósticas distintas, que además postulamos que constituyen formas de un continuo psicopatológico y que, sin óbice para cuanto precede, al pertenecer a psicopatologías y etiologías no psicopatológicas diversas requerirá pericia diagnóstica y diversas formas de manejo.

### **4.1. Los diagnósticos oficiales de los trastornos de conducta primarios: trastorno disocial, trastorno de conducta y conducta antisocial**

El trastorno de conducta DSM-5 se define como un patrón desadaptativo de origen en la infancia y caracterizado por la violación repetitiva de los derechos básicos de otros o

normas sociales importantes aplicables a la edad, lo que se puede establecer por el cumplimiento de tres o más de 15 criterios enumerados en los últimos 12 meses y de al menos 1 de los criterios en los últimos 6 meses.

Dichos 15 criterios se agrupan en cuatro grandes epígrafes, a saber:

- a) Agresiones a personas y animales.
- b) Destrucción de la propiedad.
- c) Fraudulencia y robo.
- d) Violaciones graves de normas.

En pocas palabras, el trastorno de conducta se fundamenta en la evaluación del comportamiento, escudriñando transgresiones ya en forma de violencia contra otros ya contra bienes materiales, la apropiación indebida de los mismos y de una forma más genérica, el atentado deliberado contra las normas sociales reconocibles y respetadas por pares de la misma edad.

Como resulta lógico, el diagnóstico ha de basarse en el cumplimiento de criterios de unos y otros de estos epígrafes, debiéndose dudar del diagnóstico cuando todos los ítems pertenecen a una misma área de las cuatro citadas. En esos casos se hará requisitorio considerar otras posibilidades en el diagnóstico diferencial e incluso establecer la ausencia de psicopatología.

Si nos aproximamos a la clasificación CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, el diagnóstico más equiparable a este constructo es el de trastorno disocial. Esta clasificación permite una subcategorización dependiendo de que la cuestión comportamental esté ceñida al ámbito familiar del niño, de que se produzca en un niño previamente no socializado o que acaezca en un niño que sí había sido previamente socializado ([cuadro 4.1](#)).

La DSM-IV recogía por último una categoría denominada Conducta antisocial del niño o adolescente, sin equivalente en la CIE-10 y de controvertida validez discriminativa y predictiva. En este grupo se incluirían los problemas de conducta que no mantienen la característica estabilidad a lo largo del tiempo (lo que sí se va a dar en el trastorno de conducta). Del mismo modo, implica que la disconducta no es consecuencia de otro diagnóstico psiquiátrico primario. En definitiva y resumidamente, se trataba de una etiqueta aplicable a los casos en que la presión por nuevos pares o los estresores psicosociales determinan un cambio hacia lo antisocial con respecto al funcionamiento conductual premórbido del niño o adolescente.

Ejemplos de los comportamientos registrados por las clasificaciones al uso, divididos de forma artificial en subgrupos por tipo de disconducta son los siguientes:

- a) Agresiones a personas y animales.
  - 1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
  - 2. A menudo inicia peleas físicas.

3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico a otra persona.
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha robado enfrentándose a la víctima.
6. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

b) Destrucción de la propiedad.

7. Ha provocado deliberadamente incendios.
8. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

c) Fraudulencia y robo.

9. Ha violentado el hogar, la casa o automóvil de otra persona.
10. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.
11. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

d) Violaciones graves de normas aplicables a la edad.

12. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones, conducta iniciada antes de los 9 años.
13. Se ha escapado de casa durante la noche al menos 2 veces (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo).
14. Suele hacer novillos, conducta iniciada antes de los 13 años.

Junto a las manifestaciones “watsonianas” del sujeto con conductas antisociales existirían lo que se ha dado en denominar síntomas internalizados o por internalización. Lejos de constituir solo una dicotomía didáctica, la distinción entre las conductas impulsivas, agresivas o violentas (externalizadoras) y las manifestaciones internalizadas del psiquismo disocial, ha generado nuevas líneas de investigación que pueden ayudar a disminuir la heterogeneidad de la muestra. Por desgracia, hasta el momento, estos intentos revitalizan una parte del debate y redennominan, si bien no terminan de solventar los más confusos límites entre el concepto de psicopatía y el de conducta antisocial no psicopática.

Conductas agresivas, hiperactivas y delictivas suelen ser los complejos de conductas externalizadoras más comúnmente reconocidos. A pesar de lo heterogéneo incluso de estas agrupaciones más homogéneas y de lo disimilar entre ellas mismas, todas concurren en que probablemente generan una alta repercusión familiar, social y mediática. Procede por tanto, además de abordar el interesante mundo interno del sujeto con conductas antisociales, realizar un análisis más detallado de qué se entiende por cada uno de los términos que adjetivan la conducta observable, tan frecuentemente utilizados de manera vaga y amplia.

*Cuadro 4.1. Resumen de nosología comparada*

<i>DSM-IV. T. de conducta</i>	<i>CIE-10. T. disocial</i>	<i>DSM-IV. Conducta antisocial del niño o adolescente</i>
15 ítems conductuales	23 ítems (más compleja): establece especificadores de acuerdo con los ítems cumplidos	Categoría Z (otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica Comportamiento antisocial que no obedece a un trastorno mental)
Diagnóstico requiere 3 ítems durante al menos 12 meses	Diagnóstico requiere variable número de ítems, para algunos de más peso basta con 1 episodio	
Especificador: edad de aparición	Especificador ausencia o no de socialización previa	No constan
Especificador: gravedad	Especificador: limitado a contexto familiar	
Patrón persistente y repetitivo	Patrón persistente y repetitivo	Patrón episódico

Como anticipábamos en el capítulo destinado a abordar la epidemiología de los trastornos de conducta, el punto temporal de inicio de las primeras manifestaciones sintomáticas tiene una gran relevancia en las conductas antisociales, pero también en otras patologías que como el trastorno por déficit de atención o el trastorno oposicionista desafiante se cuentan entre los trastornos con importantes manifestaciones conductuales disruptivas.

Por otro lado, desde el decenio de 1960 quedó establecido que la repercusión funcional es un criterio clave a la hora de delimitar si un determinado síntoma o cuadro debe considerarse patológico o dentro de los límites de la normalidad. Todas las categorías diagnósticas de la DSM-5 o de la CIE-10 incluyen este criterio de repercusión sobre las áreas aplicables de funcionalidad del niño o adolescente, esto es, familiar, académica, de interacción social y de ocio.

Este último aspecto es clave para entender que determinadas conductas antisociales son simplemente actos delictivos que tienen lugar en un determinado contexto biográfico y que más allá de las ulteriores consecuencias legales no producen una repercusión social, académica u ocupacional significativa (si esto procede en el adolescente o adulto joven). Las conductas antisociales aisladas sin formar parte de un trastorno de conducta pueden significar el 50% o más de las derivaciones para evaluación y tratamiento ambulatorio en psiquiatría infantil.

La otra característica definitoria de estas formas de trastorno es que se trata de

problemas mantenidos a lo largo del tiempo, que no son puntuales y en los que, por tanto, cabe rastrear la continuidad entre la infancia y la adolescencia, y en ocasiones entre cualquiera de ambas y la edad adulta. Por servirnos de este símil, en el trastorno de conducta los comportamientos antisociales a lo largo de los años se engarzan entre sí en forma de una cadena cuyos eslabones serán más o menos gruesos. Una cadena que en fin se enrosca en torno a la biografía del sujeto, ahogando distintas áreas o dominios de su existencia.

A este tenor, el modelo de la taxonomía de Moffitt diferencia dos formas de conductas delictivas y antisociales dependiendo de su aparición en la infancia o adolescencia (que la DSM-5 considera un especificador y la CIE-10 solo un criterio a considerar), lo que ha servido de partida para otras interpretaciones como la de Farrington, donde no habría un punto de corte tan claro, y donde se entendería más como un continuo de situaciones.

Dentro de la propia taxonomía de Moffitt se ha propuesto una diferenciación entre las conductas antisociales que presentan más bien una ruptura de normas o leyes y aquellas abiertamente agresivas o violentas. Como veremos en las teorías psicosociales de la aparición de la conducta antisocial, se trata de un intento más de salvar uno de los grandes problemas que hemos venido resaltando a lo largo de este libro, esto es, la variabilidad de pronósticos cuando se comprende lo antisocial desde una perspectiva longitudinal o evolutiva.

Esta influencia se puede observar en la CIE-10, donde existen diferencias en el peso de algunos criterios sobre otros, si bien reconoce que el número de criterios o síntomas es más determinante del pronóstico que el tipo específico de sintomatología.

## **4.2. La anamnesis crítica ante la conducta antisocial**

Más allá de los aspectos de la entrevista psiquiátrica general que nunca deberán obviarse (hitos del desarrollo, historia médica, desarrollo sexual, etc.) en una primera o primeras entrevistas existen objetivos ineludibles.

### *4.2.1. Caracterizar con total precisión la disconducia y el escenario en que se produce*

Interesará establecer el conjunto de disconducias con su momento de primera aparición. Las circunstancias personales, escolares y familiares circundantes serán también imprescindibles a la hora de contextualizar la disconducia en un posible escenario causal (separación o divorcio de los padres, cambio de colegio o repetición de curso, cambio de residencia familiar, nacimiento de un nuevo hermano, fallecimiento de un familiar cercano, entre otras muchas).

No se trata por tanto solo de escuchar “la historia”, sino de entender “al narrador en

su relato de la historia”. Igual que la imagen de un coche en alta definición no es un coche sino una imagen de un coche, la historia del paciente no es la realidad del paciente.

Toda esta información será más probable obtenerla de la entrevista con los padres, sin embargo puede aparecer o matizarse en un segundo tiempo, cuando el clínico interroga al niño o adolescente sobre lo que cree que ha motivado la consulta. Así, el relato del niño es inexcusable, bien porque los padres hayan pasado por alto detalles que desonocen, bien porque hayan decidido ocultarlo activamente.

De ahí que una práctica habitual cuando el motivo de consulta es fundamentalmente la disconducia sea realizar una entrevista preliminar con los padres y sin la presencia del menor, no solo como una forma de evitar la confrontación en la primera entrevista, sino porque en ocasiones puede resultar fructífero que los padres preparen al niño o adolescente y así conseguir que la primera entrevista con él no sea un ejercicio inútil. El clínico no deberá precipitarse a emitir juicios clínicos ni de ninguna otra clase antes de haber podido entrevistar al joven.

Lógicamente existe un riesgo razonable de que en sujetos adolescentes, una primera entrevista a solas con los padres pueda deslegitimar al profesional como neutral a los ojos del adolescente, y en dicho caso deberá evitarse de entrada, pudiendo proponerse más adelante como una forma de complementar la información recibida.

#### 4.2.2. *Descartar psicopatología grave y riesgo de suicidio*

Dado que el motivo de consulta ostensible suele ser el problema conductual, nunca se insistirá lo suficiente en que el clínico establezca una anamnesis y una exploración global y de amplias miras que evalúe la frecuente comorbilidad en psiquiatría infantil, y aún más, que descarte que la disconducia es secundaria a patología emocional o hipercinética, muchas veces tratables de forma más eficaz que algunos cuadros psicopáticos o antisociales primarios.

Por ello no deberán obviarse preguntas acerca del estado de ánimo o de la ideación suicida, sobre sintomatología ansiosa, obsesiva o psicótica, aunque siempre desde una juiciosa aproximación. Para el experto en evaluación infantojuvenil no será sorprendente que estas preguntas deben reformularse en un lenguaje asequible a la edad del sujeto, ni que sean obligatorias para una correcta evaluación.

No obstante, otros profesionales acostumbrados a la relación con adultos o neófitos pueden cometer importantes errores diagnósticos y de decisión por haber intentado “evitar un mal trago al niño o a los padres”. Antes al contrario, la entrevista clínica debe prepararse como un viaje iniciático cada vez que el profesional inicia una evaluación.

A estos efectos, debe recordarse que el suicidio se cuenta entre las primeras causas de mortalidad infanto-juvenil, por lo que debe redundarse en destacar que sacar dicho tema a colación no incrementa el riesgo de que el sujeto lo convierta en un plan. Dicha indagación puede formularse de la siguiente manera: “¿alguna vez has pensado que estarías mejor muerto?” De obtenerse una respuesta afirmativa, se deberá evaluar la

intensidad y persistencia de dicho pensamiento, así como la concepción de planes para llevarlo a cabo.

Poder establecer tanto con los padres como con el niño su reacción a los efectos que la disconducia tuvo sobre los demás y sobre él mismo es un aspecto de gran relevancia para poder establecer el carácter “egosintónico” o “egodistónico” de dichas manifestaciones. ¿Muestra el paciente genuino arrepentimiento o en realidad su reacción afectiva obedece a la percepción del castigo en ciernes?

El final de cualquier evaluación breve ante una derivación por una conducta disruptiva es comprender de dónde parte y a dónde se dirige el comportamiento objeto de la derivación.

### **4.3. La exploración aplicada a la evaluación de la conducta antisocial**

#### *4.3.1. Atención, cognición, funciones ejecutivas*

Desde la descripción de Cleckley se ha venido indagando en los posibles sutiles déficits neurocognitivos de los sujetos psicopáticos. Aunque existen ideas en curso sobre qué alteraciones en los procesos atencionales podrían tener un impacto significativo sobre áreas como la incapacidad para operar en el futuro en virtud del aprendizaje ligado al castigo, es complicado que el niño o el adolescente aporten datos en la exploración clínica neuropsicológica de valor en esta área.

Por otra parte, ya se ha tratado que algunas personas que carecen de dicho núcleo, pero con disconductas en la infancia presentan cocientes intelectuales bajos, dificultades para la comprensión abstracta o bien un retraso en la adquisición de hitos cognitivos en su desarrollo (sujetos con daño cerebral adquirido secundario a traumatismos craneonefálicos, genopatías, embriopatía fetal alcohólica, etc.).

Así mismo, analizar el rendimiento atencional y cognitivo es obligado para poder determinar si un posible trastorno por déficit de atención e hiperactividad u otro trastorno neurológico ha impactado en el desarrollo neurocognitivo del sujeto y puede estar detrás del patrón disconductual motivo de consulta.

Debe recordarse que, como se destacó en el capítulo de introducción, una de las explicaciones de la maduración moral es la cognitivista heredera de Piaget y Kohlberg, y que en virtud de esta visión cabría catalogar como retraso en las habilidades del pensamiento formal a aquellos sujetos que ya han sobrepasado los 9 años de edad y de los que se esperaría que entendiesen el concepto abstracto de justicia.

No obstante, esto nos ubica en un área circunscrita de todo el espectro de la conducta antisocial, la del sujeto con déficit cognitivo ligado a un trastorno del desarrollo intelectual, muy claramente distintivo del pensamiento psicopático, que a pesar de comprender la “letra de la ley” no entiende “la música” y en el que, como decíamos, los datos neurocognitivos detectables son poco útiles en la exploración clínica.

En el niño pequeño, el dibujo puede orientar sobre el funcionamiento cognitivo, además de proyectar aspectos relevantes sobre su vivencia de situaciones como su lugar en el contexto familiar o escolar. Cuando se cuenta con apoyo neuropsicológico, baterías más exigentes ayudan a establecer qué subdominios están dañados, si es que hay alguno.

Entre dichas pruebas deben destacarse dos que pueden facilitar información sobre distintas funciones cognitivas:

1. WISC-R: Escala de inteligencia de Wechsler revisada.  
Aparte de proceder a la evaluación cognitiva del cociente intelectual global, permite evaluar la memoria verbal inmediata, la comprensión verbal y la producción de lenguaje.
2. Figura compleja de Rey.  
Ayuda a establecer capacidades visoespaciales, visuoperceptivas y visuoconstructivas, así como la memoria visual.

#### 4.3.2. *Temperamento y carácter*

Las bajas puntuaciones en las evaluaciones psicométricas de ansiedad desvelan lo que constituye un rasgo temperamental habitual en la psicopatía, esto es, la dimensión de baja evitación del riesgo.

Según la terminología de Cloninger y en su concepción tipológica, puntuar bajo en esta dimensión estaría muy ligado a aspectos clínico-biológicos (el sujeto presentaría un tono vegetativo simpático bajo) y a aspectos neuroquímicos (baja neurotransmisión serotoninérgica). Este bajo funcionamiento serotoninérgico estaría relacionado por su parte con la tendencia a responder agresivamente a las novedades en el ambiente y a no aprender del castigo, haciendo que el sujeto se exponga más habitualmente a situaciones en las que se puede resultar dañado.

De las tres dimensiones temperamentales, la alta búsqueda de novedad se ha ligado al funcionamiento noradrenérgico y la baja dependencia de la recompensa al dopaminérgico.

A continuación se abordarán tres dimensiones relevantes para el estudio de las conductas antisociales asociadas a estas mismas funciones de neurotransmisión.

##### *A) Impulsividad*

Como se podrá observar en el capítulo dedicado a comorbilidades, el componente de impulsividad es inextricable del dominio medido por muchas de las escalas dedicadas a la medición de la agresividad. En esta línea y tradicionalmente, las dimensiones de obsesividad e impulsividad han sido consideradas psicopatológicamente antagónicas, si bien es cierto que algunos cambios en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas han roto esta habitual disquisición. Con todo, no cabe esperar grandes conductas antisociales

en el obsesivo y sí en el niño impulsivo.

El niño impulsivo no medita las consecuencias de sus acciones y es más proclive a mostrarse intrépido ante diversos retos (trepar a alturas, conducir con bicicleta por caminos peligrosos, aventurarse al filo de precipicios o lugares altos sin barandilla o protección). La habitual tendencia al aburrimiento del adolescente en el niño con características psicopáticas se aqueja aun cuando el sujeto tenga una vida altamente estimulante desde el punto de vista social. Es el matiz de la peligrosidad y novedad el que determina poder salir de la sensación de monotonía que achacamos al referido bajo tono dopaminérgico.

Así se interpreta la disconducta del niño que insiste de forma desproporcionada en obtener un nuevo objeto o estímulo (puede tratarse de que se le compre un calzado deportivo nuevo, de que se le lleve a un determinado espectáculo o de que se le proporcione dinero, entre otras muchas cosas). De no conseguirlo, el sujeto puede entrar en la fase de coacción o amenazas. Paulatinamente se genera una forma de aprendizaje compatible con la descripción que Patterson hizo de su modelo de coerción.

El joven con un núcleo psicopático es descrito por tanto como irascible, egoísta, impetuoso o manipulador. Estalla con facilidad ante frustraciones menores, y habitualmente en forma desproporcionadamente violenta. Algunas de las conductas que complican su existencia y acortan su esperanza de vida tienen que ver con estilos de vida temerarios que pueden incluir desde los consumos de tóxicos descontrolados hasta la conducción agresiva, viéndose esta impulsividad más limitada en el caso de niños o adolescentes a aquellas conductas que les son más habituales.

Es evidente que el sujeto con un debut antisocial precoz puede conducir sin carnet vehículos robados y en casos mediáticos esto se ha acompañado en nuestro ámbito e historia de otras violaciones de la ley prototípicas del sujeto psicopático. Transgresiones como la conducción temeraria, una aproximación precoz, casi siempre inmadura y frecuentemente no consentida a las relaciones sexuales o el consumo de drogas pueden ser indicadores de intentos repetidos de autoestimulación para el sujeto, que en realidad son interpretados como hiperestimulación para el observador imparcial.

Muchas de estas conductas, cuando se dan en un sujeto impulsivo, además carecerán de una mínima planificación y por lo tanto pueden estar sujetas al fracaso en su realización, o a incapacidad para evadir u ocultar su autoría. En nuestro ámbito, en los años 80 recibieron atención mediática casos famosos de delincuentes juveniles reincidentes como “el Vaquilla”. Más recientemente parece haberse producido una mayor tendencia por parte de estos sujetos en la comisión de delitos más graves (homicidio y violación).

El sujeto impulsivo se traiciona con más facilidad en los interrogatorios judiciales, ya que su tendencia a contestar irreflexivamente es alta y por tanto la detección de la responsabilidad criminal en estos sujetos suele responder mejor a las técnicas de interrogatorio “agresivas”. De la misma forma, su relato en la consulta de salud mental entra más fácilmente en contradicción.

En contraposición al joven psicopático con un núcleo impulsivo, otra tipología

recoge sujetos que pueden ser extremadamente calculadores y fríos. Como plantean autores altamente influyentes en el área de la personalidad como Theodore Millon, esto determinaría diferentes subtipos de psicópatas con constituciones de personalidad distintas a partir de un núcleo más o menos común que es el de la frialdad afectiva y la falta de empatía. Poder intuir estos rasgos nacientes es especialmente relevante en el niño o adolescente, cuando algunos rasgos de personalidad son también moldeables y presumiblemente más susceptibles de ser modificados por la intervención.

### *B) Hiperactividad*

Independientemente de la presencia comórbida de un TDAH, el sujeto con conductas antisociales muy frecuentemente presenta un patrón conductual tanto de impredecibilidad ideativa como conductual. Debemos enfatizar que la investigación biológica en psicopatía ha destacado en diversos paradigmas el intento compensatorio del sujeto de una tendencia a un bajo tono noradrenérgico que le conduciría a seguir un patrón vital de cambios frecuentes de trabajo, pareja o residencia. Inestabilidad esta que al arrancar en la primera infancia conllevaría un deterioro paulatino en toda actividad que requiere de un compromiso constante (escuela, familia y pares) y que genera un estilo de vida nómada, “con una pareja en cada puerto” y muchas veces descendencia de distintas parejas.

El niño hiperactivo se describirá con detalle más adelante, pero un símil acertado de uno de nuestros pacientes adultos (que mantenía sintomatología del TDAH del adulto) es que funciona de forma parecida a la caricatura del “Diablo de Tasmania” o del videojuego “Crash Bandicoot”. En otras palabras, el sujeto hiperactivo con sintomatología franca de más de 5 años “ocupa demasiados lugares en el espacio en demasiado poco tiempo y de forma poco predecible”.

Es probable que el niño con conductas antisociales y franca hiperactividad se detecte con facilidad en la observación, más difícil sin embargo será llegar a una orientación diagnóstica sindrómica cuando predomine la timidez y la falta de atención (también muy ligados al desarrollo de conductas antisociales).

### *C) Agresividad y violencia*

El concepto de agresividad ha resultado en las últimas décadas travestido de una indumentaria respetable, cuando dicho concepto se aplica al carácter comercial o mercantil de los individuos y de las instituciones, en gran medida como consecuencia de la hegemonía económica estadounidense. Mensajes como “te falta agresividad” o “iniciaremos una campaña agresiva” han hecho perder al término la intensa connotación negativa que tradicionalmente ha tenido en nuestro ámbito.

A efectos de esta discusión y de no entrar en disquisiciones sobre si existen agresividades legítimas e ilegítimas, debe mantenerse en conciencia que la definición de la

agresividad implica etimológicamente el propósito de dañar. Su propia etimología latina (*aggressio*) refleja la idea de ataque, y la Real Academia Española sigue sin contemplar ninguna connotación que se acerque al término con el que se pretende disolver, esto es, el de asertividad.

Aunque esta discusión pueda suscitar la crítica de que se trata de cuestiones semánticas (o sea, secundarias para algunos intérpretes), es necesario ser cauteloso antes de desechar la influencia que tiene el lenguaje que una sociedad determinada selecciona, glorifica y propugna.

De la misma forma, es esencial poder discriminar qué otras formas lingüísticas tiende a penalizar, marginar e incluso exterminar. La consulta inicial con los padres podrá darnos una idea de qué terminología y vocabulario utilizan y aplican al comportamiento “problema”, con lo que obtendremos muy interesantes datos también sobre el psiquismo de los progenitores.

Las connotaciones peyorativas y estigmatizantes del término agresividad en el vocabulario psicopatológico infantil son más previsibles que en el adulto. Su efecto se puede objetivar en cuantos otros términos han sido relegados por considerarse incluso más políticamente incorrectos. “Niño agresivo”, en cambio, puede ser la única información de derivación escrita que obtiene el profesional en salud mental.

Convendrá por tanto afinar en qué se traduce dicha agresividad en realidad. ¿El niño es hostil, hiriente, vengativo, rumia su rencor siendo capaz de almacenarlo mucho tiempo hasta vengarse? Este perfil nos ubicará ante el sujeto con un núcleo más psicopático y por tanto menos sensible a la intervención psicoterapéutica.

Aunque puede sorprender a quien es principiante en el terreno, no necesariamente una mayor agresividad física ni la existencia de rabietas temperamentales son en sí mismos determinantes de un peor pronóstico. Antes bien, se encuentra que estos niños con menos frialdad e insensibilidad, remordimientos y una visión crítica hacia de ellos mismos en relación con esas conductas son más reactivos a la intervención.

Desde un punto de vista descriptivo se ha hablado de agresión instrumental y hostil, de agresión física y verbal, de agresión directa e indirecta e incluso de agresión activa y pasiva. Estas clasificaciones han tratado de dar una predominante cabida a los aspectos interaccionales, no obstante, nos parece de mayor interés establecer la diferenciación entre el “estado agresivo” y el “acto agresivo”.

En la interacción con el evaluado, bien sea a través de la observación del juego en el niño pequeño o de la escucha activa en el niño mayor o adolescente, debe perfilarse cuál es el propósito de la agresividad y su caracterización como un rasgo persistente o, por el contrario, como un acto aislado o una serie de actos inconexos.

En términos de diagnóstico diferencial, el sujeto con conductas antisociales no psicopático puede presentar actos agresivos existiendo o no un estado agresivo imperante por debajo. El psicópata, considerando como tal un grupo heterogéneo de posibles variantes, presentaría un nivel crónico de estado agresivo, esperando la mínima ocasión favorecedora para manifestarse de la forma más hiriente o destructiva de entre las posibles.

Por lo que respecta al curso evolutivo, puede esperarse que aparezcan las primeras manifestaciones de agresividad en el niño de 2 años: ante la frustración puede arañar, pellizcar, morder; hacia los 4 años podrá desarrollar agresiones verbales (lógicamente siempre que adquiriera adecuadamente la capacidad lingüística necesaria). Este hito debe determinar también un indicador de que la evolución es la correcta, ya que en la mayoría de los sujetos se producirá la progresiva sustitución de la agresividad física por la verbal, y finalmente una atemperación de esta última en la edad adulta convencional.

Esto nos lleva a necesariamente explicar que el concepto de violencia, tan difícil de desentrañar del de agresión, implica el uso de un extremo de fuerza física y connota inadecuación con respecto a los desencadenantes de la reacción en el individuo, así como la implícita penalización social y moral de la misma.

A diferencia de la agresión que puede considerarse instintiva, el término violencia establece una direccionalidad e intencionalidad. Probablemente, el profesional que recibe como información de derivación el escueto sintagma “niño violento” genere una imagen en sí más temible aún que la del “niño agresivo”.

En este sentido, juiciosamente algunos autores han profundizado en que el protagonista de la acción violenta pretende “causar un daño o sufrimiento en aquel al que violenta”, mientras que la víctima presenta una resistencia o deseo de evitar dicha violencia.

Esto permite realizar una más fina disquisición que de no existir contemplaría algunos comportamientos sadomasoquistas como “violencia”, pero sobre todo nos señala un hecho altamente importante en clínica. Muchos padres o abuelos han experimentado la escalada violenta del niño sin mostrar una verdadera intención evitativa que la coarte de raíz.

Involucrarse en peleas para ganar estatus en el grupo de iguales es cualitativamente muy distinto del ensañamiento que se observa en los sujetos con una precoz emergencia de conductas psicopáticas violentas. En la pelea de patio o de calle, el sujeto “normal” tiene suficiente con haber vencido a su adversario o haberse defendido. El sujeto “psicopático” no se detendrá hasta humillar, dañar lo máximo posible o perseguir la revancha si perdió.

Una vez más, la respuesta del niño o adolescente al “tiempo fuera”, a la actitud punitiva de las figuras de autoridad o a la reacción de los pares aportará importante información de la codificación y lectura que el niño hace de su propia disconducia.

Aunque pueda parecer fuera de la órbita del adolescente, las conductas de corte masoquista y sádico son manifiestas desde la primera infancia. Como ya se anticipaba, uno de los primeros identificadores de conducta antisocial suele ser la crueldad con los animales, que no deja de constituir una forma de sadismo, esto es, de disfrute con el sufrimiento ajeno. Esta aparente frialdad e incluso placer infligiendo dolor es un poderoso marcador de riesgo del futuro desarrollo de conductas violentas acendradas y de corte sádico.

Otras habituales manifestaciones de sadismo se suelen dar en las representaciones pictóricas y dibujos infantiles. El imaginario del niño se puede ver plasmado en imágenes

de asesinatos, sangrientas o crueles, donde lo que cuenta a la hora de interpretar su significado es la significación y los sentimientos que acompañan al niño a la hora de realizar y presentar sus dibujos, así como el deleite que obtiene de mostrarlos y atemorizar, incluso amenazando veladamente a pares o adultos responsables.

Como es bien sabido, la sintomatología psicótica en el niño puede tomar representación a través de la expresión ideográfica también en sus dibujos. Sin embargo, la delectación que obtiene el sujeto psicopático sádico no tiene mucho que ver con la reacción de miedo que experimenta el niño psicótico ante su propio mundo interno en proceso de desmoronamiento, caótico y temible.

Los profesores de escuela primaria tienen un papel clave a la hora de detectar, diferenciar e intervenir juiciosamente sobre estos primeros signos de un desarrollo moral anómalo o en absoluta contraposición, en el caso de las distintas y por fortuna infrecuentes formas de psicosis infantil, para alertar de la aparición de una enfermedad mental crónica y grave como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Procede aquí hacer una breve mención a un problema que se abordará más adelante en relación con los medios de comunicación y la influencia social que pueden tener sobre la aparición y morigeración de las conductas antisociales. Es práctica habitual cometer errores de traducción en diversos contenidos audiovisuales de habla inglesa original, así como de utilizar por parte de guionistas hispanohablantes los términos psicopatía/psicópata y psicosis/psicótico.

La violencia no es una característica universal en los pacientes psicóticos, sin embargo, su estigmatización sí. Como tal no es solo un problema radicado en la confusión semántica, sino que la confusión semántica es expresión de un conflicto mucho más acendrado con la impredecibilidad que comporta la locura. En contraposición, la maldad humana se romantiza cuando no llega a idealizarse como una expresión de una libertad arrastrada más allá de las lindes del bien y del mal.

Como señalaba Rojas Marcos en su obra *Las semillas de la violencia*, los miembros respetables de la sociedad aceptan como un bálsamo lenitivo que el acto perverso y dañino proceda del que ha perdido la razón. Sin embargo, esta comprensible pero injusta generalización debe ser especialmente discutida y proscrita por una sociedad que aspira a comprender el fenómeno de la violencia sin buscar chivos expiatorios, esencialmente incapaces de defenderse. La meticulosidad en el lenguaje psicopatológico básico no es en definitiva un lujo en nuestra sociedad, sino una necesidad constante para organismos políticos, judiciales y ciudadanos.

#### 4.3.3. *Curso y contenido del pensamiento*

El niño pequeño presenta habitualmente contenidos fantasiosos en su pensamiento que atañen a conversaciones con amigos imaginarios o puede inventar historias cuya narrativa desvela aspectos relevantes de su mundo interno o de sus conflictos en curso. El hilo argumental de dichas historias es reconciliable con lo que el especialista seguramente ha

podido obtener de la evaluación familiar o del relato del paciente, tanto más cuanto menos alteradas estén las capacidades cognitivas del sujeto y está organizado.

Tanto en la visita inicial con los padres como en la exploración del paciente se debe indagar sobre la existencia de estas fabulaciones no patológicas o por el contrario establecer si sus contenidos y las vivencias acompañantes pueden traducir un cuadro de características psicóticas.

Esta diferenciación resulta especialmente difícil en sujetos con trastornos del desarrollo intelectual o del espectro autista y es un ejercicio más relevante en términos de frecuencia conforme el niño crece y se acerca a la adolescencia, momento de eclosión de las esquizofrenias y de las psicosis injertadas.

La fabulación infantil se debe diferenciar del patrón de mentiras persistentes y que tratan de eximir al sujeto de responsabilidad o de un posible castigo o bien posibilitan la obtención de un privilegio, tónica sí prototípica del desarrollo antisocial del individuo.

#### 4.3.4. *Afectividad*

Como se resaltaré a lo largo de esta obra, se ha demostrado que tanto claramente los pacientes con conductas antisociales no psicopáticas, como las muestras de psicópatas sufren fenómenos afectivos depresivos frecuentes, lo que explicaría el alto índice de suicidio en estas poblaciones. Aunque el sujeto venga derivado por conductas violentas o agresivas, ya señalábamos que nunca debe olvidarse preguntar sobre el estado de ánimo habitual, así como si este ha cambiado recientemente de forma duradera e intensa, o si bien ha empezado a experimentar oscilaciones significativas.

##### *A) Sentimientos de vacío y aburrimiento: la psicopatía y el trastorno límite*

Por otra parte, de entre las conductas externalizadoras que mencionábamos atrás, dos tipos (impulsivas, agresivas y violentas) han sido reiteradamente vinculadas a otras formas de trastorno de personalidad donde lo predominante en términos de conducta dañina se dirige contra el propio individuo (trastorno limítrofe o *borderline* de personalidad).

Debe recordarse aquí que la dura e inestable disciplina parental se ha relacionado con ambos tipos de trastornos, si bien probablemente diferencias entre la forma de maltrato durante la crianza pueden rastrearse en las psicobiografías de unos y otros sujetos.

La inestabilidad afectiva con profundos sentimientos de vacío y el pánico ante el abandono real o figurado son dos de los datos que nos orientarán ante un posible adolescente que entremezcla conductas antisociales con lesiones autodeliberadas o amenazas de suicidio o de dañar a los otros.

En esta última patología, desencadenantes muchas veces relacionales conducen frecuentemente a la emergencia de “tormentas afectivas” con la posibilidad de

producción de autolesiones deliberadas y que comporta también un alto riesgo de intentos de suicidio y suicidios consumados. El paciente con trastorno límite de personalidad con frecuencia se ve envuelto también en conductas de consumo de drogas. Los patrones de autoadministración en estas personas están marcados por la impulsividad que también les caracteriza, y no pocas veces los involucra en actos delictivos de diversa índole.

Como podrá detallarse al introducir aquí estos apuntes sobre el diagnóstico diferencial de lo afectivo en el seno de la derivación por conducta antisocial, ha habido voces que han propugnado una relación entre el trastorno antisocial de personalidad y el trastorno límite.

Independientemente de aspectos más teóricos, para el profesional en contacto con jóvenes con marcadores de riesgo psicosocial es esta una disquisición importante. Si bien puede haber un solapamiento de rasgos y pudiendo hipotetizarse una posible patoplastia de los cuadros en virtud de factores sexuales y sociales, los peligros a los que el sujeto y la sociedad se ven expuestos en ambos tipos de trastornos de personalidad difieren en parcelas sintomáticas, de acceso a los servicios sanitarios de salud mental y en cuanto a los riesgos más inminentes que se deberán vigilar.

Explorar a la niña mayor o adolescente mediante una observación cautelosa de sus antebrazos y manos (dedos con posibles estigmas purgativos), el estado de su dentadura y pelo, así como modificaciones de las curvas faciales (como en el caso de la hipertrofia parotídea compensatoria a los vómitos de repetición) puede hacernos cobrar la sospecha de un trastorno de conducta alimentaria.

En particular estos signos compatibles con una bulimia o un trastorno con intensa purga se asocian tanto a cuadros afectivos de corte depresivo unipolar, como al trastorno límite de personalidad en proceso de consolidación al que nos referíamos y que autores como Paulina Kernberg consideran ya constatables en niñas y adolescentes.

Centrándonos en el sujeto psicopático, la psicopatología más frecuente que encontraremos tendrá como núcleo cardinal la frialdad afectiva y la tendencia al aburrimiento que se manifestará en forma de vivencias de insatisfacción. El sujeto psicopático se involucra más habitualmente en conductas de riesgo dirigidas a beneficios materiales (y no relacionales) y presenta una inestabilidad prominente en las diversas áreas de la vida que se basan en la continuidad y de rutina. En consecuencia, el psicópata puede aquejar sentimientos de vacío, pero estos son cualitativamente muy distintos de las vivencias similares que expresa el sujeto con un trastorno límite de la personalidad.

### *B) Afecto superficial y disforia*

En el niño mayor y el adolescente psicopático ya se puede vislumbrar la presencia de un afecto defensorio. Este se definiría como superficial, en raras ocasiones ya con una pátina seductora, que serán marcas más identificativas conforme el aprendizaje social modela la capacidad actoral del individuo.

La evocación de sentimientos de disforia se produce en estos sujetos más habitualmente en relación con frustraciones en su propósito de manipulación y en

ocasiones desencadena acciones inopinadamente violentas “como surgidas de la nada”.

Sin embargo, en el sujeto con formas psicopatológicas distintas a la psicoatía, como el TDAH, la disforia tiene una consistencia más constante y se suele referir con el término más recientemente aplicado de “disregulación emocional disruptiva”, teniendo en la mayor parte de las ocasiones una causa más clara y comprensible para el profesional (estigma escolar, malos resultados académicos, conflicto familiar).

En el trastorno bipolar de inicio precoz puede detectarse un tono disfórico, si bien lo habitual es que se produzca un cambio en el estado de ánimo fásico y prominente, que constituye un cambio significativo con respecto al tono emocional habitual.

#### 4.3.5. *Psicomotricidad*

La hiperactividad como síntoma, incluso no diagnosticable como trastorno por déficit de atención completo, constituye, junto a la impulsividad, un factor de mal pronóstico en los niños con problemas conductuales. Algunos artículos han destacado la presencia de signos neurológicos blandos en sujetos psicopáticos, aunque esta información no ha sido replicada oportunamente en otras series. Del mismo modo, se ha propugnado la existencia de semejantes hallazgos blandos también en la exploración neurológica del TDAH.

La hipótesis de base viene relacionada con la alteración del lóbulo prefrontal y de áreas estriatales, involucradas en la regulación moral pero también en el control de las conductas motrices dirigidas a objetivos y reguladas por los ganglios basales.

Más recientemente se ha destacado la relevancia de los trastornos del aprendizaje no verbales (TANV), tanto de forma independiente por constituir un área escasamente explorada y reconocida, como en su asociación con trastornos de conducta disruptiva, TDAH y otros trastornos neurológicos determinantes de un trastorno del desarrollo intelectual o de un autismo. En este caso, el origen del problema se ha ligado tanto a alteraciones en la conectividad neuronal, como a alteraciones cerebelosas y comprendería alteraciones motrices significativas.

Aunque se conoce poco cómo evolucionan estas formas de retraso madurativo y déficit de aprendizaje en el adulto, sí sabemos que la concurrencia del déficit en la adquisición de estos hitos condicionan reacciones psicosociales que podrían potenciar la emergencia de conductas disociales y una cronificación de las mismas.

Aparte de la evaluación más rutinaria basada en el desarrollo de las capacidades visuoespaciales y de dibujo, cálculo o aritmética, escritura o lectura, existen tests específicos para evaluar la motricidad y validados que deben complementar los ya mencionados en el apartado de cognición como la MABC (Movement Assesment Battery for Children).

#### 4.3.6. *Introspección y mundo interno*

Se ha propugnado desde antiguo que la diferenciación entre el sujeto psicopático con conductas antisociales *versus* el individuo no psicopático no depende del *insight* (conservado en ambos), sino de la lectura que de sus comportamientos dañinos hacen uno y otro.

El sujeto psicopático se caracteriza por la falta de remordimientos ante las consecuencias de sus actos, dañinos o lesivos para otros y predomina en él una cosmogonía egocéntrica en la que todo orbita a su alrededor. Esta centralidad del psiquismo del psicópata está aquilatada por la convicción de que lo que le rodea está allí para mostrarle servidumbre o someterse al imperio de su voluntad. Cuanto no se acomoda a esta regla debe ser sometido, vencido o destruido.

En el niño, la emergencia de estos rasgos caracteriales se ilustrará por el egoísmo, la incapacidad para compartir y, en muchas ocasiones, la rumiación vengativa ante el “no”. Conforme desarrolla sus habilidades manipulativas quedará más y más clara la falta de remordimientos a la que apelábamos y la nula empatía por los otros.

#### **4.4. De la exploración a la intervención**

Para resumir por tanto la exploración psicopatológica prototípica de un niño o adolescente que es característicamente diagnosticado de trastorno disocial puro, observaremos que tanto su sensorio como su cognición grosera, así como las características de su pensamiento estarán preservados.

En la mayoría de las ocasiones su humor predominante será reactivo, aunque puede estar marcado por la disforia y la irritabilidad. Será en su impulsividad, en su dificultad para aprender de las consecuencias negativas de sus actos o su abierta agresividad donde encontraremos más riqueza psicopatológica.

Una vez evaluada esta dimensión más externa y conductual, deberemos preguntarnos cuál es su umbral de tolerancia a la frustración, el estado de su desarrollo moral, el balance entre sus capacidades de sentir amor, culpa y reparación, así como observar la relación terapéutica analizando transferencia y contratransferencia, calidad del vínculo y resistencias.

Una formación teórica y práctica ecléctica permitirá al profesional no dejar de lado perspectivas y pruebas complementarias (incluida la neuroimagen), capaces de enriquecer su correcta evaluación del caso y, en consecuencia, su capacidad terapéutica.

La exploración psicopatológica convencional y ordenada posee a este tenor una marcada relevancia. Desde muy pronto el sujeto psicopático aprende a desvelar la información que le viene bien compartir y a ocultar aquella que cree le perjudicará. A este efecto e incluso abstrayendo los aspectos contratransferenciales que evoca en el terapeuta, suele encarnar un paciente difícil de entrevistar. Una buena máxima a considerar es que cuando el sujeto “parece demasiado bueno para un mundo malo”, sospechemos de la veracidad del relato.

Por dicha razón, la cautela y la paciencia son requisitos ineludibles para quien

pretende poder alcanzar a vislumbrar algo por debajo de las dos máscaras más comunes: la propia psicopática y la ocultadora de información.

Aún más, como se ha insistido, un foco prematuro en la conducta, sin atender a la cognición o al estado de ánimo, conduce a errores diagnósticos y a la determinación de una forma de relación terapéutica con el niño o adolescente que en realidad puede considerarse ya una reactualización de la que viene manteniendo con sus padres u otras figuras de autoridad, ya una farsa inundada de mentira.

Es evidente que existe un riesgo también en demorar y dilatar el abordaje del foco más problemático y que suele ser el responsable de que los padres o responsables del niño-adolescente lo traigan a consulta.

Una actitud de escucha no precipitada, introduciendo el juego y la comodidad con el terapeuta en el caso del niño, y un abordaje de los aspectos vivenciales, volitivos y desiderativos del adolescente, sobre el carácter de la interrelación con los pares y con las figuras de autoridad, pueden servir de ancla para profundizar ulteriormente en las disconductas. En esta misma línea, la clara delimitación de cuáles serán las conductas no permitidas en la consulta (“las reglas del juego”) son capitales y deben adaptarse a la edad y circunstancias individuales.

Especialmente en niños en los que la mala conducta tiene un corte adaptativo a una situación psicosocial de cambio en su entorno, un enfoque semidirectivo conductual permitirá en muchas ocasiones guiar y reconducir la situación sin mayores esfuerzos.

Por el contrario cuanto más defendido y solidificado se encuentre el núcleo psicopático, más precisa será una actitud flotante con una visión prioritariamente longitudinal por parte del terapeuta. Es esencial, a este tenor, comprender que en contraposición al movimiento defensivo narcisístico que experimentará en la transición a la edad adulta, el niño o adolescente con rasgos psicopáticos es más frecuente que presente una baja autoestima y que la alianza terapéutica sea algo más factible.

Esta dimensión del narcisismo será evaluada con mayor profundidad en el capítulo dedicado a manejo psicoterapéutico, sin embargo, como apunte preliminar resulta de interés comprender que la conducta antisocial bebe de las fuentes del desequilibrio narcisístico y del paranoidismo, al menos en una subpoblación significativa. Son numerosas las pruebas de que los niños diagnosticados de trastorno de conducta y evaluados por diversos medios (Rorschach, otros tests proyectivos) tienden a aportar respuestas agrupables en términos de déficit o de hipernarcisización.

Del mismo modo, el profesional debe tener claro cuál es su papel ante el caso concreto la dicotomía manejo-tratamiento como primer escalón diferencial en su algoritmo. Si la derivación tiene corte de evaluación o diagnóstico e implicaciones judiciales o si por el contrario lo que se solicita es el tratamiento, los tiempos y las formas del profesional deberán ser distintos. Aunque esto puede parecer obvio, no resulta infrecuente que los terapeutas se sientan impelidos a iniciar intervenciones en casos de evaluación puntual o a abordar lo que deberían ser tratamientos con objetivos a largo plazo, con una precipitada actitud de “urgenciólogo”.

#### 4.4.1. *Las dificultades del diagnóstico: la veracidad de los relatos*

En su novela de 1936, *¡Absalom, Absalom!*, William Faulkner utilizaba la cita bíblica relativa a la historia de David, Joab y Absalón para ilustrar la decadencia de una familia, cuya parcial e inexacta explicación se basaba en los relatos de cuatro testigos de dicha decadencia. El complejo trasfondo de esta novela es una magistral representación de la ausencia de una verdad unidimensional y absoluta en el relato de lo vivencial.

Aunque pueda presuponerse fácil establecer la verdad de la disconducia de un niño, tanto más cuanto más pequeño es este, el primer trabajo al que nos tendremos que enfrentar radica en desentrañar cuánto es una interpretación “interesada” de la conducta por familiares, profesores e incluso autoridades.

Aceptar de forma universal “la veracidad” del relato parental (como la actitud contraria) es un error habitual en la evaluación del menor. Atengámonos como norma a un principio de sencillez y a descartar la “narración épica” de lo ocurrido en la familia por las versiones que arrojan sombras y luces sobre todos sus miembros.

Lejos del terreno puramente médico, el documental filmado por Jaime Chávarri y titulado *El desencanto* puede servir al lector interesado como una minuciosa elaboración de lo que veníamos diciendo. La familia de los Panero exhibe ante la cámara un crudo relato sobre la proyección de culpabilidades, así como el foco en los descabros pretéritos de los que solo uno mismo es responsable. En conjunto explica que el relato sistémico de la familia actúa no pocas veces como cambalache de unas piezas que, aún siendo ciertas, se encajan de insólitas y a veces increíbles o tergiversadas formas.

Nunca debe desecharse que, a diferencia de las patologías del eje I (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor unipolar), donde la influencia familiar en la patogénesis ha pasado a un segundo plano, los trastornos de la personalidad y las conductas antisociales siguen recibiendo pruebas de la implicación de la calidad de la crianza como uno de los factores esenciales en su eclosión.

Obviamente cabe argumentar que la crianza depende del temperamento del niño, del de sus padres y de las reacciones bidireccionales que entre ambos se producen desde el mismo nacimiento. Pero precisamente por ello deberemos considerar que buena parte de los niños con conductas antisociales “traen” a la consulta a progenitores que también las presentan.

También, cómo no, cabe la modalidad en que uno de los progenitores (el presente) amedrentado por el otro (ausente) y por el decurso del hijo, tergiversa o adorne la información que proporciona. Por último, aunque no menos importante, no debe olvidarse cómo las diversas formas de autoridad (judicial, sanitaria, social) tienen por costumbre distorsionar la realidad en sus respectivos informes de acuerdo con las necesidades puntuales de sus funcionamientos internos.

En definitiva, el camino del “profesional justo” se encuentra aquí rodeado de añagazas, mentiras y mistificaciones, que no solo proceden del sujeto con conductas antisociales, ni de sus familiares, sino también de los estamentos. Este carácter estigmatizante es especialmente relevante, dado que el sujeto con conductas antisociales

acaba generando una profecía autocumplida en todos los ámbitos de su vida, marcados por la persecución y el rechazo.

Dicha cautela debe enfatizarse cuando el niño, sin haber sido correctamente evaluado aún, ya ha recibido peyorativos juicios por parte de profesores, padres o autoridades judiciales. No es infrecuente que quienes han sido considerados “idiotas, incapaces o locos” resulten ser individuos que presentan un TDAH u otra causa tratable de sus comportamientos.

Escuchar al niño o adolescente, suspendiendo por un momento la información previamente recibida (“poniendo el cuentakilómetros a 0”), es el único cortafuegos realista a este error terapéutico habitual que es el de la alianza con el adulto por una identificación contratransferencial antiterapéutica.

#### 4.4.2. *El profesional y su síndrome general de adaptación*

Desde que Hans Selye describiera en 1936 el síndrome general de adaptación, incluyéndolo en lo que históricamente se considera el primer artículo sobre el estrés, su sencilla página en *Nature* ha dado lugar a una de las más fértiles nociones médicas contemporáneas. Su idea de estrés como “respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él” ha sobrevivido más que la de su maestro Cannon, quien ponía el acento en el agente causal y no en la respuesta.

La relación terapéutica con sujetos que presentan conductas antisociales genera un alto riesgo de estrés tanto en la visión de Cannon como en la de Selye. De hecho, el profesional que atiende a sujetos con marcados rasgos psicopáticos requerirá estar bien pendiente no solo de su personalidad y de la de su interlocutor, sino también de la interacción que entre ambas se produce.

En la conceptualización de esta forma de estrés no tiene tanta importancia el daño real (que como es sabido de todos puede tener lugar), como la consideración psicológica de que este se puede producir. Incluso en los entrevistadores más experimentados hemos observado cómo “el miedo” a lo que el sujeto psicopático puede llegar a hacer determina actitudes, decisiones y emociones del profesional.

En ámbitos concretos, este hecho puede condicionar de manera significativa la evolución del caso y las repercusiones sobre el propio profesional por haberse visto involucrado en dicho caso. Cuanto más alejado está el profesional de la atención habitual de este perfil de usuarios, tanto más riesgo comporta (si bien esto, lógicamente, es solo una generalización). Así, el especialista forense se encontrará mejor protegido que el psiquiatra general y este que el psicólogo de un colegio.

En otras palabras, junto a las características de resiliencia propias del profesional, el otro aspecto más importante para una adecuada atención a estas circunstancias es el entrenamiento y la experiencia. El orden de dichos factores no es arbitrario, sino que obedece a un aserto bastante razonable: el sujeto cuyos rasgos de personalidad no son facilitadores de la atención al sujeto con conductas antisociales no persistirá en el

entrenamiento y, por tanto, no cobrará suficiente pericia.

Supone este hecho relativo a qué un especialista no pueda enfrentarse a ciertos usuarios una especie de “deshonor” que se debe ocultar, cuando en realidad es consistente con prácticamente todas las otras habilidades del ser humano. En muy pocas áreas distintas a la salud mental se acepta que el mismo profesional deba ser “capaz” de afrontar cualquier tipo de patología, personalidad y situación que se le pone delante.

Obviamente, con esto no se quiere abogar por “superespecialistas” capaces de hacer un digno trabajo ante el sujeto psicopático o con conductas antisociales graves, sino destacar la importancia de que quienes sí tienen un porcentaje importante de su tiempo laboral dedicado a dichas áreas requieren de una formación “íntima” y “técnica” especial.

Resulta razonable pensar que este tipo de “miedos” se produzcan más con el adulto que presenta una violencia inveterada o con el adolescente poco reflexivo, sin embargo es obvio que existen profesionales con dificultades intensas para lidiar con la conducta antisocial incluso en niños pequeños cuya peligrosidad en ese momento puede ser limitada y es más simbólica que real.

#### 4.4.3. *La entrevista clínica individual en el adolescente y el niño mayor*

A diferencia del niño de menos de 9 años, estos sujetos pueden ser entrevistados valiéndose de la metodología y de las estrategias habituales en la evaluación del adulto. El niño mayor y el adolescente con conductas antisociales pueden abordar sus disconductas desde dos perspectivas globales fundamentales: la ocultación (cuando perciban que de ello puede derivarse un daño temido) o la ostentación (cuando por el contrario estimen que ello les hará ganar lugar social o generar temor).

Algunas actitudes que dificultan el proceso de la entrevista han sido ampliamente analizados por su ubicuidad en la entrevista de niños y adolescentes (el “no sé, no me acuerdo” probablemente sea la más ubicua y repetitiva). La persistencia del entrevistador es un factor clave ante esta “estrategia del caracol”. Otras veces será recomendable permitir el flujo a otro tema, sin olvidarse de volver sobre la pregunta más tarde, incluso señalando sutilmente que parece que existe una tendencia a saltar de un tema a otro, sin terminar el primero.

La tendencia a realizar preguntas cerradas en estos contextos que “ratifiquen” la sospecha del clínico en vez de que permitan establecer facilitaciones del discurso infantil debe evitarse. En otras palabras, el niño y adolescente tenderán a buscar la conformación con las preguntas directivas del especialista y ello evitará obtener un relato razonablemente verídico.

En este sentido, existe suficiente constancia de que el niño posee capacidad para relatar con exactitud acontecimientos ocurridos hasta un año antes de la entrevista. No obstante, buena cantidad de tergiversación y adorno es esperable incluso en el niño sin conductas antisociales, sobre todo cuando aún está por medio una importante necesidad de ser aceptado para el paciente.

Resulta obvio que el proceso diagnóstico en psiquiatría y terapéutico en psicoterapia requiere en buena medida de la integridad de las funciones cognitivas y, en especial, del lenguaje. La evaluación de conductas problemáticas en niños con trastornos del desarrollo intelectual constituye, por tanto, un reto añadido.

La aún más reducida capacidad de mantener la atención en muchos de estos sujetos asemeja la situación a la del paciente con un trastorno por déficit de atención (situaciones ambas en las que la disconducta es común). Por consiguiente, la sintaxis y el léxico que emplea el terapeuta deben tender a la sencillez, así como evitar preguntas complejas de opciones múltiples que conllevan un esfuerzo añadido en el niño en general, pero de forma más determinante en el que presenta un cociente intelectual bajo o limítrofe.

En todas estas circunstancias la duración de la entrevista, que en muchas ocasiones puede limitarse a una hora, requerirá probablemente de una mayor extensión en el tiempo con la introducción de pausas intermedias, si es necesario y parece pertinente, e incluso espaciar parte de la anamnesis y exploración reservando una segunda cita en pocos días para perfilar otros aspectos relevantes.

El contacto visual con el niño o adolescente aportará significativa información. Entre la mirada altanera y la tímida o turbada encontraremos una frecuente modulación de la forma en que el niño establece contacto (o no) con el profesional. Si es evidente que la total carencia de dicho contacto puede orientar hacia trastornos generalizados del desarrollo de tipo autístico, también se ha descrito una mirada de reto, con escaso parpadeo, en el sujeto psicopático, ya presente en la infancia. Debe recordarse que lo habitual es que cualquier niño se muestre esquivo en las primeras fases de la entrevista, pero que paulatinamente venza la inhibición inicial.

A este tenor, es necesario insistir en que se ha investigado la frecuencia de parpadeo y el reflejo de sobresalto como posibles marcadores fenotípicos de una determinada constitución biogenética. Aunque existe más información sobre algunos de estos signos neurológicos “blandos” en las psicosis esquizofrénicas de inicio en la infancia (esquizofrenia hebefrénica), un bajo tono monoaminérgico como el que se asume prototípico del psicópata está bien alejado del hiperarousal del niño temeroso y huidizo. Por otra parte, el movimiento ocular y palpebral ha sido consistentemente investigado en los intentos de detección de la mentira en el interrogatorio, como se abordará en el capítulo dedicado a la psicoterapia.

Anticipábamos que en términos de esta actitud global emocional ante el proceso de la entrevista, el evaluador irá estableciendo a través de la conversación una valoración intuitiva de las funciones cognitivas del sujeto, así como de la capacidad de atención y concentración del evaluado, todo lo cual es paralelo a la “confiabilidad” que se empieza a otorgar al relato.

Aunque el “psicópata de alto rendimiento cognitivo” ha desvelado el interés mediático y sociológico, debe recordarse que la mayor parte de las conductas antisociales y de rasgos psicopáticos aparecen en ligazón con cocientes intelectuales bajos, limítrofes o normales. Diversas teorías sociológicas como la desventaja acumulativa parten del déficit psicosocial y cognitivo como explicaciones del desarrollo de la conducta antisocial,

si bien lo esencial es que el profesional esté familiarizado con los determinantes socioculturales y económicos de su área de trabajo.

Como ya se ha apuntado, las entrevistas iniciales de un niño con conductas antisociales deben incluir como mínimo una breve evaluación de sus competencias de lectoescritura, cálculo y dibujo. La capacidad de iniciar, mantener y terminar la tarea será relevante para el diagnóstico diferencial, el establecimiento de posibles comorbilidades y el plan terapéutico. Esto es así incluso cuando la consulta constituya una parada añadida en un peregrinaje por otros profesionales previos “que ya le hicieron todas las pruebas”.

El carácter de la entrevista diagnóstica en términos de su estructuración es un aspecto relevante que ha permitido acrecentar la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico en población infanto-juvenil. En el [cuadro 4.2](#) se puede observar un conjunto de “errores” y “aciertos” aplicables a la dinámica de la entrevista diagnóstica en el niño con disconductas. Sin duda, uno de los grandes avances ha sido instilar en un amplio grupo de profesionales la idea de tener una semiestructuración en su evaluación fenomenológica que, aunque no sea óbice para un futuro trabajo interpretativo (por ejemplo, psicodinámico), sí permita establecer una aproximación diagnóstica y de tratamiento en la determinante primera o primeras entrevistas.

Es bien obvio que, en muchas ocasiones, un profesional solo tendrá una única oportunidad con el niño y su familia, los cuáles no seguirán contacto con el mismo, pero que igualmente habrán de recurrir en el futuro a nuevas evaluaciones y muy probablemente a tener contacto con otros profesionales. De ahí que el tono del terapeuta deba comprender su responsabilidad como “ejemplo” de la comunidad a la que representa, y que por tanto se asegure de mostrar los necesarios atributos de genuino interés por el caso y de disponibilidad a ayudar.

Por fortuna, atrás van quedando los climas culpabilizadores que históricamente contribuyeron al rechazo de la práctica psiquiátrica por amplios sectores de la población (los excesos de conceptualizaciones como “madre esquizofrenógena o padre ausente”). Aún cuando, como se ha visto en el capítulo sobre epidemiología y se abordará en otros momentos de este trabajo, la familia constituye un factor inexcusable a la hora de comprender la aparición y perpetuación de las conductas antisociales, esto no implica que etiquetar y agredir verbalmente a la familia del sujeto conlleva mejoría alguna en los procesos de diagnóstico o tratamiento.

Que la entrevista familiar no se pervierta en un zafarrancho de combate contempla que el profesional posea las habilidades técnicas y personales para evitarlo. No obstante lo anterior, poder observar cuál es la dinámica en estas situaciones de “todos contra todos” o “todos contra uno” será un aspecto tremendamente esclarecedor, solo posible en la observación sistémica de un determinado grupo familiar.

Unos conocimientos básicos de análisis transaccional serán de la máxima utilidad para comprender qué tipo de intercambios se producen entre ambos miembros de la pareja parental (si es que asisten a la entrevista) y en menor medida cómo repercuten sobre el hijo paciente (u otros miembros familiares en caso de estar presentes). Aunque, como es sabido, la psicoterapia transaccional arrancó del análisis de las diadas de adultos,

es interesante también indagar, especialmente en familias monoparentales, si el paciente índice (u otros hijos) están adoptando un papel de “adulto” y la forma de transacción que el progenitor establece con aquel.

#### 4.4.4. *La entrevista clínica familiar*

La primera entrevista clínica familiar con presencia del niño o adolescente comporta dos objetivos esenciales, a veces entremezclados en términos temporales, pero que el profesional debe saber distinguir. Por un lado, servirá para contrastar la fiabilidad del relato que se haya podido obtener individualmente, así como, si es el caso, la información de derivación externa a la familia. En segundo lugar, permitirá “interpretar” la forma de interacción a través de la observación. Inevitablemente evaluación y observación pueden producir efectos terapéuticos o iatrógenos que se abordarán más adelante, en el capítulo dirigido a abordar las formas de psicoterapia.

##### *A) Obteniendo el relato de lo que viene ocurriendo*

Los trabajos de la isla de Wight realizados en los años 60 por Rutter desvelaron un hecho fundamental para la clínica y la investigación en psicopatología infantil en lo que concierne al primer objetivo de desentrañar lo que está ocurriendo: la modesta tasa de concordancia entre diferentes informadores que intervienen en el proceso de diagnóstico y por consiguiente la necesidad de incluir diversas perspectivas en un mismo todo con sentido.

Esta falta de congruencia entre las evaluaciones que padres y profesores hacen sobre el niño es marcadamente superior que las discrepancias entre la información de los dos progenitores, o la de dos profesores entre sí.

De todas las posibles causas de esta falta de consenso, la que analizaremos aquí es la variación de conducta del niño dependiendo del escenario que ocupan en un momento dado y de la forma en que establecen interacción con distintas figuras significativas. Cuando nos centramos en los trastornos de conducta, por mencionar solo un ejemplo, los profesores son significativamente más fiables como informadores que cuando se trata de evaluar la presencia de trastornos de corte emocional en niños.

Por consiguiente, el profesional sanitario se enfrentará frecuentemente a una necesidad práctica que tiene que ver con cómo integrar la información que recibe a través de la entrevista del niño o adolescente, con la información recibida de los padres, la de los profesores u otras estructuras (si es que la obtiene), así como contrastarla mediante otras potenciales fuentes como la entrevista conjunta familiar.

Una juiciosa consideración de cómo la entrevista conjunta con distintos informadores podrá influir en el proceso de alianza terapéutica y de respeto a la confidencialidad es imprescindible para no obtener resultados contrarios a los deseados (acrecentar el enfrentamiento y la disensión, en vez de conseguir resolver el origen de

dicho desencuentro).

La tarea de criba de la información se suele realizar de acuerdo con el juicio clínico, el conocimiento teórico psicopatológico y la aplicación de las mismas técnicas que delimitan la veracidad del relato del niño a los otros informadores, detalles que también se abordarán en el capítulo dedicado a aspectos psicoterapéuticos. Es claro que dichas técnicas encontrarán más obstáculos en el adulto, especialmente cuando este también presenta rasgos psicopáticos, que en el niño.

Con todo lo anterior, existe un segundo objetivo a conseguir en la entrevista familiar que no se refiere exclusivamente a lo que “viene ocurriendo” con el paciente, sino a la interpretación de cómo funciona ese contexto familiar en términos de engranajes, asociaciones y antagonismos, así como cuál es la forma de interacción individual uno a uno entre los diversos sujetos que lo constituyen.

*Cuadro 4.2. Aciertos y errores en la entrevista del niño con disconductas*

	<i>Acierto</i>	<i>Error</i>
Tipo de pregunta pre-dominante	Abiertas, simples	Cerradas, inductoras, de opción múltiple
Léxico y estructura gramatical	Sencilla	Compleja
Contacto visual	Flotante	Evitativo, centrado en el papel o fuera del sujeto entrevistado; fijo intimidatorio
Estructura	Entrevista semiestructurada	No estructurada
Duración	Aproximadamente 60 minutos	Muy superior o inferior a la hora de duración

### *B) Interpretar la interacción*

El caduco enfrentamiento entre fenomenología y psicoanálisis ha dado lugar a un mayoritario grupo de profesionales que opta por un trabajo diagnóstico inicial basado en establecer lo ocurrido sin desechar tareas interpretativas posteriores adscritas o no a la escuela psicodinámica. A este efecto podríamos decir que la teoría sistémica ha contribuido a aportar una visión compensada y exenta de ciertos extremismos, sin renunciar a las aportaciones de teorías contribuyentes.

En muchas ocasiones el paciente índice con la conducta antisocial se podrá entender y tratar mejor comprendiendo el sistema familiar del que forma parte. Es claro que en otros supuestos esto no será tanto así, especialmente ante rasgos psicopáticos precoces pronunciados, cuya base biológica es más ostensible.

Incluso en estas últimas situaciones, la lectura de cómo el sistema familiar responde a la inopinada irrupción de disconductas protagonizadas por este sujeto psicopático, considerando además si mimetiza o replica el temperamento de otros de los miembros en el mismo sistema o no será de gran valor añadido pronóstico y terapéutico.

Una metáfora relativamente válida ante grupos familiares con dificultades de comprensión sobre cómo el sistema familiar influye en la sintomatología del paciente índice es el del automóvil.

En dicha metáfora, los padres pueden ser equiparados al sistema de dirección y el tren delantero del automóvil y los hijos al tren posterior. Es obvio que problemas en la dirección tendrán repercusión en la parte trasera del vehículo, del mismo modo que el hecho de que una rueda trasera pueda estar desinflada o pinchada influirá definitivamente en la conducción del vehículo y en el rendimiento del eje delantero. Todos contribuyen al correcto funcionamiento de la familia, pero sus responsabilidades, su libertad de acción y sus cometidos son distintos.

Este u otros ejemplos deben destacar la percepción de que no hay “culpables” e “inocentes”. Se intenta evitar así las actitudes victimistas o vindicativas que algunos miembros de la familia utilizarán de forma defensiva o agresiva. En este punto, el cuidado del propio terapeuta de conocer en qué forma transmite su connivencia velada o alianza con alguno de los miembros del conjunto por una identificación y regresar a la neutralidad aspirable es un factor capital para la continuidad en el trabajo familiar.

En otras palabras, no parece posible mantener una neutralidad afectiva durante todo el proceso, ni probablemente este intento pueda considerarse terapéutico a la luz de los conocimientos actuales. Sin embargo, el profesional deberá ser consciente de que está tomando partido y de las razones para ello, sabiendo que su lugar de origen y final deberá ser la neutralidad.

A este tenor, aunque es poco habitual que el progenitor que presenta rasgos psicopáticos alcance continuidad en el proceso terapéutico, debe tenerse muy en cuenta que la distribución de rasgos psicopáticos en los sujetos no es un aspecto categorial sino dimensional. La capacidad conciliadora del profesional para no mostrar “rechazo” hacia un posible sujeto maltratador, violento o que ejerce una disciplina inadecuada en forma o consistencia será un factor de primer orden en muchas instancias para poder aproximarse a la consecución de los objetivos terapéuticos.

Pocos trabajos como el familiar ante el niño con disconductas se benefician de la paciencia y persistencia en la persecución de la alianza terapéutica. Aceptamos en este sentido la propuesta estructural de uno de los teóricos más relevantes en la terapia familiar sistémica, el chileno Minuchin, al proponer al terapeuta como un catalizador, que en un gran grupo de problemáticas familiares podrá “integrarse” en la familia para conseguir el objetivo terapéutico.

En ciertos casos, dicho objetivo no se conseguirá, y entonces será esencial haber realizado como mínimo un correcto diagnóstico y no haber complicado más el conflicto establecido.

No pocas veces, esta alianza deberá perseguirse desde distintas perspectivas con

ambos progenitores, y casi inequívocamente se alcanzará distintos grados de profundidad en uno y otro.

Por tanto, en nuestra experiencia optamos por un papel aglutinador del terapeuta que es flexible y se adapta a la necesidad individual del caso con tres posibilidades fundamentales:

1. Proporcionar educación-guía (clave en preescolares e infancia).
2. Actuar como “perturbador” que usa sus conocimientos desde fuera.
3. Como “sanador” que se vale de la relación interpersonal terapéutica como poder transformador más significativo.

Valga destacar preliminarmente que un estricto análisis previo debe preceder a cualquier forma de evaluación de cualquier subgrupo familiar, en especial de la pareja, por las implicaciones que dejar al paciente índice fuera de dicho abordaje puede significar en términos de retraumatizar o reproducir la forma de interacción “problema”. El profesional, incluso en ámbitos desestructurados, no debería fiar a la confidencialidad de los miembros de la familia un secretismo que podría reventar el proceso terapéutico.

Por consiguiente, si por necesidades de abordar el conflicto marital o bien para proporcionar claves de manejo parental se decidiese un trabajo de pareja en el seno de un abordaje familiar previo por una disconducia de uno de los hijos, nunca debería hacerse a espaldas de este último, sino antes bien como un reconocimiento adicional de que el proceso terapéutico atañe a todos los miembros y subsistemas de la estructura disfuncional.

## 5

# *El diagnóstico diferencial para una actuación precoz*

El diagnóstico diferencial entre los trastornos antisociales primarios y aquellos que se encuadran en el seno de otra psicopatología es de marcada importancia, en gran medida porque frente al carácter crónico, inveterado y de mala respuesta a las intervenciones de la psicopatía y del trastorno antisocial de personalidad cronificado existen diversos trastornos mentales del eje I con tratamientos eficaces y pronósticos menos infaustos.

Por otra parte, una identificación precoz del problema contribuiría potencialmente a la aplicación de medidas correctoras o, cuando menos, a intentar contrarrestar las posibles complicaciones que el caso tendría dejado a su libre evolución. Como en tantas otras áreas de la medicina, para ser eficaz la intervención requiere que se realice entre unos márgenes temporales estrechos. Una vez traspasados estos, las posibilidades terapéuticas suelen arrojar peores resultados.

Si bien es objeto de la epidemiología analizar los factores de riesgo y protección, así como establecer y aplicar las medidas preventivas a grandes poblaciones, el profesional sanitario, académico o de la jurisprudencia, así como padres y familiares necesitarán afrontar el caso que les afecta u ocupa desde una perspectiva individualizada. El presente capítulo tiene como objetivo, además, hacer comprensible el proceso de diagnóstico diferencial no solo al lector especializado, sino también a aquellas otras personas que se preguntan si las conductas problemáticas de un niño o adolescente se encuadran en una psicopatología tratable y en cuál de ellas.

### **5.1. El diagnóstico precoz: oportunidades y limitaciones**

Como se planteaba en el capítulo dedicado a la epidemiología de los trastornos antisociales, la realidad imperante es que no existen ni las condiciones materiales ni científicas para implementar a día de hoy en los países de nuestro entorno socioeconómico programas de prevención primaria en prácticamente ninguna parcela de la psiquiatría.

Lamentablemente, incluso países pioneros en la prevención en salud mental como Australia necesitan justificar ante sus autoridades políticas que los programas de

prevención e identificación precoz de cuadros psiquiátricos graves se enmarcan en otras actividades de prevención mental más “populares”. Sin embargo, es bien conocido que cualquier actividad preventiva es tanto menos eficaz cuanto “más diluido” está el destinatario de la misma.

Por tanto, en el mejor de los casos, la prevención en salud mental se congratularía de poder realizar una prevención secundaria, esto es, la identificación precoz de los problemas para una intervención dirigida y económica.

Nuevamente, la sociedad en su conjunto y sus líderes políticos obedecen a presiones y gustos culturales que no necesariamente concuerdan con las necesidades prácticas establecidas de una forma razonablemente científica. Así se viven paradójicamente “las grandes alarmas sociales de esto o aquello”, sin que ello se acompañe de medidas reales y adjudicación de partidas económicas a tales alarmas.

Por otra parte, el fracaso experimentado por algunas campañas relativamente costosas (a veces con el incremento paradójico de las conductas problema como conductas sexuales o hábitos tóxicos de riesgo), o el análisis incorrecto de los resultados de otras, han generado un inadecuado descrédito, todavía más acentuado en las fases de recesión económica que cíclicamente han dado la puntilla a diversas iniciativas en países como Estados Unidos, Países Bajos o Dinamarca.

Con todo lo anterior, una responsabilidad importante de las áreas relativas a las conductas antisociales recae a título individual en padres y profesionales. Tanto las visiones paternalistas o protectoras en exceso, como aquellas criminalizadoras de otra, ejercen como distractores de un hecho fundamental.

A saber, la conducta antisocial requiere de un abordaje lo más frío y científico posible, o las posibilidades de inflamar o potenciar dichas disconductas mediante la validación crecerán de una manera muy significativa. De hecho, podría decirse que la actitud con la que nos aproximemos a ellas será el primer causante de su futura evolución.

Aunque existen algunos indicadores de curso grave y hasta ominoso (sexo femenino con importante puntuación en psicopatía, inicio muy precoz de las alteraciones conductuales, asociación con antecedentes familiares de psicopatía y adicción, así como adicción precoz en el sujeto índice), nuestro mejor conocimiento del diagnóstico diferencial, de las comorbilidades, del curso evolutivo y de algunas estrategias terapéuticas útiles (así como de las que se han demostrado claramente inútiles o contraproducentes) contribuyen a tener una visión más esperanzadora de los trastornos antisociales oportunamente identificados.

## **5.2. Una dicotomía útil: trastornos externalizadores e internalizadores**

Una primera aproximación a la heterogénea presentación de los problemas de conducta en el niño y adolescente puede beneficiarse de la diferenciación de los trastornos

psiquiátricos entre aquellos que se tienden a manifestar de una forma más objetiva y por la conducta, de cuantos se alojan y se cifran más en lo intrapsíquico y la subjetividad del paciente.

### 5.2.1. *Trastornos externalizadores*

#### A) *Trastorno oposicionista desafiante*

El diagnóstico diferencial más relevante y posiblemente confuso de los trastornos de conducta primarios (trastorno de conducta y psicopatía) es otro de los trastornos considerados categorialmente por la DSM-5 entre los trastornos de conducta disruptiva: el trastorno oposicionista desafiante (TOD).

La identificación de sintomatología más recortada y por un tiempo de evolución menos prolongado caracterizaba la complicada diferenciación entre el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta DSM-IV. Si bien la otra clasificación más relevante (CIE-10) preserva ítems coincidentes para ambos trastornos, la DSM-IV restringía los tipos de conductas tipificadas dentro del oposicionista-desafiante a las menos “graves”.

De esta forma, el trastorno oposicionista desafiante se ha venido contemplando como una forma menor y de posible inicio de un trastorno más grave y mantenido que encarnaría el trastorno de conducta. Así, aproximadamente un tercio de los sujetos diagnosticados de trastorno oposicionista desafiante cumplirán en 3 años criterios para el diagnóstico de trastorno de conducta.

Podría decirse por tanto que, aunque muchos de los niños que presentan sintomatología de confrontación con los adultos, rabietas inadecuadas para la edad y otras conductas disruptivas, no evolucionarán a desarrollar un trastorno de conducta DSM-5 o CIE-10; estos síntomas podrían constituir datos para la prevención y considerarse por tanto la posibilidad de identificación precoz en un porcentaje significativo de niños.

En términos probabilísticos, en fin, debe considerarse que el TOD presenta una alta sensibilidad en la predicción de trastorno de conducta, si bien su poder predictivo positivo es bastante más bajo.

Actualmente es incierto si los sujetos que presentan un trastorno oposicionista desafiante y que no llegan a desarrollar criterios ulteriores de trastorno de conducta podrían evolucionar hacia otras formas psicopatológicas.

De igual forma que en el caso del trastorno de conducta, en el oposicionismo existe una alta asociación con el TDAH, en porcentajes de entre un 25 y un 60% cuando el diagnóstico de TDAH se basa en escalas parentales.

Desde la perspectiva opuesta, aproximadamente la mitad de los sujetos diagnosticados primariamente de TDAH presentan diagnóstico concurrente de trastorno oposicionista desafiante. Estos datos deben inducir al profesional a buscar TDAH cuando

afrenta sintomatología opositora y viceversa, ya que la intervención complementaria psicofarmacológica y psicoterapéutico-educativa deberá contemplarse como un tratamiento más exhaustivo.

### *B) Trastornos por consumo de tóxicos*

Si bien podría cuestionarse la consideración del consumo de tóxicos como un trastorno externalizado, no se puede discutir su aparatosidad habitual y la comorbilidad frecuente con los trastornos de conducta del adolescente.

Sujetos que no habían presentado problemas conductuales significativos antes de haberse iniciado en estos consumos, pueden violar los derechos de los demás, atentar contra la propiedad o libertad sexual, entrar en circuitos de prostitución y conducirse en definitiva de forma ajena a la norma social, en su deseo irrefrenable de conseguir y consumir la droga o drogas de consumo preferente.

Que el sujeto se haya iniciado en el abuso de sustancias adictivas puede ser ignorado por padres o educadores y no es raro que sea la manifestación de conducta antisocial secundaria lo que atrae la atención de aquellos o de las autoridades judiciales.

Regresando un momento al capítulo previo, debe destacarse que la primera tarea del clínico es delimitar si la conducta “problema” se inserta o no en el seno de un trastorno psiquiátrico primario, constituye el núcleo de un trastorno mental en sí mismo (trastorno de conducta o psicopatía) o es expresión de conducta contraria a los estándares sociales y leyes sin psicopatología subyacente.

Aparte de la confidencia del sujeto, el profesional cuenta con determinadas pruebas analíticas que, en orina mayoritariamente, sangre y cabello de manera más excepcional, pueden permitir detectar la mayor parte de las sustancias de amplio consumo. Salvo los marcadores de consumo continuado (como la transferrina deficiente en carbohidratos, que no suele ser útil salvo muy dilatados consumos de alcohol en rango adictivo) o el depósito de trazas de tóxicos en cabello, pueden hacer difícil filiar si el origen de las conductas precedió al del consumo o viceversa.

La licitud o ilicitud del tráfico, la facilidad de adquisición y la forma de consumo de una sustancia adictiva genera a grandes rasgos dos patrones de conductas antisociales secundarias con riesgos y oportunidades diferentes para la intervención terapéutica.

Ciertamente, la dificultad de obtención de las sustancias adictivas, su alto coste y el consumo clandestino implican una mayor necesidad de cometer delitos contra la propiedad o de incurrir en el propio tráfico de estupefacientes para sufragar dicho consumo. En oposición, sustancias legales y baratas, consumidas en patrones compulsivos, como es el caso del alcohol, y con alta capacidad de liberar reacciones violentas generan conductas antisociales más dirigidas contra la integridad y seguridad de otros (y uno mismo): conducción temeraria, violencia doméstica, familiar o callejera.

A pesar de los esfuerzos de la Agencia Antidroga en España y de la loable voluntad política de conocer y abordar mejor el inicio en el consumo de tóxicos de los jóvenes, es opinión de muchos especialistas que la “epidemia” de consumos de opioides en los años

80 ha venido determinando un modelo de atención y prevención de la drogodependencia cuyo foco puede considerarse anticuado y más “mediático de los años 80” que “científico de la segunda década del siglo XXI”.

Ciertamente, los aumentos en las tasas de homicidios en Estados Unidos durante los años 80, por ejemplo, se vincularon de forma artificiosa al cénit en los consumos de sustancias como la heroína y el crack. Dado que este se erigió como un problema causante de significativa alarma social, se tendió a priorizar la atención a esta forma de toxicomanía sobre otras sustancias adictivas, léase alcohol o tabaco, con incomparablemente mayor prevalencia, gasto y generación de sufrimiento.

Algunos países, comunidades y padres, por ejemplo, siguen inmersos en esta dicotomía entre drogas duras y blandas, por la que sin darse cuenta continúan legitimando los consumos “socialmente” aceptados (los de alcohol y tabaco), si bien demonizan otras sustancias como la marihuana o las pastillas de consumo en fiestas. Esta carencia de consistencia en el mensaje familiar, y por extensión, la ambivalencia social ante lo permisible y lo que no lo es, tiene importantes connotaciones clínicas y prácticas a la hora de abordar las dinámicas intrafamiliares.

Es claro que la evolución en el consumo de un sujeto que abusa de tabaco o alcohol no generará alarma familiar y social hasta que estos problemas puedan estar cronificados y en muchas ocasiones alcancen ya el rango de dependencia. Poco a poco, incluso en el caso del alcohol si el núcleo familiar carece de miembros adictos, el sujeto preferenciará el arraigo extrafamiliar y antisocial de otros consumidores tanto de alcohol como de otras sustancias ilegales.

Se puede decir por tanto que, excluyendo accidentes de tráfico y la violencia sufrida o ejercida entre jóvenes, los consumos de alcohol no son “criminalizados” de la misma forma que otros consumos tóxicos, facilitando el primer acceso en edades muy tempranas a muchos sujetos, no infrecuentemente dentro del grupo de socialización primaria y que ello conducirá a una mayor proclividad al desarrollo de adicción o de otros consumos tóxicos, así como de arraigo antisocial.

Esta combinación: edad precoz + facilidad de acceso + validación familiar + universalidad del consumo, conduce a que los sujetos genéticamente más vulnerables, entre los muchos expuestos, puedan favorecer formas de consumo intensas y que desarrollen rápidamente criterios de dependencia a estas sustancias legales, lo que como consecuencia podrá generar conducta antisocial reiterada (agresividad y violencia en el alcoholismo crónico) y complicaciones psicosociales diversas, cuando no un futuro patrón de policonsumo todavía más peligroso y dañino.

Por tanto, la detección e intervención precoz sobre el abuso de alcohol y estas otras sustancias adictivas de iniciación es en definitiva una necesidad urgente de prácticamente todas las sociedades modernas, donde se sigue produciendo una disminución en la edad de comienzo de los consumos y un aumento de los costes y del sufrimiento asociado a las sustancias adictivas más comunes. Lógicamente esto solo es alcanzable cuando las pautas de educación y otros agentes propiciadores de la socialización imantan más poderosamente al joven.

### 5.2.2. *Trastornos por internalización*

En el presente epígrafe se procederá a repasar algunas características diferenciales de trastornos que pueden confundirse con los trastornos conductuales primarios. Puede discutirse su agrupación bajo el término referido, pero creemos gráfico oponerlos así a los claramente externalizadores. Se abordarán en orden aproximadamente inverso a la frecuencia con que el clínico se planteará el diagnóstico diferencial, de forma que quede facilitada la transición al siguiente bloque de capítulos relativos a la comorbilidad.

#### *A) Trastorno bipolar de inicio infantil*

Aunque infrecuente, el trastorno bipolar de inicio infantil puede confundirse con los trastornos de conducta primarios durante buena parte de la niñez y de la adolescencia. De hecho, la experiencia clínica de muchos profesionales permitirá refrendar que en sujetos claramente diagnosticados de patología afectiva crónica en la edad adulta, sus diagnósticos iniciales registrados por psicólogos o psiquiatras infantiles se ha quedado en la descripción conductual y, todo lo más, en un diagnóstico de trastorno de conducta o rasgos disociales de personalidad.

Este es un conflicto que afecta también al adulto, y solo en los últimos veinte años hemos cobrado noción de la tendencia a infradiagnosticar el trastorno bipolar en muestras tanto de atención primaria como especializada ambulatoria.

La preeminencia de la impulsividad y de la irritabilidad en el niño, así como de las conductas de riesgo de súbita aparición y el funcionamiento intrapsíquico acelerado del niño o adolescente expansivo (confundible con el inflado sentido de autovalía del psicópata, pero diferenciable por su curso episódico) deben suscitar la sospecha de un trastorno afectivo bipolar. Obviamente, mientras que el trastorno afectivo bipolar cursa por fases, y es relativamente infrecuente la aparición solo de fases hipertímicas, la psicopatía cursa de forma continuada a lo largo de la vida del sujeto con estados de humor más persistentes en el tiempo.

En contradicción con el presupuesto de Cleckley de que el sujeto psicopático no experimentaría cuadros depresivos, la investigación longitudinal de estos sujetos ha demostrado lo contrario, por lo que la existencia de patología o sintomatología ansiosa o hipotímica no descartaría por sí misma el diagnóstico de psicopatía ni en el niño ni en el adolescente, ni en el adulto.

El niño o adolescente que empiezan a sufrir los primeros embates de la “desventaja acumulativa” y percibe el rechazo social que sus disconductas generan en otros compañeros de colegio, profesores y familiares, puede experimentar cuadros afectivos difícilmente distinguibles de la clínica depresiva de otros niños y adolescentes (irritabilidad, retirada social, inversión de los ritmos de vigilia y sueño e incluso hiporexia y pérdida o no ganancia del peso esperado para su fase de crecimiento).

No obstante, en el niño o adolescente con trastornos de conducta primarios este tipo de sintomatología se compensará con mayor celeridad, en general a través de la

actuación impulsiva o destructiva narcisizante. Si bien ambos tipos de sujetos pueden presentar una disconducia social en contextos depresivos, la interpretación y lectura del sujeto será muy diferente en uno y otro caso. Los sentimientos de empatía y remordimiento no estarán presentes en el sujeto psicopático, mientras que ambos sentimientos serán llamativos y acentuarán la retirada social y la visión pesimista sobre sí mismo en el niño que presenta un cuadro depresivo en el contexto de un trastorno bipolar.

La evolución natural de ambos procesos a lo largo de los años, así como la aparición de sintomatología psicótica abigarrada en el debut (más habitual, pero no exclusiva del diagnóstico afectivo) puede ayudar también finalmente a dirigir las pesquisas diagnósticas cuando el núcleo psicopático y la disconducia se entremezcla con consumo de sustancias y aparece una posible psicosis tóxica. Desgraciadamente, la complicación de los trastornos de conducta con consumos tóxicos de sustancias psicotizantes puede anular el valor diagnóstico de muchas de estas claves diferenciales, y nuevamente el análisis de qué precedió temporalmente a qué nos dirigirá en una u otra dirección.

Nuestra propuesta de abordaje ante los casos en que es muy difícil establecer qué precedió a qué (si la conducta antisocial a la hipertimia, o viceversa), y en especial cuando los abusos de tóxicos nublan la diferenciación existiendo antecedentes afectivos familiares prominentes, es utilizar el tratamiento con litio como forma de orientación diagnóstica *ex juvantibus*. Esto podrá realizarse siempre que exista suficiente control parental para minimizar el riesgo de intoxicación deliberada y no haya contraindicaciones médicas.

Como se abordará en el capítulo relativo a los tratamientos farmacológicos, el litio tiene una consistente base de aplicación en el niño y adolescente con trastornos afectivos bipolares, si bien es cierto que mayoritariamente extrapolada de los datos de adultos y de estudios abiertos.

Ciertamente puede ser de ayuda también en el manejo de la agresividad y los problemas conductuales, pero el clínico experimentado en el manejo de este estabilizador del ánimo extraerá consecuencias de la tolerabilidad, la dosis efectiva, la rapidez del efecto y el curso temporal de su eficacia sobre dominios psicopatológicos distintos.

## B) Esquizofrenia

El reconocimiento del desarrollo psicopático del sujeto con un trastorno de conducta primario y primeras alteraciones conductuales de aparición en la infancia es frecuentemente negado, oscurecido o “pospuesto *sine die*”. Sin embargo, aún de mayor gravedad es la confusión interpretativa que evita el diagnóstico precoz de los primeros síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia, malinterpretados como “dificultades conductuales” de la adolescencia.

La alta frecuencia de problemas conductuales adaptativos o secundarios a otros diagnósticos más habituales en el individuo en proceso de maduración, la habitual irrupción en el trabajo terapéutico con estos sujetos de profesionales con una mayor

experiencia en patología no psicótica, así como los desesperados esfuerzos de las familias de llevar la atención sobre “las consecuencias externas” y no sobre “los procesos internos” del niño y del adolescente, conducen a que *a posteriori* se puedan rastrear errores diagnósticos graves en los historiales clínicos de niños que ulteriormente fueron diagnosticados de esquizofrenia y que habrían debido recibir este diagnóstico y sido tratados consecuentemente muchos años antes.

Es de interés reseñar que a pesar de la clásica diferenciación y del énfasis de Cleckley en la delimitación del concepto de psicopatía, existen diversos autores que han operado en la dirección contraria, respunteando esquizofrenia y psicopatía de forma reiterada a lo largo de la evolución histórica de ambos constructos. En cualquier caso, las clasificaciones y modelos imperantes en el momento actual establecen, tanto para el caso de la psicopatía como del trastorno antisocial de personalidad, la exclusión de síntomas psicóticos o esquizofrenia antes de poder realizar dichos diagnósticos, lo que no equivale a decir que un limitado porcentaje de sujetos con esquizofrenia puedan presentar un núcleo antisocial significativo.

Existe un viejo aforisma clínico que postula que “la esquizofrenia debuta como si fuese un trastorno bipolar y el trastorno bipolar como si fuese esquizofrenia”. Esto vendría a resumir la preponderancia de los síntomas afectivos en el debut de la esquizofrenia en el adolescente y la alta frecuencia de desorganización en el inicio precoz del trastorno bipolar. Además, la respuesta a los antipsicóticos en los primeros episodios psicóticos se produce con dosis bajas (lo que dejará de ser el caso ante las recaídas ulteriores).

El profesional que asiste a los primeros síntomas de esquizofrenia en un niño o adolescente debe lidiar con dificultades no solo fenomenológicas, sino muchas veces contra los prejuicios y asunciones no científicas que este diagnóstico lleva aparejados.

Con certeza, la familia y el niño o adolescente que van a recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica y potencialmente grave sobre sus posibilidades futuras de alcanzar una calidad de vida estándar están en riesgo de que la información resulte iatrogénica. Sin embargo, esto no debería amparar la frecuente conducta de “esperar y ver”, como si hubiese algo milagroso que esperar una vez que el diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer con suficiente certeza.

La falsa percepción de que los trastornos de conducta primarios pueden quedar sujetos a un cierto control, mientras que enfermedades como la esquizofrenia no lo hacen, es un error solo posiblemente basado en la ignorancia de la evolución de la psicopatología y de las herramientas de las que disponemos en el momento actual.

La incidencia de esquizofrenia aumenta muy marcadamente a partir de los 15 años, por lo que si bien en el niño prepuberal será un diagnóstico de exclusión y muy secundario ante un motivo de consulta eminentemente conductual, en el adolescente especialmente varón deberá considerarse como uno de los diagnósticos diferenciales más relevantes.

Aunque algo menos que el trastorno bipolar, los antecedentes familiares de esquizofrenia, y más vagamente de psicosis, deberán evaluarse, ya que la tasa de

heredabilidad de la esquizofrenia es suficientemente alta. Rasgos de personalidad esquizotípicos previos pueden ser también una orientación. A este tenor, el lector no especializado debe recordar no confundir los epítetos “esquizoide” y “esquizotípico”. De forma sucinta, establecemos como rasgos esquizoides aquellos que traducen la preferencia del sujeto por el aislamiento social; por el contrario, entendemos como “esquizotípicos” los rasgos que denotan “rareza o excentricidad” en los comportamientos, creencias o preferencias de los sujetos.

Como veníamos señalando y recibirá más atención en el capítulo dedicado a la influencia de las formas de entretenimiento de niños y jóvenes, los últimos treinta años se han producido cambios sociales radicales, cuyo efecto último ha sido una menor vigilancia y presencia de al menos un progenitor o adulto en el funcionamiento doméstico del niño en desarrollo. De esta forma, las nuevas tecnologías han irrumpido en el micromundo de la habitación del niño y adolescente hasta invertir pautas de alimentación, sueño y balance entre estudio y juego.

Concurrentemente, los tóxicos con potencial psicotizante y perfil “sedativo” como el cannabis han dado lugar a equivalentes miméticos de los pródromos esquizofrénicos en sujetos con escasa vulnerabilidad esquizofrenógena, y a cuadros indistinguibles de la esquizofrenia en otros que presentaban este riesgo.

No obstante, aun psicótico, el sujeto con consumo preferencial de cannabis y predominio de sintomatología negativa tendrá menos probabilidades de perpetrar conductas antisociales, ya que su apatía y anhedonia reducirán su potencial lesivo contra otros o la sociedad externa a su familia. Por el contrario, la familia y el ámbito doméstico pueden sufrir agresiones o violencia en estos contextos, con un importante riesgo también autolesivo y en definitiva sobre el sistema familiar.

En contraposición, el sujeto psicótico con consumos de tóxicos estimulantes (cocaína, entre otros) puede presentar conductas externas al ambiente doméstico de alta repercusión penal. Conducción temeraria de vehículos (con o sin carnet), agresiones físicas o involucración en broncas, conductas sexuales de riesgo, pueden todos ser detonantes de la necesidad de atención y confundir al profesional a cargo atribuyendo las conductas antisociales a un trastorno de conducta antisocial en vez de a la psicopatología esquizofrénica de corte eminentemente positivo o a veces desorganizado.

Los graves déficits no totalmente resueltos en la formación de psicólogos y juristas, e incluso médicos y otros profesionales, solo recientemente acercada a la realidad clínica práctica con pacientes, siguen vigentes. El error diagnóstico, ahora ya por carencias técnicas e instrumentales de los profesionales, hacen que sujetos abiertamente psicóticos sean informados, peritados y juzgados como “antisociales” privándoseles de las medidas rehabilitadoras y del tratamiento antipsicótico que habría podido mejorar sus pronósticos.

### *C) Trastornos adaptativos, depresión unipolar y distimia*

La más reciente investigación ha destacado los antecedentes de pérdidas objetuales significativas, así como del abuso físico o sexual en la génesis de algunos de los

trastornos mentales más intrigantes y difíciles de manejar en nuestras sociedades postcontemporáneas.

Así, la pérdida precoz de un progenitor ha sido consistentemente replicada como un factor de riesgo para el desarrollo futuro de cuadros de corte hipotímico como la depresión unipolar o la distimia. De otro modo, haber sufrido maltrato físico o abusos sexuales en la infancia se ha visto asociado de forma significativa al diagnóstico de algunas formas de trastorno de personalidad del adulto (límite, antisocial).

Es claro que esta asociación conlleva exposiciones a otra miríada de hechos traumatizantes que podrían ser los reales mediadores de una relación de causalidad (menor tutela y de ingresos económicos en familias monoparentales, privaciones afectivas asociadas a los abusos, trastornos de la vinculación por ambos motivos y un amplio etcétera).

En cualquier caso, la radical importancia del trauma psicológico en un sistema psiconeuroendocrinológico inmaduro como es el del infante, parece más que plausible, no solo en términos de consecuencias futuras, sino también en la posible expresión inmediata de la reacción psiquiátrica a dichos traumas.

Los trastornos adaptativos en la infancia comparten solo algunos de los desencadenantes habituales del mismo cuadro en los adultos. Aunque la pérdida de estatus e incertidumbre profesional o económica de los padres puede generar angustia comunicada en los hijos, es más habitual que los niños pequeños desarrollen este tipo de sintomatología ante muertes, separaciones y divorcios o cambios del lugar de residencia, así como a procesos de hostigamiento (*bullying*) sufridos en la escuela. Paulatinamente, conforme el niño crece, aspectos como las enfermedades propias o de otros significativos y dificultades en los grupos de amigos o de pareja propia crecen en relevancia.

El desarrollo de sintomatología de características más ansiosas o depresivas se acompaña de una proyección hacia la sociedad y sus integrantes de sentimientos destructivos contra el *self*. En este contexto, la ruptura con los circundantes puede generar conductas antisociales que tienen como marca identificativa la rabia y un cierto ánimo de represalia contra la injusticia o el daño experimentado.

El niño o adolescente en tales circunstancias puede aislarse socialmente, romper sus vínculos con organizaciones o estructuras externas (colegio, deportes, religión) e incluso puede haber una agresión directa e intento de separación del progenitor superviviente o presente, al que se culpa de lo ocurrido (muerte del otro progenitor, separación, etc.).

Esta crisis de confianza en las estructuras “protectoras” puede dejar al sujeto a merced de otros factores de riesgo antisocial, que previamente habían sido contrarrestados, pero que de pronto precipitan al sujeto primero en el aislamiento y luego en la asociación con pares antisociales que generan su propia estructura “pseudofamiliar”.

En el mejor de los casos, la resiliencia y tendencia a la homeostasis del sujeto permitirá una adaptación a la realidad experimentada sin que la ruptura social sea definitiva o haya cristalizado. En otras circunstancias, el niño o adolescente emprenderá una carrera antisocial que necesitará de cambios vitales poderosos y reconciliadores para frenarse y desaparecer. Buena parte del incremento de conductas antisociales hasta el

pico de la adolescencia y su ulterior descenso tienen que ver con procesos concordantes con la descripción previa.

La cronificación de síntomas depresivos de intensidad leve pero mantenidos en el tiempo da lugar al diagnóstico de distimia. La visión catastrofista del futuro, de los otros y de uno mismo, triada de Beck que caracteriza a la cognición depresiva, está en estos casos detrás de posibles actos destructivos o desconsiderados hacia los derechos y libertades ajenas.

En estos últimos años hemos asistido a una revitalización de la concepción de la distimia desde la perspectiva de la personalidad (eje II), no exenta de críticas. Es evidente que existen niños y adolescentes cuyos temperamentos desde un primer momento son tendentes a la hipotimia, si bien también es cierto que la interacción genética-ambiente en estos casos puede tener que ser analizada para escudriñar cómo se gesta la visión pesimista persistente en el individuo.

Por último, se asume que aunque semiológicamente se manifiesta de manera distinta, la depresión unipolar en el niño es más habitual de lo que se concedía en el pasado. Actos destructivos contra uno mismo u otros pueden aparecer en depresiones unipolares de niños y adolescentes con más frecuencia que en el adulto, en parte debido a la menor inhibición observada en la población infanto-juvenil afecta de depresión. No obstante, salvo que el cuadro evolucione a una forma distímica, el carácter limitado temporalmente de la depresión unipolar mayor hace menos probable que las conductas antisociales se prolonguen en el tiempo o cronifiquen, aunque ante episodios aislados de disconducia deberá siempre constituir un diagnóstico diferencial a tener en cuenta.

#### *D) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*

La altísima comorbilidad señalada entre el TDAH, considerado por la DSM-5 un trastorno del neurodesarrollo, y los trastornos de conducta disruptivos (trastorno de conducta y oposicionista desafiante) merece que se dedique un capítulo específico a este trastorno un poco más adelante.

Sin embargo, valga esta breve referencia a abordar un posible corolario de los presuntos “excesos” de diagnóstico de TDAH que justifican ciertas presiones sociales, de negocio y de escasez de rigor metodológico por el profesional, todo ello establecido en algunos trabajos recientes.

Se debe partir de que la “aceptabilidad” de los diagnósticos médicos tiene que ver con modas que “van y vienen” sobre un fondo culturalmente estable. El diagnóstico de TDAH es así “mejor recibido” que el de “psicopatía”. Huelga decir que las connotaciones sociales de ambos términos son muy distintas actualmente.

Además, la alta frecuencia de este diagnóstico en el ámbito paidopsiquiátrico, su asociación y “enmarañamiento” con el trastorno de conducta y el trastorno oposicionista-desafiante, así como la prevalencia mayor de las formas con predominio de hiperactividad o mixta en los niños varones (en los que los trastornos de conducta son también más frecuentes hasta llegada la adolescencia) son razones habituales de la

posible confusión y del error diagnóstico.

La baja autoestima puede ser mantenida. Cuando no se muestre secundaria al inicio del desarrollo de la reacción externa a la conducta del niño debe ser un factor que oriente hacia el diagnóstico de TDAH. A diferencia de la encapsulación que realiza el sujeto psicopático o con rasgos antisociales egosintónicos, el niño con déficit de atención e hiperactividad suele reaccionar a sus síntomas con más sentimientos de culpa y rabia contra sí mismo que a través de la proyección de su agresividad sobre los otros. Obviamente, incluso niños con TDAH claro presentan rasgos de personalidad narcisistas o paranoides y mecanismos de defensa proyectivos, por lo que esta diferenciación solo servirá en determinados casos.

En términos generales, el TDAH sigue basándose casi tanto en la anamnesis y en la exploración psicopatológica, como en la excelente y rápida respuesta al tratamiento con anfetaminas y otros estimulantes. El sujeto con trastornos de conducta compatibles con la psicopatía o con los trastornos antisociales de forma más genérica no presentará la prototípica excelente respuesta conductual encontrada en el genuino TDAH al tratamiento farmacológico, si bien podrá mejorar su rendimiento cognitivo, como también ocurre en el niño o adolescente sin patología.

**SEGUNDA PARTE**

***El fenómeno antisocial como expresión de  
otra patología psiquiátrica y su  
comorbilidad***

## 6

# *TDAH, hiperactividad y trastornos conductuales*

Si bien el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido parcialmente tratado en el capítulo del diagnóstico diferencial, su alta prevalencia y en especial las altas cifras de comorbilidad con los trastornos de conducta disruptiva en la infancia, así como su alta asociación con un futuro diagnóstico de trastorno antisocial de personalidad requiere dedicarle una mayor atención. Esta área de conocimiento, que ha experimentado un crecimiento exponencial del interés, se abordará en las próximas páginas ya no desde la perspectiva del diagnóstico diferencial sino desde el de la comorbilidad. Encabezamos este capítulo con el término hiperactividad porque, entendiendo que el déficit atencional del TDAH interesa fisiopatogénica y clínicamente tanto o más que la hiperactividad, este último dominio será el que más frecuentemente destacará en la evaluación del niño con disconductas. No obstante, aunque discutida, la subclasificación del TDAH en los subtipos mixto, de predominio atencional y de predominio hiperquinético, y los porcentajes relativos de cada uno de estos subsíndromes indicaría que en la mayoría de ocasiones en que se detecte una conducta hiperactiva, se le asociará un déficit de atención y un déficit de aprendizaje de grado variable.

### **6.1. Epidemiología**

La historia del TDAH ha experimentado cambios conceptuales relevantes, lo que determina inexcusablemente que distintos sistemas clasificatorios hayan condicionado cifras distintas de prevalencia. En general, puede aceptarse una prevalencia del 5% en muestras de la comunidad con metodologías y criterios diagnósticos relativamente restrictivos, aproximación más cercana a la de la CIE-10, mientras que se constatan cifras superiores con los criterios de la DSM-IV (hasta un 8% de promedio). Estos porcentajes lo convierten en el trastorno psiquiátrico más frecuente en edad escolar y por consiguiente una carga importante para los servicios sanitarios, las familias y la sociedad en su conjunto.

Existen datos de que la asociación de TDAH a un trastorno de conducta disruptiva (bien al trastorno de conducta o bien al trastorno oposicionista desafiante) constituiría un

subtipo de TDAH con implicaciones etiopatogénicas, clínicas y pronósticas diferenciales. El pronóstico de esta comorbilidad es aún más incierto, con elevados porcentajes de trastornos por consumo de sustancias, delincuencia y muerte accidental o violenta en la edad adulta. Pese a lo anterior, existen datos de que el trastorno de conducta comórbido no influye de manera decisoria en una menor respuesta al tratamiento del TDAH (Hinshaw, 2007), si bien otros estudios señalan que esta concurrencia arrojará peores resultados del tratamiento, como también lo hará la psicopatología materna (Biederman, 2010).

Por todo lo anterior, anticiparse en la identificación del TDAH en su conjunto de relaciones de comorbilidad o de complicación, pero muy particularmente evitar la dilación en el tiempo para la instauración del tratamiento si se asocian trastornos de conducta al trastorno hiperquinético de base, sigue constituyendo una prioridad en salud mental infantil.

El papel del profesorado y de la pediatría en este propósito es más que relevante y requiere un esfuerzo continuado de actualización y formación. Todo ello no hace sino reforzar la importancia de avanzar en modelos personalizados de atención que incluyan información y tratamiento multidisciplinar, acercando la práctica médica al niño y su familia en su ámbito, y no viceversa.

## **6.2. Bases fisiopatogénicas**

Aun cuando el TDAH se considera uno de los trastornos psiquiátricos en mayor medida dependientes de la carga genética de los progenitores, la alta heterogeneidad fenotípica sugiere que pueden existir causas ambientales en ausencia de antecedentes familiares, además de aportar un 20% de la varianza de aquellos casos con heredabilidad contrastada.

La carga acumulativa ambiental puede generar un cuadro de hiperactividad, déficit de atención sostenida e impulsividad, en ausencia de antecedentes familiares del trastorno. Esta triada clínica es característica del daño prefrontal producido por noxas traumáticas que desde hace más de cien años ha venido describiéndose, por lo que desde pronto la investigación etiológica del TDAH se focalizó en constatar un déficit de actividad prefrontal. Unos pocos estudios prospectivos y un mayor número de metodologías retrospectivas han señalado el posible papel de noxas tóxico-metabólicas durante la gestación, en el desarrollo de TDAH.

Por otra parte, los ganglios basales y en concreto el estriado (putamen y globo pálido) son estructuras claves en la regulación de la actividad motriz. Además, más recientemente se ha descrito su papel en la realización de tareas cognitivas como la persistencia atencional.

### *6.2.1. Neurotransmisores, otras proteínas, genes: “las muñecas rusas” de*

## *la investigación biológica*

### *A) Dopamina*

Probablemente la más popular de las observaciones que puede ayudar a recordar los avances en el conocimiento de la dopamina haya tenido lugar en el cine. En la película *Despertares* (1990), dirigida por Penny Marshall y protagonizada por Robert de Niro y Robbie Williams, se adapta cinematográficamente la obra de Oliver Sacks de mismo título. Ambas reflejan el brote epidémico de encefalitis letárgica de los años 1920 y se basan en la historia de un niño afecto que empieza a desarrollar un cuadro neurológico progresivo que lo sume en un aparente coma durante decenios.

El cuadro de encefalitis letárgica, caracterizado fuera de las pantallas por hiperactividad y cambios mentales en su debut, generaba ulteriormente una sintomatología aparente de arreactividad catatoniforme. Bajo esta apariencia subyacía un parkinsonismo severo, que en el relato y en la película demuestran una respuesta espectacular, si bien efímera, a la L-dopa.

En efecto, fuera de la anécdota, la levodopa ha constituido un tratamiento clave en el desarrollo histórico de la neurología, en distintos procesos, pero fundamentalmente en la enfermedad de Parkinson. Su papel es sustituir el déficit de dopamina endógena por afectación de su producción en la sustancia negra troncoencefálica.

Sin embargo la dopamina tiene otras funciones en otros sistemas cerebrales, y esto es lo que muestra la película cuando al aumentar la dosis de L-dopa administrada a Robert de Niro, este sufre el desarrollo de un cuadro psicótico. En resumen, la dopamina y su equivalente farmacológico la L-dopa no solo influyen en el movimiento coordinado del individuo (compensando la acción colinérgica), sino que también desempeñan un papel cardinal en la persistencia de la atención, en el mantenimiento de una determinada actividad emprendida, así como los procesos de recompensa y aprendizaje.

En este último aspecto, el estudio de las adicciones nos ha permitido añadir a su amplio número de funciones el papel de este neurotransmisor en la motivación humana y los tratamientos antidopaminérgicos como los antipsicóticos nos han ayudado a entender mejor la sintomatología apática y abúlica de sujetos en los que este eje de neurotransmisión ha fracasado espontáneamente o como consecuencia de la introducción de determinados fármacos.

Estos prominentes circuitos y redes neuronales de conexión recíproca entre la corteza prefrontal y el estriado están sometidos sin embargo a otras influencias de neurotransmisión muy relevantes como la mediada por la noradrenalina y los receptores alfa-adrenérgicos. De hecho, el TDAH se ha considerado clásicamente como basado en el equilibrio de neurotransmisión entre dopamina y noradrenalina.

### *B) Noradrenalina*

La noradrenalina es la monoamina central que equivaldría bioquímicamente a la adrenalina que se producirá periféricamente por las glándulas suprarrenales. La noradrenalina por tanto tiene presencia en el SNC, en tanto que la adrenalina se libera a la circulación sanguínea activando el funcionamiento de distintos órganos como el corazón u otras vísceras sujetas a control vegetativo o autonómico simpático. En el [cuadro 6.1](#) se ofrece un repaso de las acciones más relevantes periféricas de la neurotransmisión simpática involucrada prototípicamente en la reacción del organismo amenazado para posibilitar la lucha o la huida.

*Cuadro 6.1. Efectos de la estimulación simpática periférica*

<i>Órgano/Aparato</i>	<i>Efectos NA/Adrenérgicos</i>
Pupila	Dilatada (Midriasis)
Glándulas salivales	Secreción pastosa y escasa
Glándulas sudoríparas	Sudor profuso
Temperatura epitelial	Disminuye
Frecuencia cardíaca	Aumentada
Contracción cardíaca	Aumento de fuerza
Arterias coronarias	Dilatación
Arteria pulmonar	Constricción ligera
Circulación general	Constricción (hipertensión)
Musculatura bronquial	Dilatación
Musculatura corporal	Aumento de tono
Peristaltismo intestinal	Disminución
Esfínteres	Constricción
Pene	Eyaculación

El centro más relevante de producción de noradrenalina en el encéfalo se da específicamente en el núcleo neuronal denominado locus coeruleus. Esta agrupación arboriza sus conexiones con áreas superiores e inferiores. En lo que concierne a la corteza prefrontal, la noradrenalina generaría una acción “activadora”, pero la mejor forma de potenciar farmacológicamente su acción hasta el momento es la indirecta, conseguida a través del agonismo de los receptores alfa 1 adrenérgicos.

Moléculas como la guanfacina o la clonidina actuarían sobre esta vía de neurotransmisión y han demostrado ser fármacos útiles en el abordaje del TDAH. Otro fármaco con indicación actual en esta área, la atomoxetina, centra su mecanismo de atención en potenciar mayoritariamente la neurotransmisión noradrenérgica, inhibiendo su recaptación en vez de promoviendo su liberación.

Aunque la atomoxetina se ha demostrado menos eficaz que los tratamientos estimulantes en el tratamiento del TDAH, su papel para contribuir al conocimiento fisiopatológico del trastorno ha sido relevante y ha ofrecido una opción terapéutica que no actúa negativamente sobre el movimiento (tics). Otras moléculas previas como la reboxetina, a pesar de actuar inhibiendo la recaptación de la NA, habían presentado

resultados muy modestos en el TDAH. Fármacos como el bupropion (con actividad inhibitoria de la recaptación de NA y DA) o los antidepresivos tricíclicos más noradrenérgicos son opciones de tercer escalón.

De todo lo anterior, se deriva que el papel de la DA parece más directo, mientras que el de la NA se ubicaría en un plano de facilitación. En un ejemplo inexacto pero aproximatorio a la compleja interacción de estos sistemas, podríamos hipotetizar que la DA conduce el efecto anti TDAH, si bien la NA guía y optimiza como un copiloto de rallies “el trazado” de la acción dopaminérgica.

### C) Bases genéticas

A partir de las mencionadas intuiciones, extraídas de muy diversas áreas de la neurociencia, distintos esfuerzos de investigación abordaron inicialmente el trasfondo genético que podía estar generando estas anomalías en la neurotransmisión. Inicialmente los estudios genéticos se dirigieron a los sistemas monoaminérgicos, fundamentalmente a través de analizar la hipótesis de posibles alteraciones que dañasen los receptores y transportadores de monoaminas en las sinapsis neuronales.

Como apuntábamos, y en consonancia con un potencial papel secundario o facilitador, los estudios dirigidos a analizar polimorfismos o repeticiones de nucleótidos en el receptor de NA o en su transportador no han podido confirmarse mediante metanálisis. Otra vía de estudio, dirigida a analizar los sistemas enzimáticos de degradación de monoaminas, como la MAO-A o la COMT tampoco han arrojado datos de suficiente significación y replicación para ser universalmente aceptados.

En oposición y como soporte de un papel más definitorio por parte de la dopamina, tanto alelos génicos para los receptores para la dopamina (DRD4 y DRD5), para la enzima dopamina beta hidroxilasa (polimorfismo de restricción en la enzima encargada de la transformación de dopamina en noradrenalina), así como variantes de repeticiones y un polimorfismo en el transportador de dopamina (SLC6A3/DAT1) han arrojado resultados más consistentes.

Curiosamente, a pesar de haber sido habitualmente relegado como sistema de neurotransmisión de tercer orden en el TDAH, la indagación en el sistema serotoninérgico ha sido también fructífera, determinándose modificaciones en genes como el HTR1B o en el mismo transportador (SLC6A4/5HTT)

De los otros sistemas de neurotransmisión más relevantes, ni los genes relacionados con la transmisión colinérgica (CHRA4), ni otros atinentes a la glutamatérgica (GRIN2A), como tampoco la investigación de genes productores de factores de crecimiento como el del BDNF, han conseguido superar la barrera de significación estadística.

Una pregunta de máximo interés para el objeto que nos ocupa iría dirigida a analizar cuántos de estos alelos han podido demostrar asociación con el trastorno de conducta *per se*, o al menos, relación estadísticamente significativa con dominios psicopatológicos como la impulsividad, fenomenología clínicamente común al TDAH y a los trastornos de conducta disruptiva.

En efecto, de los alelos mencionados previamente el SLC6A/DAT ha sido específicamente ligado al dominio de impulsividad. En general, sin embargo, conocemos bastante más sobre alelos relacionados fenomenológicamente con el abuso de sustancias e incluso el suicidio que sobre constructos más globales como la conducta antisocial. De entre estos, el TPH2 también presenta una cierta racionalidad basada en modelos animales sobre la agresión, así como el NOS1, ampliando el foco de investigación a sistemas previamente incógnitos o no explorados.

### 6.2.2. Factores ambientales: aplicación a situaciones especiales

Un creciente número de noxas y tóxicos ambientales han merecido atención en los últimos años ante el aumento de derivaciones a servicios especializados para valoración por TDAH. El argumento intuitivo detrás de estos hechos era que el cambio sociocultural que algunas sociedades como la estadounidense y las europeas habían experimentado en los últimos decenios estaba generando un incremento de la casuística, haciendo del TDAH un signo de nuestro tiempo más que una enfermedad o un síndrome en el sentido clásico de estos términos.

Lógicamente, entre los más definitivos cambios del siglo XX, aspectos como la emancipación de la mujer y su mayor control del proceso de la maternidad merced a la introducción de la píldora anticonceptiva, así como la mejora en la atención obstétrica han determinado modificaciones sustanciales en áreas relativas a la calidad de la gestación, entre ellas:

1. Postergación de la edad para la maternidad con incremento de casos de diabetes gestacional.
2. Un creciente aumento en el consumo de tóxicos: tabaco y alcohol en las mujeres gestantes.
3. Una mayor supervivencia de bebés con bajo peso y prematuridad.

Estos y otros factores de riesgo continúan siendo objeto de escrutinio, porque, como anticipábamos, uno de los escasos estudios prospectivos llevado a cabo por Sagiv (2012) señalaba más bien en dirección relativa a aspectos postnatales como la depresión materna, los bajos niveles educativos parentales y el bajo nivel socioeconómico (si bien se ratificaba la relevancia del consumo de drogas de abuso durante el embarazo y la diabetes gestacional).

De una forma menos subestratificada, Schmitt *et al.* (2012), en un estudio multivariante, determinan como factor protector más significativo la lactancia materna. Además establecen los siguientes factores como de riesgo enumerados de mayor a menor *odds ratio* (esto es, de acuerdo con cuántas veces más se producía el caso de TDAH en sujetos expuestos al factor de riesgo *versus* los no expuestos):

1. Sexo masculino (OR=4,42).

2. Bajo nivel socioeconómico (OR=2,04).
3. Problemas de salud perinatales (OR=0,83).

En un texto de carácter eminentemente práctico como el presente, las conclusiones más relevantes han de ser las aplicables a diseñar estrategias de prevención pragmáticas y coste-efectivas, así como a identificar precozmente mediante la sospecha integrada clínico-demográfica.

Desechando todos los factores de riesgo mencionados y no modificables, toda campaña que pueda dirigirse a la evitación de la ingesta de alcohol y del consumo de tabaco durante el embarazo redundará o no de manera favorable en disminuir la incidencia de casos de TDAH, pero a buen seguro que tendrá trascendencia en otros apartados capitales.

Este sería el caso de la comprensión de otros determinantes de los trastornos de conducta (por ejemplo, el síndrome alcohólico fetal como causa de trastorno del desarrollo intelectual con importantes alteraciones conductuales aparejadas, o el propio autismo). Ni que decir tiene que las implicaciones somáticas para el recién nacido de estas dos exposiciones tóxicas *in utero* son pleomorfas y de gran trascendencia para distintos órganos y aparatos.

La aseveración previa de la posible influencia de la depresión materna en el TDAH ha suscitado el interés contrario, esto es, en qué medida podría el tratamiento antidepresivo influir en el desarrollo cerebral del feto y por tanto potenciar la emergencia de un trastorno hiperactivo. Muy inferior en términos numéricos, pero interesante por la mayor parte de carga genética, también se ha indagado cómo influiría (y por tanto debería manejarse) el embarazo en mujeres con TDAH en tratamiento activo con estimulantes.

Como es bien sabido, los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina han suscitado prevenciones sobre su uso durante el embarazo, por su baja asociación pero estadísticamente significativa y clínicamente relevante a malformaciones oromandibulares (labio leporino, paladar hendido) y, en algunos casos, menores cocientes intelectuales futuros. No obstante, la recomendación en caso de depresión grave o moderada durante el embarazo sigue siendo proceder a tratamiento activo, con una correcta y continuada información, monitorización y seguimiento de la embarazada y del recién nacido.

El caso de los estimulantes es quizá más controvertido, probablemente como consecuencia de la mayor tendencia al diagnóstico del TDAH en la mujer adulta en Europa (en contraposición a Estados Unidos) e incluso al infradiagnóstico de la adolescente. Este déficit de diagnóstico se cree debido a su menor aparatosis conductual en el sexo femenino así como a su más obviado diagnóstico cuando, como es más frecuentemente en el caso de la mujer, predomina la sintomatología atencional sobre la hiperactividad. Nuevamente, salvo valoración individual de los casos de excepcional gravedad, las guías de tratamiento rara vez avalan mantener el tratamiento estimulante durante el embarazo.

En opinión de algunos autores, una más correcta alimentación constituiría otro de los pilares de la intervención preventiva dirigida a paliar el desarrollo fenotípico de algunos casos de TDAH, así como de trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia.

La obesidad materna predispone al desarrollo de complicaciones graves durante el embarazo, como la hipertensión arterial (preeclampsia y eclampsia) y la diabetes gestacional.

Las deficiencias en vitaminas y otros oligoelementos son muy habituales en mujeres con consumos tóxicos asociados (ya sean de alcohol, nicotina o de otras drogas de abuso), y las implicaciones para el fruto de la gestación pueden oscilar entre los difícilmente cuestionables defectos del tubo neural asociados al déficit de vitamina B12 y ácido fólico, hasta asociaciones más controvertidas como la de trastornos autísticos y oligoelementos.

Por último, remitimos al lector a textos específicos sobre epidemiología para profundizar en un campo políticamente mucho más cenagoso, cual es el de las asociaciones del nivel educativo del padre, socioeconómico de la madre o la estimulación ambiental del niño en casa.

Es evidente que, junto a una cadena de acontecimientos positivos, los cambios familiares experimentados por las familias en los últimos decenios se han acompañado de significativas improvisaciones. El resultado último de la menor tutela y monitorización de los que habían sido los únicos progenitores previamente disponible (las madres) obligan a repensar sobre la grave responsabilidad social y personal que implica la procreación.

En consecuencia, existe una necesidad cierta de que los sistemas modernos favorezcan la educación y entrenamiento de los futuros padres, así como palien las dificultades específicas de grupos de población como madres adolescentes, familias monoparentales y en situación de exclusión socioeconómica si se pretende prevenir el origen ambientalista de algunos cuadros de hiperactividad y trastornos de conducta asociados.

### **6.3. Una aproximación clínica “para andar por casa” y para no perder de vista en el colegio**

El diagnóstico del TDAH y de otros trastornos hipercinéticos intensos es sencillo clínicamente. Es probable que hasta a un alienígena procedente del mundo hiperuránico que proponen sectas antipsiquiátricas le bastasen unos minutos de observación clínica de un niño con hiperactividad franca y de otro niño sin dicha alteración para poder establecer el diagnóstico (*e pur si muove*, afirmaríase posiblemente como Galileo).

Muchos profesionales seguirán a pesar de cualquier argumento científico encasquillados en su negación del trastorno. Cuanto se propugne aquí y en el apartado dedicado al tratamiento, tendrá por objeto ampliar la abierta perspectiva del profesional de la educación, del familiar e incluso del médico negadores del trastorno, para evitar una postura fanática que al final solo puede repercutir negativamente en niños y adolescentes

a lo que ninguna de estas personas querrían dañar.

Con intento de desdramatizar se podría decir que parafraseando los versos de Serrat, aquel “niño deja de j... con la pelota”, la hiperactividad es patología cuando padres, profesores u otros observadores, en al menos más de un ámbito de la vida del niño, podrían estallar gritando “pelota, deja de j... ya con el niño”. La hiperactividad franca de algunos casos hace imposible que el niño permanezca sentado, a pesar de intentarlo, durante la habitualmente breve consulta del pediatra, o que al menos empiece a manifestar movimientos de inquietud en la silla tras unos minutos, habitualmente en las piernas, tamborileando o jugando con dedos o manos.

Del párrafo anterior debe destacarse que algunos niños con menores grados de hiperactividad son capaces de mantenerse quietos cuando realizan actividades que les resultan de su agrado, pudiendo servir como orientación diagnóstica el cambio tan llamativo que se produce a la hora de sentarse para hacer tareas escolares o estudiar temas que no les gustan o realizar actividades tediosas y repetitivas.

La hiperactividad de cierta intensidad suele terminar produciendo problemas de relación con pares (peleas, agresiones físicas), así como añadidas complicaciones traumatológicas, otros accidentes domésticos o comunitarios de distintos tipos e intensidad (quemaduras, cicatrices cutáneas, pérdida de piezas dentales...).

Si bien el niño o adolescente puede ser reacio durante la entrevista a referir en clave de sintomatología algo que le es tan consustancial como su inquietud o su incapacidad para la atención, preguntas en esas direcciones pueden resultar de utilidad para realizar o afianzar una primera aproximación diagnóstica. En este mismo terreno, nunca debe olvidarse que la “incoregibilidad” de estos comportamientos puede haber estado en el seno de castigos corporales por parte de padres y cuidadores, y que algunas de dichas secuelas traumatológicas pueden ser objetos de malos tratos.

Con frecuencia, el profesor detectará dificultades de integración con el resto de alumnos, fricciones que conforme pasan los cursos se acentuarán (tanto si el niño con TDAH se ve abocado a repetir, como si no).

El niño con TDAH tiende a interrumpir, levantarse de su pupitre e interferir con la atención de otros niños, se abalanza a contestar preguntas realizadas al auditorio que a veces no han terminado de formularse y, en general, su constante “reclamo de atención” podrá producir una actitud de rechazo en sus compañeros de clase. Conforme el niño se va haciendo adolescente, su impulsividad y la tendencia a hablar de forma desproporcionada, inmiscuyéndose en conversaciones ajenas, grupos de amigos cerrados, o incluso con los propios grupos de profesores, lo irán convirtiendo en figura *non grata* en muchas de las pandillas de amigos.

Las dificultades en la aceptación por el grupo de iguales, añadidas a la posible internalización del estigma debido a la incapacidad para el mantenimiento de la atención y el mal rendimiento académico son dos de los más consistentes hechos asociados al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en los sujetos con TDAH.

Estos cuadros reactivos son la comorbilidad más frecuente junto a los trastornos de conducta disruptiva en estos niños. El profesor con genuina preocupación y pericia

técnicas en su profesión será sensible a esta retirada social que como expresión de desesperanza aprendida opera con gran frecuencia en el joven con TDAH.

De una manera gráfica y quizá sesgada, la experiencia de varios autores es que cuando un adolescente con importantes alteraciones conductuales pasa a un estado de “hibernación”, en el que deja de ser visto y oído en clase, es el momento para que el profesor o tutor se siente con él y con tacto haga una sencilla pregunta al joven.

Esta pregunta, inserta en una introducción de preocupación por el estado del alumno, debe ser: ¿has empezado tratamiento? En caso de que la respuesta sea negativa, la siguiente posibilidad es mucho menos halagüeña y debe abordarse si el joven está desesperado y si está considerando el suicidio. En otros términos, la desaparición brusca de la hiperactividad en un niño con TDAH que no está recibiendo tratamiento debe llevarnos a pensar en un cuadro depresivo que puede ser grave.

Sin duda, en la mayoría de las ocasiones la respuesta también será no y podrá parecer que esta cuestión es baladí. Antes al contrario, preguntar abiertamente sobre los planes suicidas es perentorio en sujetos que hayan podido entrar en una depresión clínica y que asocien trastornos de conducta y TDAH. Cuando menos, tal conversación podrá generar una vía de comunicación valiosísima para el adolescente y una más suave introducción de la posibilidad y ulterior derivación a los servicios de salud mental, si es preciso proceder a la misma.

Una característica reflejada en diversos paradigmas de investigación sobre el TDAH es el empeoramiento conductual vespertino, a veces independiente de que el paciente esté recibiendo tratamiento con estimulantes y por tanto no estrictamente achacable al efecto de rebote de la sintomatología.

Muchos niños y adolescentes experimentan una paupérrima vigilancia entre la hora de salida del colegio o del instituto y la llegada de sus padres a casa, en el caso de que ambos trabajen y convivan juntos.

La información que cada vez muchas familias pueden facilitar al clínico pierde calidad y estabilidad a lo largo de la jornada del día y la noche, en la comparación entre días de diario y fines de semanas, e incluso en vacaciones, pudiendo tener importantes sesgos no solo la información que facilitan sobre el niño o adolescente no tratado, sino también sobre la efectividad de los tratamientos instaurados en aquellos que sí han empezado a recibirlo.

De ahí que para las clasificaciones diagnósticas al uso no se mencione en balde la necesidad de fuentes de información diferentes al paciente, ya que en los actuales escenarios sociales pueden darse fenómenos de custodia compartida. En dichos casos, prejuicios distintos hacia la especialidad psiquiátrica y hasta fenómenos psicopatológicos en los progenitores harán de sendas informaciones verdaderos galimatías contradictorios entre sí y que muchas veces tendrán más que ver con las necesidades, temores y conflictos de los padres que con la realidad objetivable del caso.

En el capítulo dedicado a la impulsividad se abordará de forma más detallada cómo la impulsividad ha terminado de aportar información sobre algunos de los datos más intrigantes obtenidos del cerebro de sujetos con síndromes hipercinéticos y de déficit de

atención.

Por lo que respecta a este último grupo de manifestaciones, el déficit atencional puede en ocasiones malinterpretarse en niños pequeños y casos limítrofes con trastornos del desarrollo intelectual, o confundirse con casos de dificultades del aprendizaje simples como la discalculia o la dislexia.

Si bien la disquisición pedagógica siempre atenta contra la pureza de los hechos, esta dimensión cognitiva no suele asociarse tan ampliamente a demanda de atención por disconducta, sin embargo, el lector interesado aprovechará inmensamente la lectura de textos focalizados en esta área del TDAH.

#### 6.4. Del diagnóstico clínico a la eflorescencia neuropsicológica

Según se viene señalando, y a pesar de algunas interesantes contribuciones de técnicas como el registro EEG o la neuropsicología, el diagnóstico de los trastornos hiperkinéticos, exactamente igual que el de los trastornos de conducta en general es clínico. La compilación de datos extraídos de las entrevistas clínicas con padres, familiares y el niño, añadidos a los procedentes de los informes escolares u otros cuidadores habituales dará un sentido y direccionalidad a la exploración psicopatológica del individuo. A su vez, la integración de los datos más significativos de esta en el seno más global de la evaluación de la historia biopsicosocial de la familia del paciente será de alto rendimiento diagnóstico.

Existe un buen número de escalas o herramientas de valoración con distintas capacidades psicométricas y una mayor o menor facilidad de aplicación en los contextos clínicos. La realidad práctica limita mucho su uso a estructuras de trabajo que cuenten con neuropsicólogos entrenados y motivados, lo que puede no ser el caso para un porcentaje significativo de lectores de este libro. Sin embargo, se ofrece en el [cuadro 6.2](#), un listado de los instrumentos más relevantes.

*Cuadro 6.2. Escalas de evaluación en TDAH*

<i>Escala</i>	<i>Características esenciales</i>
Niños	
ADHD Rating Scale IV	Aplicada por evaluador (existe una versión con rasgos del adulto)
Conner's Parent/Teacher Rating Scale revised	Aplicadas por padres/profesores: útil para cribado inicial
Adultos	
WURS (Wender Utah Rating Scale)	Retrospectiva, autoevaluación
ASRS (Cuestionario autoinformado de Cribado del adulto)	Cribado de síntomas persistentes en el adulto

## **6.5. Pronóstico: ¿únicamente una cuestión de tiempo?**

La irrefutable persistencia del riesgo conductual en sujetos con diagnósticos en la infancia o adolescencia de TDAH libra del laborioso trabajo de abordar la persistencia del TDAH como tal en la edad adulta.

Incuestionablemente, el pronóstico del TDAH no tratado, infratratado o mal tratado es negativo, pero la asociación de cualquiera de estas tres posibilidades con trastornos de conducta presentes antes de los 15 años hace que aún resulte más sombrío.

Como se abordará en la parte dedicada a los aspectos terapéuticos de los trastornos de conducta en su conjunto, el clínico juicioso debe siempre sopesar la relación entre los beneficios y los riesgos del tratamiento farmacológico del TDAH. Para ello deberá conocer no solo la experiencia dilatada de décadas sobre el excelente perfil de seguridad de los estimulantes, sino también las alertas justificadas o no que se han publicado recientemente con respecto a los posibles efectos de determinados fármacos como el metilfenidato en la plasticidad neuronal del cerebro joven.

Igual que debe ser consciente de las áreas que requerirán de soporte adicional o se podrán beneficiar de un tratamiento complementario, contará con la posibilidad de que un pequeño porcentaje de sujetos no responda al tratamiento. Así mismo tendrá la responsabilidad de recomendar la opción científicamente más contrastada como terapéuticamente útil al paciente y a sus padres o cuidadores.

En él, como único garante del conocimiento científico psiquiátrico y neurológico recae la responsabilidad de desdeñar o no la ingente información que anticipa un pronóstico pobre para el sujeto no tratado, asumiendo un riesgo para con su paciente y para con la sociedad que a la luz del conocimiento actual resulta difícilmente legítimo desde una perspectiva global.

# 7

## *Consumo de sustancias*

La recíproca influencia de los consumos de sustancias tóxicas en las formas de conducta antisociales, y viceversa, han centrado buena parte de la literatura psiquiátrica de los últimos cien años. Este hecho obviamente obedece a la observación de los pioneros de la psiquiatría, y muy significativamente de las figuras como Krafft-Ebbing, inclinadas a rastrear en sus series de casos clínicos el antecedente de la adicción alcohólica tras las más abigarradas “perversiones”.

Conviene realizar aquí la digresión de que el otro disparador de los primeros esfuerzos explicativos en psiquiatría (la parálisis general progresiva causada por la evolución de la sífilis terciaria) constituía en muchas ocasiones la consecuencia neurológica de estilos vitales erráticos y determinados por la baja evitación del riesgo y daño. No extraña tanto, con esta visión histórica, que en la DSM I, publicada en 1952, se tomase la descripción de Cleckley de la psicopatía y bajo el amparo del término de sociopatía se considerasen de un lado los actos antisociales reiterativos y de otros, la drogadicción, el alcoholismo y la perversión sexual.

Los cambios experimentados en más de medio siglo en nuestra comprensión de los fenómenos biológicos que subyacen a la adicción y el cambio de paradigma tienen escaso parangón en la medicina. A pesar de todos estos avances, la influencia del consumo de tóxicos sobre la conducta antisocial en las sociedades modernas es abrumadora y continúa siendo uno de los factores modificables más difíciles de abordar.

### **7.1. Sustancias adictivas y tóxicas en relación con la edad**

Como es bien sabido, en el adulto la asociación del trastorno antisocial de personalidad con los trastornos por consumo y por dependencia de sustancias es altamente frecuente. Dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, el ámbito y la forma de evaluación, la literatura arroja cifras de comorbilidad comprendidas entre aproximadamente el 7 y el 70% de las series. Esta asociación afecta al alcohol, así como a la cocaína, los estimulantes, la heroína y el cannabis.

Estudios recientes han evaluado también a sujetos que, aun cumpliendo los otros criterios de trastorno antisocial de personalidad en su edad adulta, no aportan antecedentes de trastorno de conducta antes de los 15 años. Esta condición se ha

denominado síndrome de conducta antisocial en el adulto y tiene importantes connotaciones, dadas las dificultades nosográficas y epidemiológicas que suma a la clasificación.

El trastorno de conducta infantil es un predictor repetidamente asociado a consumo de tóxicos en el futuro (Marmorstein y Iacono, 2005), en los rangos de abuso o dependencia, y la concurrencia de ambas circunstancias determina peores respuestas a los tratamientos y procesos tóxicos más dañinos e inveterados.

De idéntica forma, la coexistencia de un trastorno antisocial de personalidad en el adulto (que implica antecedentes de trastorno de conducta antes de los 15 años) asocia peores niveles de funcionalidad, mayores problemas legales y más riesgo de infección por VIH.

En alcoholología, la investigación biológica ha intentado ligar tipologías de consumo (véase Cloninger tipo II alcoholismo) con disfunciones neurobiológicas y constituciones temperamentales-genéticas.

Este avance ha roto con una concepción de la adicción heredera de las explicaciones moralizantes, así como de la simplificación conductista para introducir la constitución biológica en la vulnerabilidad al desarrollo de la dependencia de sustancias. Podríamos, por tanto, decir que psicopatía y adicción han seguido caminos paralelos, en tanto han sido convertidas de defectos morales a enfermedades de origen biopsicosocial.

## **7.2. Alcohol: la “variable constante”**

Existen pocas dudas de la influencia del consumo alcohólico sobre conductas desinhibidas y violentas episódicas.

La edad media de inicio en el consumo alcohólico en nuestro país está situada en los 13 años. Además se ha destacado el efecto nocivo del consumo etílico en edades en las que determinadas áreas y redes cerebrales todavía requieren una maduración crítica.

Sin duda, esto tiene importantes implicaciones para el desarrollo de rápidas transiciones desde los primeros consumos, al abuso y a la dependencia, pero obviamente también en términos de la explosividad y peligro de las disconductas aparecidas en contextos de intoxicación etílica en niños y adolescentes.

### *7.2.1. Neurobiología del consumo alcohólico*

La ingesta aguda de alcohol produce una fase inicial mediada por su función gabaérgica y una fase ulterior excitatoria en la que predomina la transmisión glutamatérgica. Como el alcohol, fármacos con acción gabaérgica han demostrado poder disparar conductas desinhibidas y violentas tanto en modelos animales como en seres humanos.

Una explicación preliminar para ello ha sido la desinhibición de estructuras profundas como la amígdala por parte de la corteza prefrontal, cuyas redes neuronales resultarían

hiperpolarizadas a través de la entrada de Cl<sup>-</sup> en la neurona, a su vez secundaria al aumento de transmisión gabaérgica.

La corta vida media del alcohol determinaría que una vez interrumpido el consumo se produzca una constelación de reacciones excitatorias mediadas por glutamato. Se ha responsabilizado a este neurotransmisor de la irritabilidad psíquica y somática que tiene lugar pocas horas después del consumo.

Alteraciones del sueño como pesadillas o despertares frecuentes, disforia o franca hipotimia, incremento de los signos de ansiedad (sudoración, temblor, náuseas y vómitos) serían manifestaciones subsindrómicas de un cuadro de abstinencia (microabstinencias) recortado que puede asimilarse a los componentes prototípicos de la “resaca”.

El consumo agudo de alcohol produce reacciones añadidas en el circuito de recompensa. En los últimos treinta años se ha avanzado en el conocimiento de los efectos que esta sustancia adictiva produce en términos de regulación opioide y dopaminérgica de estas redes neuronales relacionados con la perpetuación de conductas de búsqueda y consumo de sustancias adictivas.

En este sistema, el núcleo accumbens, situado en el estriado ventral, encarna un conglomerado neuronal con un papel central en la producción de dopamina ante determinados estímulos naturales y artificiales. Aunque se sigue discutiendo, el papel de la dopamina en relación con la experimentación de placer, este efecto ha sido relegado a un segundo plano por el que la vincula a los procesos atencionales de señalización química para los estímulos ambientales.

Este cambio conceptual que priorizaría el papel de la dopamina en procesos de corte cognitivo y conductual permite entender mejor la relación entre patologías como el TDAH (que se atendió en el capítulo precedente), la propia psicopatía y la adicción. Debe recordarse que tanto los trabajos de Eysenck como los del modelo tridimensional de Cloninger han venido a señalar que el sujeto psicopático presentaría una baja evitación del riesgo (dimensión mediada por la serotonina), una alta dependencia de la recompensa (dimensión mediada por la noradrenalina y que conduciría a que los sujetos mantengan conductas que generan recompensa) y una alta búsqueda de novedades (dimensión mediada por la dopamina).

Con todo ello en conjunto, pueden entenderse mejor las disquisiciones que se han realizado a lo largo de la descripción de la psicopatía o el núcleo de insensibilidad-frialdad, en relación con una disfunción cognitiva sutil, demostrable por ejemplo en los paradigmas que utilizan palabras con alta carga emocional. Cabe rescatar aquí el viejo aserto referido al psicópata, quien entiende la letra de la moralidad, pero no la música.

Curiosamente, existen datos de que la reactividad del sistema nervioso central (por ejemplo a ruidos súbitos, como en el paradigma de respuesta de sobresalto) podría constituir un nexo fisiopatológico entre la psicopatía y la vulnerabilidad biológica a la dependencia de sustancias tóxicas.

Con anterioridad hemos abordado que una de las principales funciones de la dopamina sería la de “señalar o subrayar” estímulos y conductas que significan una posibilidad de supervivencia o un riesgo. Un bajo funcionamiento dopaminérgico podría

subyacer a la alta búsqueda de novedades del psicópata, a su tendencia al aburrimiento y a la mayor vulnerabilidad al abuso y dependencia de tóxicos.

De la misma forma, este bajo funcionamiento le impediría aprender de las experiencias aversivas o modificar su conducta a raíz de las mismas, llevándolo a perseverar o reincidir en las conductas problemáticas cuando no se hace ostensible y se le sitúa proactivamente bajo la “espada de Damocles” del castigo.

### 7.2.2. *Violencia y alcohol*

La gráfica frase de acercamiento a la estructura freudiana “el superego es la parte del psiquismo soluble en alcohol” traduce de forma sucinta cómo el control del neocórtex prefrontal sobre las estructuras límbicas padece los embates de la intoxicación etílica. La aparición de conductas violentas en sujetos embriagados, ya sea en forma de agresiones verbales, físicas o contra la libertad sexual se ha explicado además por la afectación que se produciría sobre las funciones ejecutivas de la corteza prefrontal.

En términos porcentuales podríamos acotar la cuestión diciendo que una de cada dos agresiones sexuales y de delitos violentos son cometidas por sujetos que se encuentran bajo estados de intoxicación aguda por alcohol, y que, con pocas dudas, constituye la sustancia tóxica más consistentemente asociada a los trastornos de conducta antisocial en adolescentes.

Además, cuando nos referimos a sujetos jóvenes, existen distintos estudios que apuntan a que la posibilidad de desinhibición en contextos de intoxicación son aún más prominentes y frecuentes, y si damos un paso más y nos centramos en jóvenes seleccionados (con núcleos psicopáticos de personalidad o altas puntuaciones en impulsividad), esta triple combinación de alcohol-inmadurez cerebral-psicopatía/impulsividad constituye un cóctel explosivo.

Es relevante señalar que los efectos desinhibitorios y de agresión observados tanto en modelos animales (monos rhesus) como humanos no requieren de la exposición crónica al alcohol, y pueden aparecer en sujetos que se inician en el consumo etílico, y muy especialmente en el que se ha dado en llamar consumo de fin de semana y “*binge pattern*” o consumo en atracones.

En este sentido, existen pruebas de que el disparo de conductas violentas en sujetos con exposición aguda al alcohol no es universal, sino que afectaría a individuos con una proclividad de base biológica-genética. No obstante, en el momento actual no somos capaces de establecer *a priori* qué sujetos tendrán más riesgo en el contacto con el consumo etílico, si exceptuamos la sospecha establecida a través de antecedentes familiares positivos para violencia, conducta antisocial, TDAH y trastornos de impulsividad.

En efecto, se mencionan cuatro áreas de sencilla indagación durante la anamnesis consistentes con lo que la investigación biológica ha determinado de manera más recurrente, esto es, la existencia de un patrón de desequilibrio de neurotransmisión en

estas cuatro condiciones, y que con sus respectivas variaciones sobre dicha base común señalan a alteraciones en el balance entre las funciones dopaminérgicas y serotoninérgicas.

En concreto, sabemos que la conducta violenta en distintos paradigmas animales arranca con un aumento de dopamina en corteza prefrontal, núcleo accumbens y estriado ventral. En el ser humano se ha constatado que la observación visual de estímulos aversivos genera un aumento de dopamina en la amígdala, estructura clave tanto para las denominadas agresiones en caliente (impulsivas) como para las agresiones en frío (psicopáticas), si bien “activándose” en las primeras e “inhibiéndose” en las últimas.

El aumento de dopamina en determinadas regiones como las mencionadas podría constituir por tanto un punto de concurrencia entre el consumo agudo de alcohol y la iniciación de un estado “agresivo” básico o de proclividad a la agresividad.

Por otra parte, a través de la acción gabaérgica sobre la subunidad A del receptor GABA y de la interacción con el sitio de glicina del receptor NMDA glutamatérgico (al que el alcohol inhibiría), nos encontraríamos con una inhibición generalizada neocortical que afectaría preferencialmente a la corteza prefrontal y en consecuencia a las habilidades ejecutivas.

Los contrastados efectos negativos del consumo ético sobre aspectos como el procesamiento de la información, el control inhibitorio y la flexibilidad en las respuestas a los estímulos ambientales podría estar determinando un estado propiciatorio para responder de manera desproporcionada a acontecimientos menores de corte provocador o cuyo contenido emocional desencadena una respuesta estereotipada que el sujeto está temporalmente incapacitado para corregir.

Esta rigidez cognitiva última para aprender del error y modificar la conducta es uno de los hechos que destacábamos en el funcionamiento biológico de la mente psicopática, y tiene un correlato electrofisiológico analizado en un interesante artículo (Ridderinkof, 2002).

A pesar de toda la disquisición precedente, durante el consumo ético agudo podemos tener un sujeto con un estado hiperdopaminérgico básico subcortical y un estado gabaérgico antiglutamatérgico cortical que, como es más bien la norma, no desarrolla conductas violentas. Sin embargo, un subgrupo de sujetos sí lo hacen y es aquí donde se cree que la neurotransmisión serotoninérgica desempeña un papel clave (además influida en gran medida por las exposiciones traumáticas infantiles y el aprendizaje social, entre otras cuestiones).

Volviendo a los modelos animales en roedores, existen suficientes datos empíricos que a través de la alteración en la neurotransmisión serotoninérgica consiguen distinguir a los ratones con agresiones potenciadas por el consumo alcohólico de aquellos que no presentan dicha exacerbación conductual.

A la luz de los conocimientos actuales, la interrelación entre la acción inhibitoria gabaérgica y el núcleo del rafe (productor de serotonina), así como la disminución de los niveles de serotonina durante y después de un encuentro agresivo en dichos roedores, señalan a un estado hiposerotoninérgico cortical añadido a los estados hiperdopaminérgico subcortical y gabaérgico-antiglutamatérgico referidos.

De hecho, en primates como los monos rhesus sometidos a formas de estrés precoces (como el aislamiento social) se objetiva una hipofunción serotoninérgica que podría ser el equivalente de las alteraciones humanas que han indagado y hallado la influencia de la baja velocidad de recambio de la serotonina en determinadas conductas agresivas e impulsivas.

Así, la investigación sobre los genes MAOA (el candidato más firme en los análisis de susceptibilidad humana a la agresión cuando se constatan alelos MAOA-L de baja expresión) y 5-HTTLPR, han permitido establecer que sujetos humanos con MAOA-L presentan mayores activaciones amigdalares a estímulos aversivos como expresiones faciales de enfado y atemorizantes, mayor activación de cortex cingulado al rechazo social, o mayor proclividad a desarrollar conducta antisocial.

El papel conjunto de la enzima monoaminoxidasa junto con el del polimorfismo mencionado en el transportador de serotonina sugiere además que las experiencias traumáticas de características psicosociales acaecidas en las fases del desarrollo cerebral podrían impactar de manera diferencial en los sujetos portadores de las variaciones mencionadas.

Junto a ello, el modelado de la experiencia de consumo étílico va a terminar de perfilar que determinadas reacciones agudas ante la intoxicación se conviertan en pautas de conducta establecidas. La concurrencia de antecedentes parentales de dependencia alcohólica y de psicopatía pueden determinar estilos de crianza que hagan considerar la violencia un repertorio común del individuo. Otro dato interesante es que en hijos de madres dependientes de alcohol que padecen una embriopatía fetal alcohólica las probabilidades de desarrollo de alcoholismo en la vida adulta son extraordinariamente altas.

Las expectativas del individuo ante el consumo, por ejemplo a desarrollar conductas violentas o antisociales, derivadas de ese ejemplo parental o del de pares y grupos de amigos, darán una vuelta de tuerca más al establecimiento crónico de pautas conductuales crónicas y, como venimos mencionando, inflexibles a la constatación de consecuencias negativas para el individuo.

Si bien también existen estudios que señalan que hasta un 50% de los adultos varones en rango de dependencia alcohólica presentan violencia asociada al consumo crónico de alcohol, excepto casos infrecuentes, niños y adolescentes no habrán desarrollado en su mayoría patrones en el rango de la dependencia para el momento de la intervención médica o judicial.

No debe olvidarse, sin embargo, que los cambios que se puedan obrar en su cerebro en fases en que no es diagnosticable una dependencia podrán tener interés a la hora de comprender la violencia alcohólica y otras conductas antisociales del adulto dependiente, muy en concreto de áreas con alta repercusión familiar y social, entre las que se cuentan la violencia hacia el cónyuge o los accidentes de tráfico debidos a conducción imprudente o temeraria.

De todo ello se deriva la cuestión de si es posible e importante actuar de forma precoz en niños o adolescentes cuya carga genética y ambiental pueda hacerlos objeto de

prevención primaria, así como cuál sería la mejor manera de intervenir de forma coste-efectiva y razonablemente dirigida en los jóvenes que empiezan a mostrar un consumo de alcohol que se asocia a manifestaciones antisociales más complejas o a violencia.

### 7.2.3. *Aspectos críticos de la evaluación del joven con consumo alcohólico y conductas antisociales*

Padres, profesores e incluso profesionales sanitarios caen una y otra vez en la subestimación del riesgo del consumo alcohólico o del tabaco y en la sobreestimación del riesgo de otros consumos de sustancias no permitidas (cannabis, por ejemplo).

Sin embargo, desde el médico que hace urgencias de puerta hasta el profesional de salud mental que trabaja en formas de atención privada, pasando por profesores, padres y estamentos políticos organizativos de la atención sanitaria, ningún integrante de los sectores político, médico o de la sociedad civil debería permanecer ajeno a la grave trascendencia que estos dos consumos tienen incluso en el estrato biológico del individuo en desarrollo, y por extensión en amplias áreas de la vida social, familiar y personal.

No solo por limitaciones de espacio, sino también porque resulta incontrovertible que esta es la puerta de entrada de una gran mayoría de sujetos al consumo de otros tóxicos y que para muchos de ellos dicha puerta se cerrará tras haberla franqueado, abordaremos a modo de ejemplo generalizable a otros consumos algunas de las consideraciones más relevantes que el clínico habrá de realizar en su trabajo diagnóstico y terapéutico con el joven que se inicia en el consumo de sustancias adictivas.

1. *Aproximación a la entrevista diagnóstica.* Si bien el modelo paternalista y autoritario ha cedido lugar en los últimos veinte años en la atención de la adicción del adulto, en las primeras entrevistas con el joven referido por consumos tóxicos, dicha actitud tiene un lugar extremadamente limitado, si es que lo tiene, en el marco propedéutico, conceptual y legal de hoy. Cualquier profesional puede exponer el caso de un sujeto que respondió milagrosamente a “una bronca” por parte del médico. Por cada sujeto que recapacitase e interrumpiese su consumo en dicho enfoque, otros profesionales podrán aportar 100 individuos en los que el consumo se acentuó y que no volvieron a una segunda consulta.
2. *Técnica específica.* Dentro de los abordajes actuales, la entrevista motivacional descrita por Miller y Rollnick constituye una de las estrategias consistentemente validadas para el manejo de las adicciones. Es especialmente relevante entender que el sujeto adolescente suele presentar mucha menor “ambivalencia” que el adulto hacia el consumo tóxico, lo que significa sin ambages que ni siquiera ha iniciado una fase de precontemplación (o percepción de problema en la conducta) en muchas de las derivaciones que recibimos. Frente a la actitud pasiva propugnada por enfoques previos que

aguardarían a que el sujeto cobre alguna conciencia de problema, la entrevista motivacional propone ayudar al sujeto a identificar áreas de su vida que están siendo afectadas por el consumo tóxico.

3. *Principios para aplicar en las entrevistas iniciales.* De los cinco principios habitualmente citados como de orientación para realizar una entrevista motivacional, la adaptación al mundo cognitivo y conductual del adolescente se beneficia especialmente de “expresar empatía” y de “lidiar con la resistencia”. En nuestra propuesta, aun cuando se realice con el máximo de los cuidados, proporcionar consejo debe constituir un eslabón más tardío y que puede resultar fructífero solo cuando existe una alianza terapéutica fraguada y el adolescente ha dejado de ver al terapeuta como una prolongación de padres, profesores o representantes policiales o judiciales.
4. El acercamiento al mundo volitivo y de realidad del sujeto es tan indispensable incluso en la primera cita, como una pormenorizada historia de los consumos (que si es preciso se puede repartir en el seno de futuras visitas de evaluación). Ni un malinterpretado sentimiento de premura ni el prurito por centrar desde el inicio el problema debe alejar al profesional de lo que hará que el adolescente se sienta valorado por su terapeuta tras este siempre incierto primer contacto. Aún con la neutralidad exigible presente, un foco único y exclusivo en las parcelas más conflictivas del sujeto como es el consumo de la sustancia o sustancias índice, dejará por sembrar una verdadera relación que genere frutos psicoterapéuticos futuros.
5. El estado afectivo y las ideas de suicidio nunca deben obviarse en la fase inicial de la evaluación del adolescente con conductas adictivas y antisociales o violencia. Como se mencionó en el capítulo dedicado a aspectos clínicos y también en algunos párrafos dedicados a la morbilidad, la patología afectiva puede constituir el diagnóstico primario al que se han sumado alteraciones conductuales de corte disruptivo y el consumo de sustancias adictivas (inicio, incremento en dosis o frecuencia, cambios en la vía de administración hacia formas más adictivas, suma de nuevos consumos).
6. Los consumos de fin de semana entrañan graves riesgos y no deben ser subestimados. En contextos de ebriedad del sujeto afecto: traumatismos fruto de peleas, accidentes de tráfico, agresiones sexuales y urgencias motivadas por intoxicaciones graves, intentos de suicidio o conductas disruptivas, deben intentar vehicularse a los dispositivos de evaluación y atención disponibles.

### **7.3. Otros consumos tóxicos ilegales: aspectos de interés para las conductas antisociales**

A pesar de denodados esfuerzos para desentrañar qué antecede a qué: si la conducta antisocial a los consumos tóxicos, o viceversa, el estado actual de esta cuestión no puede

aportar una respuesta única significativa de carácter práctico. Además, con alta probabilidad la forma en que consumos tóxicos se relacionan con la conducta antisocial vendrá modificada no solo por los efectos biológicos de la sustancia en cuestión, sino también por aspectos relativos al sujeto (personalidad y otros rasgos de identidad).

Por ello, resulta cómodo establecer una hipótesis de trabajo en que los consumos de sustancias adictivas constituirían una de las corrientes significativas que tan pronto pueden desembocar en el río de las conductas antisociales, como formar meandros e incluso independizarse a partir de una vía de conducta antisocial anterior adquiriendo incluso entidad propia como foco fundamental de los problemas.

Como es obvio en cualquier flujo líquido, sea de una u otra forma, una vez confluyen muchas de las moléculas de los consumos tóxicos, estas se habrán mezclado inextricablemente con otros afluentes al río de la conducta antisocial e impregnado de su “aroma” especial la conducta antisocial en su conjunto.

Resulta relevante, sin embargo, no perder de vista que los consumos de sustancias tóxicas han recibido miradas muy distintas cuando se han interpretado desde la perspectiva médica o bien desde la sociopsicológica. Aunque puede resultar útil su inclusión grosera en el marco conceptual de las conductas antisociales, no debería obviarse su conceptualización como patologías, y así no chocar con ninguna de las dos extensas literaturas que abordan el tema.

Cinco han sido las hipótesis fundamentales a través de las que se ha intentado explicar que los consumos tóxicos podrían justificar un mayor riesgo y ulterior prevalencia de conductas antisociales en los sujetos que los protagonizan:

1. Bases biológicas de proclividad al desarrollo de conductas antisociales (modelo biofarmacológico).
2. La asociación con el mundo antisocial de forma secundaria al consumo de tóxicos (modelo sistémico).
3. Necesidad de la conducta antisocial delictiva para sufragar el consumo (modelo de motivación económica).
4. Debilitamiento de adherencia a las normas sociales.
5. Un grupo de factores comunes que influirían en el desarrollo de cualquier forma de conducta antinormativa (ya el consumo de sustancias adictivas, ya otras conductas antisociales).

Si bien estas cinco posibilidades no son excluyentes entre sí, al analizar los estudios realizados en adolescentes parece claro que, en sus inicios, la asociación de conductas antisociales con consumos tóxicos no se explicaría consistentemente por la necesidad de financiar el consumo, lo que es claro en sustancias como el alcohol o el tabaco, de bajo precio y fácil adquisición.

El modelo sistémico concuerda con la teoría de la asociación diferencial de Sutherland y con el más moderno modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins. Constituye este una derivación de la teoría de control o arraigo social de Hirschi en la que

la vinculación con un medio familiar o social normativos, o por el contrario delictivos, determinará el patrón conductual del individuo. Esta interpretación resultaría aún más relevante porque permitiría destacar la necesidad de la intervención precoz cuando el niño o adolescente empieza a experimentar las sucesivas posibles influencias de modelos antisociales (parental en la primera infancia, entorno escolar después y más tarde la pandilla).

### *7.3.1. Cuándo sospechar del inicio en el consumo tóxico*

El consumo de sustancias adictivas termina por generar cuadros de dependencia caracterizados porque la experiencia vital del individuo empieza a orbitar alrededor de la consecución, administración y recuperación de los efectos de la sustancia tóxica. Sin embargo, en el inicio del consumo, muchas de las conductas que podrían alertarnos están veladas por otros cambios que experimenta el adolescente normal: cambios físicos y psicológicos de origen hormonal-sexual, mayor irritabilidad, modificaciones en el nivel de actividad física, cambios en grupos de amigos, entre otros.

#### *A) Cannabis*

La intoxicación aguda por cannabis tiene como datos más diferenciales a la exploración visual la inyección conjuntival, esto es, “ojos rojos”, además del olor característico que el humo despedido por el hachís o por la marihuana produce. Se trata de una de las sustancias ilegales más comúnmente consumidas por menores de 18 años en nuestro ámbito, por lo que un sujeto puede estar expuesto a ambientes en los que se fuma y no haber consumido.

Aunque el inicio del consumo se produce en grupo, pronto el sujeto tiende a adquirir la sustancia por sí mismo y a consumirla en casa, predominantemente por la noche, en muchos individuos por sus acciones “sedativas o relajantes”. En consecuencia, no es probable que el sujeto siga experimentando la prototípica “risa fácil” tras una cierta regularidad en el consumo. Su aspecto irá cobrando, en lugar de festivo, un corte más apático y de dejadez.

Reducciones importantes en el nivel de interacción social deben siempre constituir un signo de sospecha, especialmente cuando constituyen una ruptura muy clara y de carácter súbito con respecto al estilo vital del joven.

La habitual inversión del ciclo vigilia y sueño en muchos adolescentes que pasan horas jugando a videojuegos debe también vigilarse, ya que con cierta frecuencia estos datos son síntomas bien de enfermedades mentales incipientes o de consumos tóxicos de cannabis y otras sustancias que generan efectos rebote o cambios en el patrón de sueño.

Por último, la intoxicación aguda por cannabis potencia el apetito, por lo que algunas conductas nocturnas de ingesta pseudocompulsiva de alimento pueden estar traduciendo el efecto de los cannabinoides.

## *B) Cocaína y mal uso de estimulantes*

La cocaína, como representante más frecuente del grupo de los estimulantes en nuestro contexto, genera por su corta vida media y el carácter de sus efectos psicomiméticos, marcadas dificultades para que el observador pueda sospechar de su consumo salvo que comparta el ambiente festivo donde el sujeto recientemente ha consumido.

Probablemente, en dichos escenarios, la aparición de estereotipias o movimientos repetitivos, muchas veces centrados en el área nasofacial, es uno de los correlatos más fiables de consumo reciente. A diferencia de los tóxicos “inhibidores”, los estimulantes se caracterizan por activar el sistema simpático y por tanto las reacciones que en el capítulo previo se atribuían a la noradrenalina y adrenalina podrán observarse en el sujeto con consumos de estimulantes. A forma de regla mnemotécnica, todo aquello que sugiere una reacción de lucha y por tanto una activación del sistema simpático podrá ser compatible con una intoxicación por estimulantes (inquietud, agresividad, irritabilidad, taquicardia, aumento de presión arterial, aumento de la temperatura cutánea, dilatación pupilar, sudoración).

Si bien solo el médico podrá detectar el aumento de frecuencia cardíaca o la subida tensional (por ejemplo, durante la visita a urgencias por un estado agresivo o de agitación), externamente cabrá notar la dilatación pupilar y la inquietud psicomotriz, a veces acompañada de movimientos más amplios, súbitos y rápidos. Por su carácter paranoidizante y liberador de sustancias monoaminérgicas, la aparición de reacciones verbales o físicas violentas ante desencadenantes menores son también prototípicas de la intoxicación por estimulantes molecularmente relacionados con la cocaína y las monoaminas, como es el caso del metilfenidato o de las anfetaminas.

Desde el inicio del consumo de cualquiera de estas sustancias pueden ser prominentes las alteraciones del sueño, por lo que también desde pronto puede que el adolescente recurra a otras drogas o fármacos “para bajar” el efecto y poder conciliar el sueño. El médico, tanto especializado como no, debe estar alerta ante las primeras consultas de adolescentes que acuden a consulta reclamando “pastillas para dormir”, y tal clase de demanda debería impulsar inexcusablemente una evaluación breve de los antecedentes de consumos tóxicos del sujeto.

Dado que los estimulantes como la cocaína, el metilfenidato o las anfetaminas generan pérdida de apetito, es especialmente importante detectar en el adolescente cambios en el patrón de alimentación. La pérdida de peso en concreto en varones que previamente presentaban una ingesta calórica alta debe hacer sospechar el consumo tóxico, además de llevar a analizar somáticamente posibles enfermedades con un debut propio del joven, en especial la diabetes. En la mujer adolescente, claramente habrá que indagar sobre la posible existencia de un trastorno de conducta alimentaria.

## *C) Otras sustancias tóxicas*

Cambios en el ritmo gastrointestinal son también habituales en consumidores de estimulantes (diarrea), así como en aquellos que consumen opiáceos (estreñimiento). Si bien en los años 90 había disminuido de forma significativa el porcentaje de sujetos con inicio en el consumo de heroína y otros derivados mórficos como droga exclusiva o en su forma de consumo prototípica de los años 80 (intravenosa), más recientemente se ha producido un repunte en el consumo de opiáceos, y debe tenerse siempre en cuenta que algunos de los estimulantes pueden resultar adulterados en el proceso de producción con moléculas opiáceas o que el sujeto pueden consumir mezclas de cocaína y heroína.

En los últimos años ha existido un incremento significativo de consumo de sustancias anestésicas como la ketamina, si bien este tipo de tóxicos suelen ser probados por sujetos con múltiples consumos previos. De la misma forma, siguen existiendo grupos de adolescentes con consumos de inhalantes que, aparte de los gravísimos efectos deletéreos sobre la salud general, pueden experimentar reacciones de intensa agresividad bajo intoxicación por estas sustancias (“pegamentos o disolventes industriales”).

El ocio de fin de semana vinculado a las fiestas tipo *rave* y hace algunos años con formas de música electrónica como el “bacalao” sigue aparejándose al consumo de sustancias como el polvo de ángel (metanfetamina), cuyos efectos nocivos sobre la neurotransmisión serotoninérgica están bien contrastados. Retomando los aspectos biológicos que mencionábamos al principio de este capítulo, el daño continuado a esta vía de neurotransmisión puede acaparar trastornos para el control adecuado de los impulsos y reacciones agresivas.

Sin ánimo de ser exhaustivos, los anabolizantes utilizados en contextos deportivos o de gimnasio son una causa también identificada de reacciones violentas o impulsivas, muchas veces en contextos de hipomanía o manía franca. Existen casos clínicos publicados de delitos especialmente violentos, tanto de corte sexual como homicidios bajo el efecto de la toma continuada de andrógenos o esteroides androgénicos. Obviamente, la hipertrofia muscular desmesurada y los posibles efectos sobre los caracteres sexuales del individuo son los mejores indicadores de sospecha del abuso de esteroides andrógenos.

### 7.3.2. *Síntomas y signos abstinenciales de interés*

En este breve glosario de posibles reacciones físicas y conductuales no debe escaparse que las abstinencias de algunas de estas sustancias pueden generar también cuadros característicos, si bien en los primeros meses o años de inicio en el consumo estos datos serán limitados y de intensidad menor para las drogas con menor potencia adictiva.

La prototípica reacción de *crash* a la abstinencia cocaínica se acompaña habitualmente de oscilaciones prominentes en el nivel de ingesta y en las horas de sueño. Se puede acompañar de manifestaciones emocionales prominentes, con altibajos bruscos y significativos y un trasfondo después de los primeros días de interrupción del consumo de intensa apatía y desmotivación.

Más sutil suele ser la abstinencia al cannabis, con manifestaciones también atinentes a los ritmos circadianos y a la alimentación, como datos más reseñables.

En contraposición, la abstinencia a sedantes u opiáceos puede presentar manifestaciones externamente más ostensibles como el temblor, las crisis epilépticas y un estado de intenso malestar general que puede acaparar desde las prototípicas diarreas y calambres intestinales a la rinorrea, sudoración, lacrimo y restantes expresiones del estado excitatorio abstinencial.

La adulteración de drogas o las estrategias de corte químico pueden producir que sujetos cuyo tóxico de consumo no es específicamente opiáceos desarrollen síntomas abstinenciales a estas sustancias, del mismo modo, en ocasiones los análisis de tóxicos en orina se verán contaminados por sustancias que el sujeto niega haber consumido a sabiendas.

Los estados abstinenciales pueden producir intensas reacciones conductuales y el alto *craving* por el consumo se asocia a episodios de violencia que pueden llegar a ser de repercusiones muy graves.

*Cuadro 7.1. Efectos de la intoxicación aguda por sedantes y estimulantes*

	<i>Ergotrópico</i>	<i>Trofotrópico</i>
Sistema nervioso autónomo	Aumento de la actividad simpática	Aumento de la actividad parasimpática
EEG	Desincronización	Sincronización
Tono muscular	Aumentado	Disminuido
Sistema endocrino	Elevación de: adrenalina, noradrenalina, corticoides y tiroxina	Elevación de insulina
Comportamiento	Excitabilidad, hiperactividad, hiperreactividad emocional	Inactividad, laxitud, relajación, sueño

*Cuadro 7.2. Efectos de la abstinencia*

<i>Órgano</i>	<i>Ergotrópico (Simpático)</i>	<i>Trofotrópico (Parasimpático)</i>
Pupila	Dilatada (Midriasis)	Contraída (Miosis)
Glándulas salivales	Secreción pastosa y escasa	Clara y abundante
Glándulas sudoríparas	Sudor profuso	—

<i>Órgano</i>	<i>Ergotrópico (Simpático)</i>	<i>Trofotrópico (Parasimpático)</i>
Temperatura epitelial	Disminuye	Aumenta
Frecuencia cardiaca	Aumentada	Disminuida
Contracción cardiaca	Aumento de fuerza	Disminución de fuerza
Arterias coronarias	Dilatación	Constricción
Arteria pulmonar	Constricción ligera	—
Circulación general	Constricción (hipertensión)	Dilatación (hipotensión)
Musculatura bronquial	Dilatación	Contracción
Musculatura corporal	Aumento de tono	Relajación
Peristaltismo intestinal	Disminución	Aumento
Esfínteres	Constricción	Relajación
Pene	Eyaculación	Erección

### 7.3.3. *Actitud ante la sospecha de consumos tóxicos incipientes*

De forma grandilocuente pero bastante consensuada, “el pronóstico de la adicción, como el del cáncer, depende de la intervención precoz”. Si bien hay sustancias como los opiáceos o la cocaína que pueden generar muy rápidos procesos de dependencia-abstinencia, otras se desarrollarán más paulatinamente. En cualquiera de ambos casos, el conjunto de cambios psicosociales que experimentará el adolescente como consecuencia del proceso iniciado pueden ir cerrando, candado tras candado, las puertas hacia la recuperación futura.

Siguiendo con el símil propuesto una vez el proceso adictivo se ha extendido por contigüidad o incluso ha metastatizado, las probabilidades de intervención se ven drásticamente reducidas. Esto es especialmente claro en sujetos que han desarrollado conductas antisociales de forma previa o paralela. Los intentos de padres, profesores o sistemas de atención sanitaria de romper con la telaraña social de proveedores y amigos consumidores de los tóxicos chocarán en el adolescente con sus intentos de independencia.

Se impone así una actitud de monitorización y acompañamiento del niño en la pubertad, proporcionando un ejemplo constante y consistente por parte del núcleo familiar primario de la actitud ante las sustancias adictivas (incluidas alcohol y nicotina), y una actitud desprovista de los “desgarrones” morales que los extremos punitivos o de permisividad pueden producir en niños y adolescentes.

La templanza parental en la educación impone proporcionar una información y una

actitud que sean válidas, científicamente contrastadas en sus riesgos, si bien nunca catastrofista. La reacción igualmente a los primeros consumos deberá ser consensuada por ambos padres y resto de familiares significativos, coherente con la educación proporcionada y limitada mediante el castigo o la pérdida de “objetos, privilegios y libertades” que sean valoradas por el joven en formación.

Debe recordarse que el aprendizaje a través del castigo sirve de poco si dicho castigo se demora en el tiempo, hasta hacer difícil la asociación entre el acto que lo propició y las consecuencias del mismo.

Como se establecía en nuestro resumido abordaje de los principios de la entrevista motivacional, el objetivo de toda educación correcta para una futura equilibrada relación con las sustancias adictivas requiere trabajar la ambivalencia en el adolescente, permitiéndole cobrar las primeras intuiciones sobre lo que los tóxicos pueden terminar alejándolo de sus sueños de realización personal.

Transmitir empatía no debe, sin embargo, convertirse en validar comportamientos que pueden terminar de decidir la evolución del cuadro de conductas antisociales hacia un pronóstico marcadamente infausto.

En esta misma línea, la intervención profesional puede y debe tener lugar cuando los padres, tutores o profesores comprenden que su capacidad para frenar la escalada de consumo o de disconducia empieza a “hacer aguas”. Buscar incluso un asesoramiento externo que “psicoeduce” a los padres para un mejor manejo puede ser un primer paso útil cuando el joven se niega a acudir a una evaluación inicial.

La Agencia Antidroga en nuestro país consta de una red de centros y profesionales razonablemente dotada en términos de financiación y humanos, pero sigue adoleciendo de la priorización política de la intervención sobre los problemas adictivos ya cronificados y carece de la flexibilidad suficiente para la aplicación de medidas de prevención primaria e identificación precoz, así como para el mantenimiento de equipos de profesionales bien formados y motivados. Sin duda, esta es una de las carencias más graves de la privatización errática de dispositivos y formas de atención sanitaria recientes, que deberá reformularse si de verdad se aspira en países como el nuestro a descender los porcentajes de adicciones y criminalidad a partir de la primera edad adulta.

## 8

# *Trastornos del desarrollo intelectual, espectro autista y los trastornos de conducta*

Las enfermedades causantes de retraso mental, o para ajustarnos a la terminología actual, de los trastornos del desarrollo intelectual, se acompañan con frecuencia de dificultades de manejo por parte de los profesionales y de los familiares de los sujetos afectados. Como se podrá apreciar, aseverar esto es muy distinto a lanzarse directamente a la habitual proclama: “en el retraso mental se producen trastornos de la conducta”. Aunque pueda parecer esta una disquisición tan eufemística como la que nos lleva a huir del término de retraso mental, en realidad no lo es y tiene un efecto teórico y práctico que se perfilará a lo largo de este capítulo. Baste decir por el momento que el concepto de retraso mental ha sufrido una evolución en algunos sentidos tan enrevesada como los de los trastornos antisociales y la psicopatía, de los que transitó de la mano durante más de un siglo. Como este último diagnóstico, el concepto de retraso mental se ha visto mixtificado con conceptos morales, religiosos y socioeconómicos que en nada han contribuido a su mejor conocimiento y tratamiento, ni a la justicia social.

### **8.1. El desarrollo cerebral y la maduración emocional**

Es bien conocido que, tras la concepción, multitud de procesos de adaptación, crecimiento y maduración continuarán su curso en la gestación, infancia y adolescencia. El paradigma más externo es el del crecimiento óseo y de las estructuras que le son cercanas (nervios periféricos, músculos y estructuras vasculares). Sin embargo, existen otros órganos más difícilmente sondables de cuyo crecimiento y maduración solo somos conscientes de forma indirecta. La maduración del sistema nervioso central, determinante de ese crecimiento en estatura y corpulencia, experimenta a lo largo de los primeros años de vida cambios extraordinarios, y sin ello, el crecimiento orquestado de nuestra corporalidad se ve seriamente periclitado.

Insistiendo en esta idea, será fácil reconocer los cambios en la morfología y tamaño del cráneo, y a través de estos deducir que el cerebro está experimentando cambios

neuroanatómicos groseros como el aumento del tamaño de las circunvoluciones.

Pues bien, junto al progresivo crecimiento craneal y cerebral, y aún ya cerradas las fontanelas que han dotado de holgura relativa al cerebro para crecer de dicha forma en condiciones normales, se seguirán operando cambios fisiológicos de gran calado que solo serían visibles a la luz del microscopio óptico e incluso electrónico.

De todos estos cambios dos han recibido una atención muy significativa:

1. El proceso de mielinización de los axones neuronales.
2. El establecimiento y poda de sinapsis neuronales.

Hecha esta primera disquisición, didácticamente atenderemos en el presente apartado a comprender que existen patologías o noxas que actuarían sobre “lo macro” y otras patologías o noxas que actuarían sobre “lo micro”. En términos generales, esta distinción académica deja de lado que “lo macro” puede influir y determinar “lo micro”, tanto como “lo micro” puede influir en “lo macro”. Sin embargo, a efectos de la discusión sobre los problemas de conducta, esta dicotomía resulta útil.

### *8.1.1. Sustrato neuroanatómico diencefálico e influencias bioquímicas sobre el desarrollo y funcionamiento cerebral*

En términos de Claude Bernard, existe un medio interno que a modo de una “sopa biológica” determina a través de reacciones bioquímicas estados fisiológicos y que en condiciones ideales experimenta una tendencia a una forma de equilibrio u homeostasis.

En este caldo de cultivo primigenio del feto en formación, las neuronas van a experimentar influencias directas de dicho medio interno (genéticas, bioquímicas, hormonales, de factores neurotróficos, entre otras), como exteriores (estado físico y mental de la madre, presencia de sustancias tóxicas o farmacológicas en la sangre de esta, traumatismos físicos).

Por otra parte, conocemos que determinadas hormonas y neurotransmisores se producen en respuesta a circunstancias del ambiente que una vez nacido pueden ser experimentadas por el bebé como una exigencia de “readaptación o reequilibrio” (hambre, sueño, frío).

En otras palabras, debemos considerar la investigación que desde Cannon, y llegando a nuestro Marañón, pone de manifiesto que dichas sustancias (en el caso del español, la adrenalina, algunas de cuyas características ya tratamos en el capítulo dedicado al TDAH) deben poder operar sus efectos sobre estructuras neurales a fin de ejercer sus efectos orgánicos ulteriores. En sentido opuesto, las estructuras neurales ejercen un acción recíproca sobre la secreción de dichas sustancias químicas manteniendo una homeostasis funcional.

Desde el siglo pasado, el centro del procesamiento vital relativo a este equilibrio u homeostasis se ha considerado el diencefalo, y dentro del mismo, el hipotálamo. En

concreto, gracias a las aportaciones de Rudolf W. Hess pronto se constató como la enrucijada clave en esta integración neuroendocrinológica de la que venimos escribiendo.

Esta estructura (conglomerado de diversos centros y núcleos) regularía funciones vitales diversas (latido cardíaco, respiración, termogénesis) mediante sus conexiones con el sistema nervioso autónomo, así como integraría las señales procedentes de diversos órganos y aparatos a través de sus interrelaciones con las estructuras endocrinológicas cercanas (hipófisis) y a distancia (médula adrenal, glándula tiroidea, órganos genitales).

La clínica de algunas formas de trastorno del desarrollo intelectual nos revela la marcada importancia que tienen determinantes como la calidad del sueño, la regulación de la ingesta, el ritmo intestinal o de la propia descarga orgásmica en la manifestación de trastornos de conducta.

Fenómenos como la hiperorexia y la hiperoralidad, o los comportamientos auto o heteroagresivos que se realizan a través de la boca y del uso de las mandíbulas son solo algunos ejemplos de la importancia que esta área tiene en la manifestación de impulsos primitivos como morder, desgarrar o devorar.

En otras formas clínicas, como el llamado síndrome de Kleine-Levin, podrá encontrarse que la afectación del hipotálamo por un tumor de localización en la hipófisis origina esta asociación prototípica mencionada de hiperoralidad, hiperorexia e hipersomnia.

### *8.1.2. El sistema límbico: nexo entre lo reptiliano y lo neocortical*

En un nivel intermedio “de abajo hacia arriba” tanto de ontogenia como de funcionamiento, encontramos otra estructura cerebral esencial para comprender la maduración cerebral y emocional. Se trata del sistema límbico, perfilado por los trabajos de Papez y McLean. En la actualidad se considera que esta estructura agrupa el hipocampo, la amígdala y regiones adyacentes pertenecientes de la corteza cerebral denominada límbica (como el giro cingulado y el giro parahipocampal).

Estas agrupaciones neuronales son esenciales en la regulación del miedo, de la agresión predatoria y defensiva, así como en la gestión de la memoria (tanto semántica como instrumental). Su estrecha relación anatomofuncional hace que algunos autores consideren el hipotálamo previamente analizado, los núcleos septales y otras estructuras del neocortex vinculadas como parte del sistema límbico denominado “ampliado”.

Se comprenderá fácilmente, si se repara en esas funciones críticas del sistema límbico, que las posibilidades de proceder a un aprendizaje mediante el refuerzo y el castigo requerirá de la integridad de estas estructuras, así como de su correcta conectividad y equilibrio de neurotransmisión.

En concreto, la significación emocional que se concede a palabras, actos y consecuencias de los mismos podría estar relacionada con el matiz emocional que el hipocampo y la amígdala otorgan. En este sentido, resulta especialmente intuitiva la

explicación que anticipábamos de Gregorio Marañón a las reacciones observadas ante la infusión endovenosa de adrenalina que consideró inespecíficas, y determinadas en realidad por el contexto cognitivo en que las reacciones biológicas tenían lugar.

Extendiendo su pensamiento a nuestra tesis, deberemos tener en cuenta que la codificación de un infante de una determinada experiencia podrá ser vivida como amenazante, mientras que por otro niño puede ser experimentada con otra cualidad emocional (interés, por ejemplo), aunque ambas produzcan una determinada misma reacción biológica.

Esta cuestión cuya causa no está aún elucidada resulta esencial para comprender el acercamiento a la realidad del futuro psicópata: ¿por qué ante una misma circunstancia vital un sujeto puede percibir en ello un reto y otro una amenaza? Además esta pregunta también surge como relevante en el niño con retraso mental o madurativo, dado que conductas que serían universalmente consideradas como peligrosas podrán no ser vivenciadas neurofisiológicamente así por el sujeto con trastorno del desarrollo intelectual.

Esta “falta de miedo” podría tener así un origen biológico en algunos sujetos, y no requeriría inexcusablemente de una crianza incorrecta o de alcanzar la maduración cognitiva (que permitirá o no considerar un evento peligroso). La distinta sensibilidad al dolor de sujetos con autismo u otras formas de trastorno del desarrollo generalizado es otro intrigante factor que podría muy bien estar ligado a la “falta de miedo”, y para el que solo la explicación biológica parece razonable.

### 8.1.3. *Neocortex: asiento de la moralidad, la planificación ideomotora y regulador de instancias inferiores*

La tercera estructura a considerar en este modelo simplificado de la maduración cerebral y emocional es el neocortex, y en especial la corteza prefrontal. Se trata de la estructura que tardará más en alcanzar su hito evolutivo y probablemente es la más relevante de forma global en los trastornos de conducta, estén estos ligados o no a un trastorno del desarrollo intelectual.

De forma clásica, se ha considerado que la corteza prefrontal tiene un papel regulatorio de cuanto ocurre en niveles inferiores de neuroevolución (regiones diencefálicas y sistema límbico), a lo que se denomina como regulación *top-down* en terminología inglesa.

La corteza prefrontal simplificada se divide en tres áreas funcionales distintas:

1. Orbitofrontal.
2. Dorsolateral.
3. Ventromedial.

En general, las regiones ventrales han sido vinculadas al respeto de las normas

sociales, a la evaluación de las posibles consecuencias de un acto y en términos más discutibles a “la moralidad”. Resulta interesante que algunos estudios recientes con neuroimagen funcional han mostrado que la capacidad de autodefinición de uno mismo, y de cierta forma de empatía (realizar el salto a cómo se vivencia la realidad el “otro significativo”) se realiza por áreas distintas de la corteza prefrontal. En esta misma línea, determinadas subregiones se han relacionado específicamente con el control de impulsos o actos socialmente sancionables.

Debe destacarse que entre estos tres influyentes “tahúres” de nuestro cerebro más evolucionado y complejo se van a dar fenómenos significativos de una inicial sobrecreación de sinapsis y de la posterior eliminación de los contactos ineficaces o redundantes.

Posteriormente, a lo largo de la vida se cree que existiría una vigente capacidad de movilidad entre las espinas o protuberancias dendríticas, lo que explica la posibilidad de compensar ciertos déficits adquiridos que han dañado redes neuronales (como es el caso de la cirugía de la epilepsia, tumores y su intervención o fenómenos de plasticidad involucrados en la rehabilitación tras un ictus).

## **8.2. El interjuego entre lo micro y lo macro**

Aspectos no solo biológicos (ya microscópicos o macroscópicos), sino los aspectos sociales (ya macrosociales o microsociales), influyen de una forma muy significativa en que los trastornos del desarrollo intelectual y el autismo puedan acompañarse de más o menos alteraciones conductuales.

### *8.2.1. La cuestión de la conectividad neuronal*

El proceso mencionado de poda sináptica se produce en el tránsito de la adolescencia a la edad adulta, momento a partir del cual el número de sinapsis permanecerá relativamente constante.

De aquí que los fenómenos de hiperconectividad serán claves para comprender las dificultades y patologías que pueden presentarse con más frecuencia en sujetos con diversos grados de retraso mental. En el momento actual conocemos que ese “exceso” de creación de sinapsis que se produce en los primeros meses de vida y que dará un número total un 40% mayor de los valores adultos, se trata fundamentalmente de sinapsis que tienen la transmisión excitatoria por objeto.

En esta misma dirección, las neuronas podrán experimentar reacciones anatomofisiológicas “íntimas y personales” de gran importancia a lo largo de la maduración postnatal. En lo que concierne a las neuronas piramidales del cortex prefrontal y otras cortezas de asociación, estas células experimentan un sobrecrecimiento dendrítico y de formación de espinas en los dos primeros años de vida tras el nacimiento.

Curiosamente, conocemos que las neuronas piramidales de las capas III y V de la corteza prefrontal pueden demorarse en desarrollar sus arborizaciones dendríticas hasta la adolescencia. Nuevamente, retrasos en estos procesos u obstáculos a los mismos pueden generar problemas clínicos significativos en algunas etapas del desarrollo que puedan minimizarse o no en los años ulteriores.

No es el objeto de este libro realizar un pormenorizado relato de las alteraciones detectadas en la conectividad de la corteza prefrontal con otras regiones en distintas patologías causantes de trastornos del desarrollo intelectual. Sin embargo, parece lógico extraer que alteraciones entre sutiles y groseras pueden poner en peligro que las tres supraestructuras mencionadas (diencéfalo, sistema límbico y cortex prefrontal) funcionen con fluidez y adaptación en sujetos que han sufrido distintas formas de daño neurológico precoz postnatal o incluso durante la embriogénesis.

### 8.2.2. *La reacción ambiental ante el sujeto con retraso mental*

Avanzando debe recordarse, que junto a la clasificación del retraso mental de acuerdo con su causa, cabe una aproximación basada en el nivel de dificultad cognitiva del sujeto. Con cierta frecuencia, las causas que han determinado un retraso mental clasificado como profundo han operado sobre “lo macro” y sus “estigmas” son muy claros para el observador.

Se pueden observar así las deformidades craneales y faciales, saltan a la vista los daños neurológicos periféricos que determinan la paresia o las alteraciones del tono muscular, lo que modifica la postura del sujeto, y puede haber palmarios daños en la forma global de la constitución corporal que indiquen bien a las claras que el sujeto sufrió un daño muy grave durante su desarrollo.

Por el contrario, cuando nos encontramos ante sujetos con retrasos mentales leves o limítrofes es común que las causas y la patogenia de dichos agentes morbosos haya producido su daño a través de “lo micro”. Es habitual, incluso, que determinadas formas de trastorno sutil concedan una apariencia especialmente angelical al niño pequeño, si bien es posible que en la edad adulta esos rasgos se vuelvan más toscos.

Trastornos genéticos, traumatismos, exposiciones a tóxicos o fármacos nocivos durante el embarazo, infecciones durante la gestación y perinatales, déficits vitamínicos, son solo algunas de las causas más frecuentes de trastornos del desarrollo intelectual en nuestro ámbito. Cuanto más temprana y continuada es la influencia patológica, más probable será el daño más aparente.

No obstante, algunas de estas noxas presentan una preferencia por el daño a determinadas estructuras corticales o subcorticales y, además, dañan de manera incluso selectiva regiones cerebrales asociadas al control de los impulsos, a la comprensión moral o a la regulación de la emoción (corteza prefrontal, ganglios basales, amígdala e hipocampo, entre otras estructuras).

La tolerancia social a los problemas de conducta de unos y otros sujetos con retraso

mental también se ordena en virtud de lo micro y de lo macro. En la parte concerniente a lo macrosocial la actitud difiere de acuerdo con lo que se ha denominado la “teoría de la atribución”.

Obviamente se podrá argumentar que en el caso de los sujetos con retrasos mentales profundos es esperable una limitación de la movilidad que hace sus acciones más predecibles y por lo tanto más fáciles de anticipar, detener o esquivar. Otras de las justificaciones sería que a menor grado intelectual, el observador atribuye menor responsabilidad.

Se observa así que ya surgen los primeros riesgos de entremezclar conceptos de peligrosidad social y de percepciones morales con el objeto de estudio, ya sean los trastornos del desarrollo intelectual o los del espectro autista. Esta constante, común entre profesionales de muy variadas disciplinas, se ve acentuada en el caso de los familiares del niño afecto de estas condiciones.

Como analizaremos, esta superación del estigma externo y del internalizado será determinante de la capacidad para realizar una crianza ponderada y de frenar las escaladas conductuales que con gran frecuencia se atienden en distintos ámbitos clínicos.

Por ello, sin menoscabo de adentrarnos en aspectos madurativos intrínsecos al crecimiento del niño, resulta esencial comprender que incluso ante causas que operan sobre “lo macro”, pero de forma mucho más clara en aquellas etiopatogenias de “lo micro”, la relación entre la normativización conductual y la adaptación contextual del entorno hacia el niño con trastorno del desarrollo intelectual influirá de forma muy significativa tanto en la maduración “cerebral” como en la maduración “emocional” del niño.

Con todo, antes de introducirnos en la intersubjetividad como un factor determinante en la aparición y cronificación de trastornos de conducta en el sujeto con trastornos del desarrollo intelectual, resulta preciso conocer con más detalle algunas aportaciones que la neurociencia ha realizado y que nos permiten una mejor comprensión de cómo el aprendizaje obra modificaciones en las estructuras cerebrales.

### 8.2.3. *Empirismo frente a racionalismo: cómo aprende el ser humano y modifica sus estructuras neurales*

A pesar de las diatribas filosóficas de racionalistas frente a empiristas, se acepta que la experiencia del mundo externo es determinante para que los procesos de maduración cerebral se produzcan de forma orquestada en el infante.

Cuál es la conceptualización de la experiencia o de lo empírico debería considerarse otro asunto, y en este terreno es poco controvertible que gana científicamente la postura que considera los factores genéticos subyacentes al temperamento como los que tendrán más que decir. Se asume así hoy que existe un repertorio innato de emociones con las que el bebé “viene de fábrica” y en virtud de las que codificaría la experiencia externa.

En los últimos años se ha profundizado en el conocimiento de cómo el ambiente

puede operar incluso cambios en el funcionamiento de los genes en el sujeto ya nato, a través de fenómenos facilitadores o inhibitorios de la producción de proteínas.

El mejor conocimiento de las histonas (proteínas asociadas y reguladoras de la transcripción genética), de las mutaciones *de novo* en áreas médicas dispares como la oncología y los avances en la comprensión del material genético previamente considerado “prescindible” (esto es, el material genético no transcrito), son solo algunos de los avances que nos han permitido entrelazar de manera inextricable genética y ambiente.

Como es claro, ya desde antes del nacimiento, el bebé es capaz de experimentar disconfort o placidez de acuerdo con las reacciones que el ambiente provee a sus silenciosas necesidades y ulteriormente dramáticas demandas. Si nos centramos en el recién nacido, conceptualmente puede ser interesante hacer un símil entre la forma de expresión del bebé hasta los dos años y la de los sujetos con trastornos del desarrollo intelectual graves e incapacidad para el lenguaje o lenguaje limitado a palabras sueltas.

Por tanto es un hecho ostensible que el mundo del bebé y del sujeto con trastornos del desarrollo intelectual grave nos resultan velados por la carencia de una actividad que el profesional de la psiquiatría o la psicología consideran su herramienta clave: el lenguaje. Sea como fuere, esto no nos exime del deber de adquirir y desarrollar otras habilidades distintas a la escucha empática, cual la observación de la conducta, las explosiones temperamentales y las primeras relaciones con lo circundante (tanto con objetos como con personas).

#### 8.2.4. *Otros problemas de lo microsociales que alteran el mejor diagnóstico y tratamiento de estos sujetos*

La población con trastornos de desarrollo intelectual experimenta un alto porcentaje de psicopatología general, y conforme las sociedades han ido cambiando en sus pirámides poblacionales se ha hecho más común que estos sujetos terminen institucionalizados. Sin embargo, cambios sociales y de rol prominentes experimentados por las profesiones de atención clínica han hecho infrecuente la convivencia real con los enfermos ingresados en hospitales y residencias.

Esto no solo ha empobrecido la práctica del profesional ya consolidado, sino también de las futuras generaciones que han dejado de poder contemplar la fenomenología en directo (salvo contingencia pseudomilagrosa de estar pasando visita en el momento en que determinadas conductas se producen). Por otro lado, el retraso en la edad media de procreación hace que muchos profesionales tampoco hayan tenido la oportunidad de contemplar los hitos normales o “patológicos” del desarrollo en su progenie.

Sumado a todo lo previo, a diferencia de los países de habla inglesa, nuestro país ha relegado la atención a los trastornos del aprendizaje, dejándolos en muchas ocasiones abandonados a prácticas más generalistas y no especializadas. En especial, debe denunciarse el rechazo mayoritario que la propia profesión psiquiátrica ha mostrado a estos usuarios.

Mientras que en Reino Unido la disciplina de *Learning Disabilities* es una de las cinco subespecialidades psiquiátricas junto a *Children Psychiatry*, *Old age Psychiatry*, *Forensic Psychiatry* y *Substance Use*, nuestro ámbito ha realizado esfuerzos ímprobos para desestimar la atención y seguimiento en centros de salud mental u hospitales de la red para estos pacientes considerados “no mezclables” con la patología psiquiátrica general.

De todo ello deriva un grave problema de carencia de profesionales bien formados y problemas significativos de incorrecto manejo diagnóstico y terapéutico, todo ello acentuado a partir del año 2007 por la crisis económica. Si a este escenario lúgubre se suma que la investigación está prácticamente herida de muerte en nuestro ámbito y que estas áreas no despiertan un genuino interés ni universitario ni de la iniciativa privada, tenemos una pésima combinación de factores.

En compensación, la difusión de contenidos *on line* relativos a signos y episodios neurológicos o conductas han posibilitado que estudiantes que hace 20 años terminaban sus formaciones sin haber contemplado una crisis tónico-clónica generalizada, unas estereotipias o tics invalidantes, hoy puedan acudir a uno de los bancos de vídeos públicos en Internet y con un poco de pericia seleccionar un contenido científicamente riguroso.

Si bien la especial vigilancia que se debe exigir de la confidencialidad hacia el sujeto con déficit intelectual hace que sean pocos los contenidos disponibles en la Red de sujetos con retraso mental grave (la mayoría institucionalizados), puede encontrarse un buen número de vídeos caseros de padres o tutores de pacientes ambulatorios. No puede dejar de insistirse en las nuevas posibilidades que esto abre al personal en formación de familiarizarse con la patología infrecuente y con signos mórbidos aparatosos.

Si los especialistas infantiles insisten con razón en que el niño no es un adulto en pequeño, es claro que una consideración adicional de diferencia afecta al niño con discapacidad intelectual. Los problemas habituales que nos encontramos en el tratamiento farmacológico o psicoterapéutico del niño se ven redoblados por distintos problemas médicos, familiares, institucionales y sociales que afectan al sujeto con un trastorno del desarrollo intelectual.

Por ejemplo, la concurrencia de psicopatología afectiva en los niños y adolescentes con retraso mental es habitualmente más prevalente y más grave. En contraposición, el resultado de los fármacos, extrapolado de otras poblaciones (muchas veces adultos) y menos veces de niños sin trastorno del desarrollo intelectual, genera un buen número de vicisitudes durante el curso del tratamiento. Ello conduce a una probable inadecuada cantidad de antipsicóticos en esta población, algunos de los cuáles pueden agravar la sintomatología afectiva.

Insistamos, por tanto, en que la complejidad de una buena parte de los casos no debe permitir que el sujeto con patología dual (retraso mental+psicopatología) sea objeto de “buena voluntad” exclusivamente. En muchas ocasiones, los centros residenciales o comunitarios de atención a estos sujetos son iniciativas familiares o de asociaciones que cuentan con escaso o nulo apoyo médico. Otras veces son numerosas las trabas para

conseguir el seguimiento especializado riguroso de estas personas fuera de los centros de institucionalización.

Si bien el psicólogo será una figura clave para manejar algunos aspectos relativos a la modificación terapéutica del ambiente y a otros muy relevantes aspectos psicosociales (como el establecimiento de planes personales), debe siempre tenerse presente que estos sujetos suelen asociar trastornos cardíacos, renales, hepáticos, hematológicos, inmunes y hormonales, potencialmente graves e incluso letales, asociados a sus déficit neurológicos. Su esperanza de vida, aunque mejorada en los últimos años gracias al mejor control médico, está por debajo de la que presenta la población general, y existen síndromes específicos con alto riesgo de muerte súbita en la primera infancia o adolescencia.

No se destacará suficientemente que los cambios abruptos en conducta en sujetos con trastorno del desarrollo intelectual deben ser sospechados como de origen médico mientras no se demuestre lo contrario. Esto no quiere decir que necesariamente sea más frecuente el origen “somático” que el “psiquiátrico”, sino que obviar un abordaje médico de los mismos puede tener consecuencias irreparables para el paciente.

Cuando la peligrosidad para el sujeto o para otros sea alta, el psiquiatra deberá realizar una ponderación del mejor tratamiento que disminuyendo la agitación o la agresividad no enmascare la sintomatología física que pueda ser subyacente, y acompañar todo el proceso diagnóstico con su coparticipación.

En este punto es especialmente importante tener en cuenta los eventos de características neurológicas paroxísticas como posibles explicadores del cambio en la conducta, y muy particularmente los pródromos de crisis epilépticas. Es experiencia habitual una inversión del ritmo vigilia-sueño o una mayor inquietud en las horas precedentes a crisis epilépticas tónico-clónico generalizadas. También las psicosis pueden suceder a las crisis epilépticas, teniendo como característica habitual una buena y rápida respuesta al tratamiento antipsicótico. Aunque discutido, debe también tenerse en cuenta la alteración conductual que puede aparecer en sujetos cuyas crisis epilépticas han sido “normalizadas” mediante un reciente cambio o ajuste de la medicación antiepiléptica.

Otra causa altamente frecuente en sujetos con retraso mental y cambio conductual es la alteración digestiva, y muy particularmente el estreñimiento pertinaz. La mejora en los regímenes higiénicos cólicos en los centros residenciales ha permitido disminuir la incidencia de fecalomas y otros estreñimientos contumaces, pero este debe ser un aspecto siempre considerado, en especial cuando el paciente está en tratamiento con psicofármacos de alto potencial anticolinérgico (antipsicóticos poco incisivos, algunos antidepresivos tricíclicos, por ejemplo). Otras alteraciones del tracto digestivo alto deben tenerse en cuenta en sujetos con ingesta compulsiva, pica o con medicaciones de potencial efecto gastroerosivo.

Resulta así inexcusable un control del ritmo de deposición en niños y adolescentes con trastornos del desarrollo intelectual, ya que en ausencia incluso de subidas térmicas como puede ocurrir en estos sujetos, un cambio de ritmo intestinal puede ser la sutil manifestación de un proceso abdominal agudo como la apendicitis. De idéntica forma debe solicitarse que cuidadores observen las características de la deposición (sangre

fresca, melenas, heces grasas y pegajosas).

La observación por tanto del profesional en cargo debe incluir junto a lo mencionado siempre los niveles de hidratación de piel, salivación, micción, defecación y, si es posible, de sequedad de otras mucosas (como la ocular) para intentar desentrañar el efecto anticolinérgico de medicaciones en curso.

De otro lado deberán identificarse los efectos antidopaminérgicos de algunos otros fármacos antipsicóticos como el haloperidol o de fármacos más modernos a altas dosis (risperidona) sobre el ritmo digestivo alto, ya que potencialmente pueden aliviar indirectamente vómitos que pudiesen tener un valor diagnóstico.

En un intuitivo diagrama general cabría considerar este equilibrio entre lo colinérgico (y anticolinérgico) y lo dopaminérgico (y lo antidopaminérgico) como un balancín que favorecerá o dificultará además la psicomotricidad del individuo.

No debe olvidarse que la acetilcolina, aparte de contarse como un neurotransmisor clave para la regulación de nuestro funcionamiento cognitivo, y por extensión de las más precarias capacidades de orientación, atención, concentración, lenguaje y pensamiento del sujeto con discapacidad intelectual, cuenta con acciones dispares en el sistema nervioso parasimpático (algunas de ellas ya mencionadas párrafos antes).

La acatisia requiere de un epígrafe individual dentro de los efectos adversos habitualmente asociados al tratamiento con fármacos antidopaminérgicos (y a veces serotoninérgicos, a través de la regulación de la 5-HT del sistema de la dopamina). Aunque fisiopatológicamente todavía bastante desconocida, se trata de la inquietud física y MENTAL (y señalamos esto en mayúsculas) que se asocia a la introducción o mantenimiento con fármacos antidopaminérgicos y que da lugar a una necesidad constante de movimiento.

Aunque más frecuente en las primeras semanas tras la introducción del tratamiento antipsicótico, la acatisia puede aparecer virtualmente en cualquier momento del tratamiento y no necesariamente ante aumentos de dosis (aunque esto es más habitual). La dificultad del sujeto con un trastorno del desarrollo intelectual para comunicar estas sensaciones, de por sí difícilmente expresables incluso para el sujeto con otras patologías, lo deja en total vulnerabilidad para sufrir una sensación altamente desagradable que puede llegar a precipitar inquietud o agitación psicomotriz y en algunos casos incluso intentos de suicidio.

Aunque no acaban aquí, algunos de los motivos más relevantes para que el clínico haga una observación prolongada y rigurosa de la conducta y estado general del sujeto con retraso mental han sido expuestos. Ello le permitirá determinar si el cambio conductual puede ser fácilmente revertido con un tratamiento médico de una posible enfermedad física o con la retirada de fármacos que están produciendo mayores efectos adversos que beneficios.

En último término, descartadas esas justificaciones, le permitirán hacer un uso racional y menos probablemente iatrogénico de los psicofármacos, idealmente dirigidos a patologías psiquiátricas bien definidas y en la práctica más habitual entendiéndolo que un efecto no deseado de la medicación puede ser de beneficio para la conducta del sujeto

tratado, así como el balance riesgo-beneficio favorable al hecho de instaurar dicho tratamiento.

Si bien la obligación científica y clínica de cualquier profesional al cuidado de un sujeto con un trastorno del desarrollo intelectual al que se ha iniciado tratamiento psicofarmacológico es la monitorización frecuente de eficacia y tolerabilidad, intentando la disminución y retirada del fármaco cuando las noxas causantes hayan desaparecido o se haya afianzado el efecto positivo, esto es muchas veces más una declaración de buenas intenciones que algo factible.

Independientemente de la base científica publicada, es hecho cierto en opinión de este autor que una vez estabilizados con tratamientos psicofarmacológicos, los sujetos con retraso mental y disconductas toleran muy mal o no toleran en absoluto la retirada de la medicación (en especial si esta es abrupta).

Por ello, el profesional deberá añadir esta consideración de un posible prolongado tratamiento a su algoritmo de decisión cuando establezca un plan terapéutico que incluya fármacos como antipsicóticos, benzodiazepinas o estabilizadores del ánimo.

### **8.3. Trastornos del espectro autista**

Los niños y adolescentes con trastornos del espectro autista, previamente denominados trastornos generalizados del desarrollo (DSM-IV), presentan una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas y trastornos de conducta que la población general. Las comorbilidades más frecuentes serían los trastornos de ansiedad, que afectan a casi 1 de cada 2 niños con autismo y el TDAH (conurrencia de aproximadamente el 30%). El trastorno conductual como diagnóstico DSM-IV se llega a realizar en aproximadamente el 5% de los sujetos con autismo.

Si a este diagnóstico se suma un trastorno del desarrollo intelectual (trastorno del aprendizaje o retraso mental) dicha frecuencia de trastorno de conducta se ve claramente incrementada. Existen datos de que un tercer diagnóstico como podría ser padecer una epilepsia o un TDAH (tras los cambios de la DSM-V diagnosticable y no criterio de exclusión ya en el sujeto con autismo) sería otro factor sumatorio más que añadir al primero (autismo) solamente, o a la concurrencia de autismo y trastorno del desarrollo intelectual.

En algunos casos, los trastornos conductuales son parte bien establecida del fenotipo de algunas genopatías en las que el autismo es una agrupación subsindrómica frecuente, sin embargo, en otros casos, la irrupción de una disconducta debe alertar sobre un evento intercurrente. Obviamente, las conductas aisladas en esta población sin que cumplan criterios de trastorno de conducta por la clasificación psiquiátrica son extraordinariamente frecuentes.

Si venimos alertando sobre los peligros de una escasa formación en distintos profesionales sobre la psicopatología del sujeto con retraso mental, otro importante riesgo en este caso para el profesional psiquiatra es su desconocimiento de la patología

epiléptica y de los fenómenos paroxísticos no epilépticos y no psiquiátricos, que es tanto como decir su desconocimiento de una cierta neurología de cabecera.

Por su muy alta prevalencia en los sujetos con defectos cognitivos severos, epilepsia y otras enfermedades neurológicas deben constar entre los diagnósticos diferenciales primeros a considerar. En consonancia, las desestabilizaciones bruscas del sujeto con un trastorno del espectro autista deben hacernos pensar en patologías somáticas y psiquiátricas.

Con gran frecuencia, alteraciones nocturnas o al amanecer en el sujeto con un trastorno autístico que tienen origen somático se malinterpretan como alteraciones psiquiátricas, cuando en realidad se corresponden a crisis epilépticas de origen frontal, a crisis epilépticas mioclónicas con predominio en momentos concretos del acostado o del despertar o a fenómenos paroxísticos frecuentes durante el sueño en niños o adolescentes como parasomnias y otros.

A pesar de su altísima prevalencia en las consultas de neurología general, se olvida que cefaleas de características migrañosas y crónicas pueden afectar a muchos de los sujetos con trastornos del espectro autista, sin que sean capaces de referir en muchas ocasiones el origen de estos episodios dolorosos ni explicar que justifican el descontrol conductual observado.

Si bien el sujeto autista puede presentar reacciones de agitación en contextos de hiperestimulación sensorial, será necesario tener en cuenta manifestaciones sutiles que puedan estar traduciendo una cefalea crónica o una migraña. Otras formas de dolor súbito, como el origen dentario o los cólicos de origen visceral, deben siempre tenerse en cuenta.

Otro aspecto primordial es evaluar y tratar en caso necesario las alteraciones primarias del sueño frecuentes en esta población. Especialmente relevante, como se verá más adelante en el apartado de los trastornos específicos del desarrollo intelectual, son las marcadas probabilidades de desarrollar síndromes de apnea del sueño por parte de estos sujetos (síndrome de Down, por ejemplo).

En consecuencia, siempre se debe ser cauteloso con la utilización de benzodiazepinas o cualquier otro fármaco que pueda tener un efecto depresor del centro respiratorio hipotalámico. Esto es aún más prioritario cuando concurren alteraciones en el morfotipo del sujeto que dificultan una buena ventilación y patrones obstructivos o restrictivos, ligados por ejemplo a escoliosis o cifosis severas.

Generalmente, las pruebas complementarias más habituales en un sujeto con un trastorno del espectro autista no difieren de las necesarias en población infanto-juvenil psiquiátrica. Algunas pruebas más específicas pueden tener sentido cuando se sospeche una posible intoxicación por plomo ligada a una pica o los déficit vitamínicos que podrían simular un cuadro autístico idiosincrático.

El resto de exploraciones necesarias para la introducción de algunos psicofármacos o para el control de sus posibles secundarismos no difiere significativamente en el trastorno del espectro autista no secundario a genopatías (un ejemplo distinto es el síndrome de cromosoma X frágil).

Del mismo modo, algunos servicios han conseguido introducir en sus carteras de psiquiatría unidades especializadas que posibilitan la práctica de exploraciones diagnósticas más sofisticadas o que requieren inevitablemente alguna forma de anestesia o relajación.

Esto es importante dada la posible nula colaboración de los sujetos con trastornos del espectro autista, por lo que el profesional debe ser consciente de la forma de derivación a estos recursos y evitar cierta actitud de nihilismo que ha imperado en nuestro país incluso entre los propios médicos que “consideran” que la difícil realización de determinadas exploraciones explica toda decisión negativa al respecto, incluso aquella en que el beneficio superará al riesgo y molestias de la misma.

En ocasiones, la aplicación de escalas o evaluaciones semiestructuradas o estructuradas pueden resultar de ayuda en el sujeto autista, tanto en los dominios de funcionalidad como en el que nos ocupa aquí de conducta. Un caso claro en la valoración de las disconductas es la ASD-BPA; si bien esta es una escala diseñada para adultos (Matson, 2006), constituye un instrumento basado en la información de informadores que se estructura en torno a cuatro factores: (1) agresión/destrucción de objetos, (2) estereotipia, (3) conducta autolesiva y (4) conducta disruptiva.

A pesar de las reticencias de muchos profesionales a emplear estos instrumentos fuera de contextos de investigación, por exigir más tiempo que simplemente recoger la impresión clínica, resulta importante registrar en la historia de la manera más objetiva posible la variación de síntomas conductuales en distintas épocas del año, así como dejar documentadas las disconductas más habituales y su intensidad. En el caso frecuente de que el sujeto sea valorado por otro profesional distinto antes o después, un relato más fidedigno que las escuetas apuntaciones clínicas habituales permitirá una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica.

### 8.3.1. *Algunas consideraciones terminológicas y para el manejo*

Utilizar el término de conducta antisocial en sujetos con trastorno del desarrollo intelectual puede ser desde inexacto hasta aberrante en el caso de sujetos con formas concurrentes de trastorno generalizado del desarrollo o del espectro autista, según la terminología actual. De hecho, podría considerarse la paradoja de que un “bofetón” en estos contextos, lejos de ser un acto antisocial, podría llegar a interpretarse como un intento de establecimiento de contacto social.

Esta es una entre otras razones que en nuestra opinión debe hacer priorizar el término de *challenging behaviour* en idioma inglés (conducta problemática) sobre las otras posibilidades: conducta desviada o antinormativa, por ejemplo. Aun con todo y pese a que la discusión semántica se iría lejos, podría tener interés abordar cuántas de las conductas catalogadas como conductas problemáticas en realidad son reacciones más que justificadas a un *challenging environment* o ambientes problemáticos.

Para arrojar luz sobre esta parcela de conductas problemáticas, un reciente artículo

de Kerr y Gil Nagel (2013) es una excelente revisión de algunos aspectos de interés en la evaluación y el tratamiento de este escenario clínico. Más en concreto, se destaca el análisis funcional como forma de aproximación a sujetos que presentan habitualmente un déficit del lenguaje demasiado grave para permitir una interacción fiable con el explorador sobre las motivaciones de sus conductas. Por otro lado, se repasa y cuestiona la inmediata e improvisada prescripción de algunos psicofármacos en los trastornos del desarrollo intelectual.

El término de conductas problema o problemáticas se inscribe en el contexto más general de conductas desviadas como en el capítulo de definición y aspectos históricos se introducía. La conducta desviada, así, en tanto que separada de lo normativo, acepta dentro de sí el concepto de conducta antisocial (pero no viceversa).

Si en dichas páginas del primer capítulo se apuntaba que incluso la sumisión puede ser entendida como una conducta desviada (pero no antisocial), aspectos como la autoagresión en el sujeto con trastorno del desarrollo intelectual podrían incluirse en el marco conceptual de un trabajo que, como este, intenta dar claves a lectores especializados sobre los problemas de conducta más frecuentemente objeto de atención.

Con todo lo anterior, resulta no obstante claro que conductas antisociales deliberadas como la destrucción de la propiedad, la provocación de incendios o robos, así como en ocasiones la agresión física y sexual forma posible parte del repertorio de sujetos con cocientes intelectuales limítrofes o discapacidades intelectuales leves y hasta moderadas (CI>60, en general).

Por tanto, será especialmente relevante poder encuadrar sin ambages la conducta problemática en el contexto disfuncional o por el contrario encontrar una base plausible de que el acto en sí mismo es una forma de expresión, que por repudiada socialmente no necesariamente debe ser “patologizada”.

Un ejemplo ilustrativo puede ser los gritos característicos de sujetos con déficits intelectuales profundos o los movimientos descoordinados de pacientes con daño cerebral intenso, en los que el control de las extremidades superiores es claramente deficitario y cuyos intentos de comunicación pueden venir precedidos de manotazos, tirones de pelo o agarrones. Otro igualmente gráfico son formas de autoestimulación erógena y la franca masturbación de sujetos con muy escasa interacción externa.

Evidentemente, estas conductas pueden tener consecuencias desde simplemente anecdóticas hasta graves para el sujeto o para otros, y no se niega que se deberá intentar modificar los patrones en los que se fundamentan, posibilitando formas alternativas de comunicación o interacción. El problema, antes bien, tiene que ver con la presión a la que se someterá a los profesionales con capacidad de prescripción farmacológica para hacer que estos individuos “dejen de gritar, de agarrar, de golpear, de masturbarse”.

Como ya se anticipaba, la psicofarmacología en los sujetos con trastornos del espectro autista choca con barreras análogas a las de la psiquiatría infantil en general, agudizadas como es el caso también de trastornos del desarrollo intelectual por la escasez de investigación metodológicamente rigurosa en esta subpoblación. En la mayor parte de los casos, ni fármacos comunes para patologías médicas ni tampoco los psicofármacos

incluyen en sus procesos de registro sujetos con déficit intelectual.

El gran avance que supuso la introducción de la farmacopea para el tratamiento de las enfermedades mentales durante los últimos decenios del siglo XIX, el siglo XX y la explosión de los últimos lustros, deja a los médicos escasamente pertrechados con una más que limitada información extraída de unos pocos estudios postautorización sobre muestras pequeñas de sujetos o extrapolada de niños sanos o adultos en áreas tan relevantes como la epilepsia o la psicosis.

Con todo, la mejora en la atención al sujeto con trastornos del espectro autista graves se beneficia de un juicioso uso y del conocimiento farmacológico de las moléculas que pueden ser de utilidad. Solo así, situaciones de extrema peligrosidad pueden ser prevenidas o tratadas, sin una necesidad tan imperiosa de la restricción física en habitaciones o con sujeción mecánica.

A este tenor, la aplicación de medidas de restricción del movimiento como la contención o sujeción mecánica tanto en contextos de agitación como para algunos usuarios con inestabilidad en silla o cama requiere un análisis concienzudo y la protocolización de su aplicación en los ámbitos en los que se lleve a cabo.

Esto es así no solo por las implicaciones médicas, legales y éticas que comporta, sino porque una actitud extremista de desdén hacia la misma puede ser igualmente negligente y peligrosa. La limitación del movimiento humano con fines conductuales ha demostrado a lo largo de la historia ser desde claramente efectiva en algunos casos, hasta abiertamente contraproducente en muchos.

Una sujeción mecánica ante un sujeto agitado con déficits sensoriales y del habla es tierra demasiado fértil para un resultado adverso. En especial, los problemas respiratorios o cardiológicos pueden manifestarse sintomáticamente como agitación psicomotriz.

El encamamiento en dichas circunstancias con restricción de la movilidad puede suponer el desencadenante último del fallo cardiorrespiratorio y de la muerte del individuo en situaciones como una isquemia cardiaca, un tromboembolismo pulmonar o una arritmia maligna.

Obviamente, estos casos son muy minoritarios en niños con trastornos del desarrollo intelectual que no tengan asociadas cardiopatías u otras patologías que les hagan expresamente susceptibles de sufrir estas complicaciones (xantogranulomatosis, discrasias sanguíneas y coagulopatías, etcétera).

No obstante lo mencionado, una sujeción prolongada y no revisada por profesionales sanitarios puede originar por sí misma graves complicaciones traumatológicas, respiratorias e incluso la muerte en sujetos sin predisposición física identificable.

Como en todo lo anterior, cualquiera que haya trabajado en instituciones para sujetos con trastornos del desarrollo intelectual tomará estas prevenciones como lo que son, esto es, propósitos de mantener unas buenas prácticas clínicas, nunca de evitar unas técnicas que pueden resultar imprescindibles ante sujetos que presentan agitaciones nocturnas, astasia con incapacidad para permanecer en la cama o en silla, deambulaciones nocturnas de riesgo o su aplicación urgente ante un cuadro de agitación que comprometa su seguridad o la de quienes le rodean.

La sujeción mecánica, por tanto, debe suceder a intentos previos de contener la situación creada verbalmente o con medidas menos restrictivas. El primer aspecto crítico es que la presencia de personal siempre debe ser como mínimo de 5 personas a la hora de practicar una sujeción mecánica en un sujeto agitado.

En otras palabras, cada individuo debe controlar un miembro (brazo o pierna) y un quinto sujeto debe organizar y dirigir el procedimiento, intentando mantener contacto visual con el sujeto. El segundo tema crítico será también numérico, esto es, el tiempo máximo sin supervisión sanitaria del sujeto, que no debe exceder los 30 minutos, con reevaluación de la pertinencia de mantener la medida.

Es bien conocido que formas de sujeción parciales pueden conllevar riesgos superiores a la de 5 puntos. Además la sujeción de extremidades superiores siempre debe realizarse a los lados del cuerpo y no por encima de la cabeza. Por último, las cinchas deben ser firmes y ceñirse a muñecas y tobillos permitiendo la circulación sanguínea, por lo que se deberá observar regularmente la calidad del retorno venoso.

La administración inexcusable de psicofármacos con acción tranquilizadora en caso de proceder a sujeción mecánica es una afirmación controvertida. Aunque es la opinión de algunos autores que se debe individualizar dicha decisión si el profesional presente es médico, en muchas ocasiones será otro miembro del personal sanitario quien se verá involucrado en el proceso de aplicar una pauta de agitación “estándar” y no habrá lugar a improvisar al respecto.

Siempre que no exista un riesgo físico inaceptable, la aplicación de haloperidol, antipsicóticos atípicos o de benzodiazepinas intramusculares puede hacer más tolerable el proceso al paciente y disminuir la agitación a partir de los primeros treinta minutos de latencia, con razonables perfiles de seguridad. Si como planteábamos existen antecedentes, síntomas o signos consistentes y por tanto dudas fundadas sobre el potencial origen neumológico o cardiológico de la agitación en dicho caso será preferible no utilizar benzodiazepinas en la pauta farmacológica.

Igualmente importante puede resultar para el personal no especializado discriminar lo que puede constituir un estatus epiléptico convulsivo o un estatus parcial continuo con manifestaciones conductuales. Nuevamente, los antecedentes de epilepsia deberán extremar la cautela y se habrán de diseñar pautas específicas ante la agitación que obliguen al personal de asistencia a considerar variables que, de no ser correctamente identificadas y tratadas, pueden generar graves secuelas.

### 8.3.2. *Los períodos críticos en la evolución cognitiva y emocional*

En los últimos años ha ganado interés la comprensión de que en lo que atiene a determinados fenómenos biológicos no basta con que estos ocurran, sino que deben tener lugar en ventanas temporales determinadas. Fuera de las mismas es posible que se hayan clausurado procesos biológicos, cuya reactivación será infructuosa o de efecto limitado.

Un fenómeno biológico que ilustra claramente este aspecto tiene que ver con el

aprendizaje a través de la generación de nuevas conexiones sinápticas y de la estabilización de las mismas mediante procesos como la LTP (potenciación a largo plazo). Comprendemos mucho mejor que estructuras clave como las espinas dendríticas pierden buena parte de su flexibilidad anatómica y funcional con el paso del tiempo. La mayor parte de las conexiones excitatorias tendrán lugar a través de estas estructuras que gozan de una marcada “independencia” con respecto al resto de la neurona.

En concreto, empezamos a conocer que el cuello de la espina dendrítica puede convertir esta estructura en un territorio bastante autónomo en aspectos como la concentración de  $Ca^{2+}$  y el potencial eléctrico. Ambos aspectos figuran entre las condiciones que requiere la espina dendrítica para gozar de movilidad y por consiguiente, para poder establecer el contacto inicial y asegurar la sinapsis ulteriormente con otras estructuras neuronales de neuronas colindantes.

Diversas noxas podrían alterar la homeostasis y funcionalidad de estructuras tan preciosas como estas y determinar que las conexiones requeridas no lleguen a fructificar. Diversas patologías del neurodesarrollo cuya marca común son los problemas de socialización (síndrome de Asperger, autismo, síndrome de Rett) podrían tener distintas gravedades en estas anomalías y aberraciones de conectividad en sus fisiopatogénias, determinando no solo el fenotipo clínico más común, sino comorbilidades que, como la epilepsia, pueden ser altamente frecuentes en estos sujetos. Lo que se manifestaría en algunos sujetos como dificultades para la integración de la información externa, muy claramente de la información social, podría estar asociado a alteraciones de vías largas de conexión frontoposterior.

Áreas cerebrales como el cíngulo (porción dorsal anterior) y la ínsula anterior (ambas integradas en el circuito de Papez ampliado) han recibido especial atención (Barttfeld, 2012), ya que algunas teorías sobre la patogenia del autismo comparten con la esquizofrenia una dificultad en el procesamiento de la información social/sensorial (por ejemplo, las expresiones faciales de los individuos). Se ha hipotetizado que alteraciones de este corte pueden hacer a distintos sujetos con patologías diversas “malinterpretar” los gestos de indiferencia o incluso afectuosos, como agresivos y generar una respuesta violenta defensiva e inapropiada bajo determinadas circunstancias.

El sujeto autista podría presentar una mayor tendencia a activar la conectividad de sus redes neuronales cuando focaliza su atención en estímulos internos (lo que se ha dado en llamar el estado interoceptivo), desactivando dicha conectividad cuando se ve expuesto a estímulos exteroceptivos.

En otras palabras, el sujeto autista encendería sus bombillas cuando se trata de atender a un estímulo interior y a apagarlas al exponerse a estímulos externos (“quedaría dormido a la interacción social”). Este hecho podría explicar las conductas de autoestimulación laberíntica que muchos sujetos presentan, girando en torno a sí mismos o balanceándose, si bien quedaría por explicar la fascinación y atención por movimientos automáticos repetitivos en cuanto que estímulo externo, salvo que asumiésemos que estos producen una reacción interna (vértigo, somnolencia) a la que el sujeto autístico vuelca su conectividad cerebral.

En esta parcela del conocimiento, técnicas de neuroimagen funcional como la tractografía o la resonancia magnética funcional se han convertido en herramientas profusamente empleadas en la investigación más reciente. Muy brevemente, hasta el año 2000 la investigación no permitía ir más allá de aspectos anatómicos, muchas veces groseros que todo lo más podían detectar aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales y estimar una pérdida de sustancia gris.

En el campo del autismo, el progresivo perfeccionamiento en la definición alcanzado con los equipos de resonancia magnética de 3T permitió detectar cambios en la forma y espesor de las circunvoluciones inicialmente. Luego, la introducción de marcadores metabólicos en la RMNf o del análisis de la difusión del agua en la tractografía ha contribuido a nuestra comprensión de cómo la sustancia gris y blanca difiere en estos sujetos en relación a los voluntarios sanos.

En ocasiones, las conductas repetitivas del autismo y otros trastornos como los del desarrollo intelectual se acompañan de una reacción externa en padres y personas significativas que añade un fenómeno de aprendizaje sobre lo que primariamente son expresiones de alteraciones. El intento compensatorio de las personas que circundan al infante con conductas “divertidas o sorprendentes” en sus hijos o niños con déficits en otras áreas posibilita que algunos actos que serán disruptivos en meses o años, sean aplaudidos o validados por los adultos.

Es importante recordar que si bien algunas de las actividades de un sujeto con un repertorio limitado de habilidades pueden ser un recurso valioso, existen distintas conductas obsesivas que pueden convertirse en verdaderos problemas a años vista. “Lo que en el niño pequeño con un déficit de desarrollo se ríe, se puede llorar toda la vida”, por resumirlo en una frase gráfica.

Aproximaciones furtivas a la comida, obsesiones relativas a la ropa, a determinados juguetes o a la repetición de vídeos o canciones, pueden acabar generando situaciones en que el niño mayor o el adolescente alteran toda la dinámica familiar porque estas conductas no se comprendieron como obsesivas o ritualistas y, lejos de trabajarse en su extinción, se posibilitó su potenciación.

Por consiguiente, cuando algunas de estas conductas se interrumpen o tratan de erradicar años más tarde, son frecuentes las explosiones violentas. Trabajar en promover una mayor tolerancia a la frustración es un aspecto clave que las limitaciones impuestas por un diagnóstico neurológico o psiquiátrico no deben hacer posponer u olvidar a padres o educadores. De hecho, no han faltado explicaciones de los síntomas obsesivos tanto en los trastornos del espectro autista como en los trastornos del desarrollo intelectual que abundan en la formación de conexiones inadecuadamente reverberantes, con implicación de los ganglios basales y la corteza prefrontal.

Una aproximación interesante por tanto para el profesional no especializado es encuadrar el manejo conductual de la sintomatología obsesiva del sujeto con estos trastornos en su conocimiento fisiopatogénico de la obsesividad en la población con trastorno obsesivo compulsivo, si bien con algunos matices sobre la respuesta a los tratamientos farmacológicos usuales del TOC y las variaciones que cabe encontrar en el

sujeto cuyas obsesiones y rituales se inscriben en un autismo o en un retraso mental. Así, a diferencia de la angustia de contaminación o limpieza, en la obsesividad de los trastornos del espectro autista encontraremos más claramente la obsesión de orden, repetición o simetría-posición como datos más prominentes, si bien esta no es una diferenciación sencilla cuando el nivel de comunicación del sujeto no permite afianzar aspectos de egosintonía con los síntomas.

#### **8.4. Causas de retraso mental asociadas a trastornos de conducta y antisociales**

Hasta el momento, solo en cuanto a causas genéticas se refiere se han encontrado más de 700 alteraciones causantes de retraso mental. Si a ello sumamos las causas prenatales por patología materna (infecciones, toxemias, teratogenia), las causas perinatales y aquellas postnatales (tumores, infecciones) nos encontraríamos aún lejos de determinar el origen del retraso mental hasta en el 50% de los sujetos. La prevalencia del retraso mental en nuestro ámbito es del 1%, lo que significa que en España existirían unos 500.000 sujetos con dicha condición.

En otros textos generales (Kaplan) se puede encontrar una clasificación de las etiologías más habituales de los trastornos del desarrollo intelectual. De todas estas causas, abordaremos aquellas que por su alta frecuencia en la población o por su intrínseca asociación con trastornos de conducta resultan más conocidos y relevantes.

##### *8.4.1. Cromosomopatías*

###### *A) Síndrome de Down*

Aunque la alteración genética más frecuentemente causante de retraso mental en nuestro medio es el síndrome de Down (cromosomopatía del 21) y afecta a 1:1000 de niños nacidos vivos (1 de cada 4 sujetos con trastorno del desarrollo intelectual), la aparición de alteraciones conductuales en dicha condición durante la infancia y adolescencia no es frecuente ni habitualmente intensa en cuanto a auto o heteroagresividad se refiere.

No obstante, algunos datos interesantes procedentes de estudios en modelos animales como el ratón Ts65Dn podrían permitirnos entender algunas conductas del sujeto humano con síndrome de Down y en un futuro encontrar formas de aliviar los déficit de atención, aprendizaje, memoria y desarrollo de estas personas. Hipótesis consistentes señalan estas dificultades como básicas a la hora de entender algunas de las reacciones emocionales y conductuales más turbadoras en la trisomía humana del cromosoma 21.

Como anticipábamos, es frecuente la afectación de distintos órganos y aparatos en

esta trisomía y la introducción de tratamientos farmacológicos específicos con potencial acción sobre el ritmo cardiaco o alargamiento del intervalo QT debe siempre considerarse, ya que la patología cardiaca es, junto a la leucemia, una de las causas de acortamiento de esperanza de vida en esta población. Además, el potencial efecto anticolinérgico sobre el tracto gastrointestinal deberá valorarse, ya que la concurrencia de atresias duodenales y esofágicas, de enfermedad de Hirschsprung e incluso de colitis ulcerosa es alta.

### *B) Cromosomopatías sexuales*

Una cromosomopatía más leve que el síndrome de Down pero la más habitual que afecta a los cromosomas sexuales, el síndrome de Klinefelter (XXY) asocia posibles manifestaciones de retraso madurativo que anecdóticamente se han asociado a disconductas sexuales. Afectaría aproximadamente a 1 de cada 500 a 1.000 varones nacidos. Su interrelación con la aparición de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como las alteraciones gonadales que comporta se han intentado aportar como explicación de la mayor tendencia a heteroagresividad episódica.

La aparición de dos cromosomas Y (síndrome XYY) ha sido más frecuentemente relacionada en los sujetos disociales con que produciría un hiperandrogenismo asociado a la aparición de conductas violentas y agresivas. Como se recordará, los primeros estudios genéticos sobre trastornos antisociales fueron llevados a cabo en contextos carcelarios, en los que la frecuencia de esta combinación cromosómica se halló aumentada. La hipótesis de que los andrógenos podían influir de manera significativa en la aparición de violencia se postuló que podía verse sustentada así en esta condición.

Existen datos contradictorios en sucesivos estudios y actualmente el papel de las cromosomopatías sexuales y de los niveles de andrógenos en las conductas psicopáticas ha sido relativizado, ya que dichas formulaciones adolecían de graves problemas metodológicos.

En oposición, la alta frecuencia de conductas violentas en sujetos con abuso de esteroides de gimnasio se podría traducir en que, en efecto, determinados preparados artificiales o una alta producción de sustancias andrógenicas endógenas pueden desempeñar un papel en la liberación de conductas lesivas para otros. Sin embargo, este tipo de estudios suelen estar sujetos también a sesgos significativos salvo que tengan un diseño prospectivo, puesto que entre otros factores de confusión fuesen sujetos violentos los más proclives a entrar en gimnasios y consumir este tipo de sustancias.

## *8.4.2. Genopatías simples y errores congénitos del metabolismo*

### *A) Síndrome del cromosoma X frágil*

El síndrome del cromosoma X frágil es la causa heredada más frecuente de retraso mental: afecta a 1 de cada 6.000 niñas y 1 de cada 4.000 varones. En su seno, junto a las alteraciones orgánicas de corazón, ojos y otros órganos de los sentidos y morfotipo, aparecen con frecuencia alteraciones conductuales y manifestaciones psiquiátricas, así como epilepsia. Los datos conductuales son alternancia entre crisis de agresividad y agitación y marcada apatía, siendo características la evitación de la mirada de otras personas.

Objeto de profusa investigación se ha podido determinar la alteración genética causante: un gen FRM que presenta una expansión de su secuencia. Como consecuencia, la carencia de la proteína que este gen debería producir obedece a un problema genético que se inscribe dentro de las expansiones de trinucleótidos, fisiopatogenia común a enfermedades neurológicas como algunas formas de ataxia (ataxia de Friedrich) y que hacen que, generación tras generación, la gravedad del fenotipo se acentúe. De ahí también que exista una continuidad fisiopatogénica con forma de patología neurológica denominada ataxia ligada al cromosoma X frágil

Un dato identificativos precoz en el infante puede ser el aumento de perímetro cefálico así como un aumento del tamaño testicular (macroorquidia) normalmente tras la adolescencia. Estos sujetos suelen presentar un rostro alargado y estrecho, con amplia frente y baja inserción de las orejas, con otras alteraciones esqueléticas como escoliosis, un pecho excavado o pies planos, como posibles rasgos identificativos.

Dicha identificación precoz con el diagnóstico genético ulterior puede servir para el consejo genético a los padres en caso de querer tener futuras gestaciones, y actualmente existen estudios en curso para la utilización de fármacos antioxidantes en esta patología con resultados prometedores.

### *B) Síndrome de Lesch-Nyhan.*

Si bien encuadrable en el epígrafe anterior como una genopatía que afecta al cromosoma X de forma recesiva, el síndrome de Lesch-Nyhan constituye un ejemplo ilustrativo de enfermedad infrecuente por afectación de una enzima que presenta importantes alteraciones conductuales, añadidas al retraso mental y, en este caso, a marcada afectación osteoarticular.

El déficit de una enzima clave en el metabolismo de las purinas, la HGRT (hipoxantina guanina ribosil transferasa) condiciona que uno de los primeros datos identificables de la enfermedad sea la constatación de cristales de ácido úrico, habitualmente de color naranja en el pañal del lactante. La acumulación de estos cristales articularmente da lugar a graves cuadros de gota con deformidad osteoarticular, pero también a intensas reacciones de automutilación con mordeduras de pulpejos de dedos y manos.

### *Cuadro 8.1. Efectos del antagonismo dopaminérgico favorables y*

*desfavorables en sujetos con trastornos del desarrollo intelectual*

	<i>Favorable</i>	<i>Desfavorable</i>
Estado afectivo	Disminución de la irritabilidad	Embotamiento/aplanamiento
Conducta	Posible efecto antiagresivo antiD1	Apatía, fatigabilidad
	<i>Favorable</i>	<i>Desfavorable</i>
Pensamiento	Disminución de la productividad delirante	Ralentización del curso
Sexualidad/fertilidad	Control fertilidad/ hipersexualidad (algunos sujetos)	Impotencia/falta de deseo
Sistema endocrino	Hiperprolactinemia	—
Movimiento	—	Síntomas extrapiramidales/parkinsonismo farmacológico (temblor, rigidez, amimia)

*Cuadro 8.2. Efectos adversos de los fármacos anticolinérgicos*

<i>Órgano</i>	<i>Efecto adverso anticolinérgico</i>
Pupila	Dilatada (midriasis)
Glándulas salivales	Escasa, pastosa (se adhiere a comisuras bucales)
Glándulas sudoríparas	Sudoración abundante
Temperatura corporal	Disminuye
Frecuencia cardíaca	Aumentada (taquicardia >100 lpm)
Contracción cardíaca	Palpitaciones (aumento de contractilidad)
Circulación general	Hipotensión postural ortostática
Musculatura bronquial	Dilatación (efecto favorable si asma u obstrucción)
Musculatura corporal	Aumento de tono
Peristaltismo intestinal	Disminución
Esfínteres	Constricción

**Preguntas de autoevaluación**

- Los trastornos de conducta en sujetos con trastornos del desarrollo intelectual se benefician de todas menos una de las siguientes.
  - a) Del rápido inicio de fármacos antipsicóticos y antiepilépticos.

- b) Del análisis funcional si la frecuencia de la disconducia lo permite.
  - c) De una valoración médica global que incluya pruebas complementarias juiciosas.
  - d) De la entrevista de padres, cuidadores y otras personas involucradas en su cuidado.
  - e) De derivación a servicios específicos si se sospechan patologías que requieren métodos diagnósticos sofisticados o intensivos.
2. Señale de la siguientes causas de retraso mental aquella que asocia menos frecuentemente conductas auto o heteroagresivas:
- a) Síndrome de Klinefelter (XYY).
  - b) Síndrome de Lesch-Nyhan.
  - c) Síndrome de Down.
  - d) Autismo.
  - e) Síndrome del cromosoma X frágil.
3. De todas las siguientes teorías etiopatogénicas sobre el autismo, señale la que cuenta con más apoyo en el momento actual:
- a) Colonización por *Candida albicans* del canal del parto materno.
  - b) Alteración en la conectividad de redes neuronales.
  - c) Ninguna, el autismo es un constructo sociocultural.
  - d) Alteración genética simple.
  - e) Infección por gripe materna durante el desarrollo del feto.
4. A la hora de proceder a una sujeción mecánica, señale la afirmación incorrecta:
- a) Inicialmente la más recomendada es con cinco puntos de sujeción.
  - b) La revisión del sujeto contenido debe realizarse con intervalos máximos de 30 minutos.
  - c) Debe esperarse a poder obtener el consentimiento informado de padres o tutores legales.
  - d) Puede presentar riesgos de trombosis superficial y profunda y tromboembolismos pulmonares, entre otros.
  - e) Puede acompañarse de tratamiento intramuscular sedante.
5. Un sujeto institucionalizado por retraso mental de causa no especificada desarrolla un cuadro de varias horas de evolución de creciente inquietud, movimientos estereotipados en la cama de un lado para otro, vómitos inicialmente de contenido alimenticio y luego bilioso que se han resuelto tras pinchar una ampolla de metoclopramida. Señale su actitud inicial:
- a) Sujeción mecánica de 5 puntos y clorazepato dipotásico 50 mg intramusculares.
  - b) Observación del estado general, palpación abdominal y recogida de orina para análisis.
  - c) Aislamiento en habitación preparada: tiempo fuera.
  - d) Derivación rápida y urgente a hospital de referencia para valoración de psicosis injertada.
  - e) Esperar y ver durante 24 horas, ya que las disconducias de esta clase son frecuentes en el retraso mental no especificado.

## 9

# *La impulsividad y sus trastornos*

Desde los más remotos inicios de nuestra cultura, la impulsividad encarna una dimensión de nuestra vida psíquica que ha tratado de ser atemperada por la teología, la ética y más recientemente la psiquiatría, sin que haya llegado a ser dominada ni domada por ninguna de estas parcelas del conocimiento. Niños y adolescentes son especialmente proclives a mostrar dificultades para el control de sus impulsos, y toda una teoría del desarrollo del autocontrol consta entre los intentos de aproximarse a las razones por las que determinados miembros de la sociedad se conducen irreflexivamente y originan daño a otros o a sí mismos, sin parecer modificar su conducta por las consecuencias de sus actos o palabras proferidas impulsivamente.

A pesar de su gran importancia epistemológica, sin embargo, su inaprehensibilidad ha determinado dejarle un sitio secundario en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas como la CIE-10 o la DSM-IV, y ha convertido el diagnóstico de las entidades que se encuadran dentro de los llamados trastornos de la impulsividad en una suerte de categorías residuales. No obstante, la clínica nos presenta sujetos con algunos de estos trastornos en los que, aun disparándose conductas a veces altamente violentas y dañinas, muestran su arrepentimiento y comparativamente mayor proclividad al tratamiento, de una forma radicalmente distinta a como se conducen los psicópatas que desarrollan conductas impulsivas.

Además, la diferencia en la respuesta al tratamiento psicofarmacológico es palmaria entre los sujetos que cumplen medidas judiciales por acciones violentas o delictivas impulsivas y aquellos que lo hacen por delitos premeditados, fríamente calculados y con un corte alevoso. Además, la impulsividad debe cerrar este bloque dado su papel relevante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en los trastornos por abuso de sustancias y en las poblaciones con bajos cocientes intelectuales.

La DSM-5 ha cambiado significativamente la ubicación de buen número de los trastornos de la impulsividad DSM-IV; es una incógnita si ello contribuirá a una más fértil investigación y a una mayor utilidad clínica.

### **9.1. Definición operativa de la impulsividad**

Comprender y acotar el concepto de impulsividad es una necesidad inexcusable dado el

carácter polisémico que el constructo ha cobrado a lo largo de su historia. Ya desde pronto, la creación de su antecesor epistemológico, la monomanía instintiva de Esquirol, nos orientará a comprender su enraizamiento en el componente temperamental del individuo, ciertamente como una tendencia natural educable mediante la disciplina, si bien de naturaleza “innata”.

La tendencia a actuar precipitadamente, sin valorar las posibles consecuencias negativas sobre el propio agente o sobre los otros, junto con la tendencia a preferir la gratificación inmediata menor y no la diferida mayor, se ha visto complementada por una tercera vía, resultado de los paradigmas que procedentes de la investigación animal destacan una baja persistencia en la conducta ante la dilación en la recompensa. En resumen, el individuo impulsivo actúa con pobre planificación, a pesar de las consecuencias en contra, y sería poco pertinaz.

Como constatan distintos paradigmas de investigación, la psicopatía y la hiperactividad comparten algunas de estas subdimensiones y se ha requerido de perfeccionamientos sucesivos en la delimitación de los paradigmas de investigación para poder establecer cuánto de la conducta impulsiva no obedece en realidad a diferencias en la atención y la movilidad de los probandos, o en aspectos más vinculados a la agresividad.

Sin duda, este otro concepto operativo de la agresividad sigue sin poderse desvincular completamente del dominio de la impulsividad, y formulaciones como agresividad impulsiva siguen estando vigentes tanto en los léxicos psicopatológicos como en los paradigmas de investigación, lo que puede complicar aún más la lectura de la profusa literatura al respecto.

Si es claro que impulsividad y agresión son aspectos ubicuos en los grupos sociales de primates (incluyendo al humano), las condiciones sociales determinarán en muchas ocasiones el carácter adaptativo o inadaptativo de una conducta concreta, en consonancia o disonancia “afectiva” con las circunstancias imperantes.

De hecho, la globalización ha condicionado en los últimos años una preeminencia de realidades socioculturales en las que el conflicto y la competitividad parecen idealizados. En dichos contextos, la expresión de rasgos puede verse más favorecida que en otros que se demuestren más punitivos o penalizadores para estas manifestaciones, aun cuando en ambos contextos signifiquen una ventaja competitiva.

## **9.2. La visión dimensional de la impulsividad en el contexto del fenómeno antisocial**

Como se viene reflejando a lo largo de la tesis fundamental de este libro, en consonancia con las hipótesis de Lykken existirían rasgos psicobiológicos congénitos del individuo que, como la impulsividad y la ausencia de miedo, junto a la búsqueda de novedad y la agresividad, dificultan el proceso de socialización. A estos sujetos en los que el déficit de socialización les proviene de aspectos biológicos es a los que denomina “psicópatas”.

Por su parte, este autor opone el término “sociópata” (porcentualmente más numerosos dentro de los delincuentes crónicos que los psicópatas) a los sujetos que han carecido de una crianza consistente en términos de castigo, refuerzo de las conductas positivas y guía hacia estos últimos comportamientos. Obviamente, ambos hechos pueden estar entrelazados, ya que un temperamento difícil podría enrarecer la forma de crianza y educación que los cuidadores podrían haber ofrecido.

Figura este como un prometedor terreno de investigación actual en el que se han empezado a introducir los análisis de interacción entre genética y ambiente, si bien para lo que concierne más a este capítulo resulta esencial aproximarse a la disconducia no ya solo desde lo multifactorial, sino como colación de ello también desde una perspectiva dimensional más que categórica.

En consonancia, la impulsividad se ha estudiado como diversos constructos de más o menos amplitud: desde la connotación del rasgo hasta la dimensión psicopatológica inclusiva. Existen distintos paradigmas de estudio que han demostrado consistentemente la variabilidad humana en términos de la rapidez de respuesta a estímulos ambientales e internos y que señalarían que los cerebros humanos actúan como *sprinters* de distintas velocidades ante el disparo de salida que es el estímulo índice.

Una metáfora de este estilo se observará que trata de capturar el concepto más desde una conceptualización dimensional, por tanto, que no desde un modelo categórico. Los sujetos, así mismo, se moverían en un continuo dependiendo de diversas circunstancias tanto psicobiológicas estables, como accidentales (hambre, sed, deseo sexual, intoxicación etílica o por otras drogas, estado de ira, privación de sueño).

De los trastornos del control de los impulsos reconocidos por las clasificaciones diagnósticas mentales más recientes son de interés para nuestro análisis del niño y del adolescente solo cuatro, a saber: el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, la piromanía y la ludopatía. Otros cuadros con un importante componente impulsivo que se gesta en la infancia tardía y tendrá su emergencia en la adolescencia es el trastorno de conducta alimentaria de tipo bulimia multiimpulsiva.

Excepcionalmente este último cuadro, la atención clínica de los considerados trastornos de la impulsividad es infrecuente en los marcos de asistencia comunitaria. No obstante, cuando nos ceñimos a los sujetos que están cumpliendo medidas de ejecución judicial o que están inmersos en procesos judiciales por denuncias de agresiones, robos o incendios provocados, será mucho más habitual que surja la necesidad de realizar el diagnóstico diferencial entre estos cuadros y la conducta antisocial primaria.

Los trastornos de la impulsividad según la clasificación DSM-IV tenían como marca más definitiva con respecto a la impulsividad aparecida en contextos psicopáticos la sensación de urgencia impostergable previa a la realización del acto y la liberación de la ansiedad tras su culminación, lo que ha llevado a incluir algunos comportamientos parafilicos como el exhibicionismo o conductas adictivas como la del juego, también dentro de este epígrafe en perspectivas categorizantes más nuevas. Por el contrario, la agresión sexual o física, el robo o la provocación de un incendio de carácter psicopático tienen como objeto una ganancia secundaria o el afán destructivo y de producción del

daño a otros.

Como será claro para el lector de este libro, la impulsividad puede ser un rasgo prominente en algunos subgrupos de sujetos psicopáticos, pero podría decirse que el diagnóstico diferencial se deberá afianzar en qué dimensión predomina en el individuo: si la de frialdad afectiva y la falta de empatía, o la de la irreflexividad y falta de planificación sobre las conductas objeto de análisis. Nuevamente, un dato para el diagnóstico diferencial es la estabilidad de estos rasgos de impulsividad en el psicópata, siendo esporádicos y más recortados en el tiempo en el sujeto con un trastorno explosivo intermitente.

Como se estableció en el capítulo relativo a la asociación entre hiperquinesis y disconducta, los sujetos con diagnósticos de TDAH también obtienen puntuaciones altas en la dimensión de la impulsividad. Por su parte, el niño con un trastorno oposicionista-desafiante puede mostrar reacciones como rabietas que podrían sugerir un trastorno del control de los impulsos.

La impulsividad se ha estudiado más profusamente en psiquiatría en el contexto de los intentos explicativos de la violencia contra uno o contra otros. Así, hasta 19 trastornos del DSM-IV incluían la impulsividad como criterio. Es más, podría decirse que buena parte de la información de la que disponemos con respecto a las bases neurobiológicas de la agresión y de la violencia en humanos procede del área de la impulsividad.

En esta línea destacan los estudios finlandeses de Virkkunen y colaboradores, quienes en los años 1980 abordaron la correlación entre los niveles de 5-HIAA (ácido 5 hidroxindolacético, metabolito de la degradación de serotonina) en el LCR con el antecedente de piromanía. De sus resultados, que diferenciaban en términos de disfunción serotoninérgica a los sujetos impulsivos verdaderos pirómanos de quienes habían planificado y premeditado sus planes de provocar los incendios por ganancias secundarias, se empezó a vislumbrar la idea de que el eje serotoninérgico tenía una función esencial en la contención “tónica” de los comportamientos impulsivos.

También en la Universidad de Helsinki, el grupo de Linoila presentaría resultados interesantes sobre la comparación entre sujetos que estaban encarcelados por causas violentas y que reconocían el origen premeditado de sus delitos, con respecto a aquellos en los que había un componente impulsivo predominante. Si bien la vigencia de los criterios DSM-III en aquel momento determinaba que sujetos con trastorno antisocial de personalidad y trastorno explosivo intermitente fueran considerados en el grupo de sujetos impulsivos, su hallazgo de que los sujetos con niveles más bajos de 5-HIAA en LCR presentaban asociación con un mayor número de delitos cometidos se ha mantenido en juego durante casi treinta años.

A partir de sus hallazgos preliminares, distintos investigadores comenzaron a acudir a las muestras de sujetos que cumplían condenas por crímenes violentos intentando hallar la razón genética de sus desregulaciones en la neurotransmisión serotoninérgica. En la encrucijada enzima MAO-receptores postsinápticos-transportadores presinápticos de serotonina parecía que podía encontrarse el “gen de la impulsividad”. Como toda aspiración utópica u antiutópica, pronto se constató que los factores genéticos más

robustos (asociados a la alteración en el gen de la MAO como determina el grupo de Brunner en 1993 en una familia holandesa con alta agrupación de criminalidad grave) no explicarían la totalidad del fenotipo impulsivo o agresivo.

Esto no significa, por el contrario, una pérdida del interés en hallar una posible vinculación entre el funcionamiento serotoninérgico y algunas formas de impulsividad. Antes bien, se ha ido generando una visión más poliédrica de este constructo en el que otras formas de neurotransmisión e incluso distintas influencias bioquímicas u hormonales podrían también desempeñar un papel relevante.

En este sentido, el balance GABA-glutamato o las hormonas sexuales podrían mediar en un escenario de alta complejidad que empezamos a conocer con más detalle.

### **9.3. Otras formas de impulsividad con repercusión social en niños y adolescentes**

Aunque son muy numerosos los trastornos en que deberíamos fijarnos cuando abordamos la posibilidad de que una conducta antisocial tenga un origen psiquiátrico, este epígrafe nos permitirá avanzar en algunos cuadros que siendo algo menos frecuentes que los que han ocupado capítulos específicos pueden ser relevantes y cuyo denominador común es el dominio de impulsividad que todos poseen.

#### *9.3.1. Bulimia multiimpulsiva*

Debe recordarse que si bien en la anorexia predominan las consecuencias orgánicas de los cuadros restrictivos, en el caso de la bulimia y de los trastornos más cercanos al polo purgativo, entre las causas más frecuentes de muerte en población infanto-juvenil tanto en nuestro contexto como a nivel mundial se encuentran los accidentes de coche y el suicidio (conjuntamente 4 millones de jóvenes mueren al año por estas dos causas en el mundo).

La multiimpulsividad se define como la aparición de tres o más de los siguientes datos en pacientes con un TCA tipo bulimia: alto nivel de ingesta alcohólica regular, intentos de suicidio, automutilación, robos repetidos de otros objetos distintos a comidas, relaciones sexuales con personas no bien conocidas por el sujeto.

En este subgrupo parece existir una mayor dificultad en el control de los impulsos entre aquellas personas que además abusan de laxantes. Como se ha demostrado en diversos estudios, estas personas cometen más errores en una tarea de discriminación Go/NO go bajo la amenaza de castigo, lo que indicaría que están menos desinhibidos cuando se enfrentan con posibles malos resultados.

Como se puede extraer de cuanto hemos comentado, varios de los síntomas prototípicos de la bulimia multiimpulsiva sugerirían una relación con una disfunción serotoninérgica, y de hecho, los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) se han

considerado fármacos útiles en dicha indicación.

### 9.3.2. *Exhibicionismo y conductas masturbatorias en niños o adolescentes*

Se trata de un área poco conocida y sujeta a importante controversia. Como anticipábamos, algunas llamadas “parafilias” como el exhibicionismo concuerda más con cuadros de corte impulsivo. La relevancia de la exhibición de los genitales en los contextos educativos del niño o adolescente ha variado en los últimos decenios, especialmente en relación con el temor generalizado al escándalo escolar o familiar.

Como en tantas otras parcelas atinentes a la sexualidad humana, existen radicales discrepancias entre el saber sexológico y las disciplinas forenses. Intentando conciliar los hallazgos de ambos, podríamos decir que el exhibicionismo infantil o adolescente es problemático o se cronificará solo en un porcentaje muy minoritario de sujetos.

Sí es cierto, sin embargo, que porcentajes de hasta el 10% de los agresores sexuales que cometen violaciones podrían presentar un antecedente de exhibicionismo ya desde antes de la edad adulta. De ahí que la irrupción de conductas de este carácter en sujetos con otros rasgos psicopáticos o de disconducia haga adecuada la evaluación y, si es factible, la intervención terapéutica correctiva.

Tanto el exhibicionismo impulsivo como la masturbación compulsiva son relativamente habituales entre sujetos con déficit intelectuales. En ocasiones, dichas conductas podrán reconducirse hacia la privacidad del dormitorio o del baño del hogar o del centro residencial, si bien otras veces la peligrosidad traumática de estas conductas puede hacer necesaria la intervención conductual y restrictiva con monos, guantes u otros medios que rompan el disparo de la compulsión.

Como en otras manifestaciones abordadas en este capítulo, existen algunos datos procedentes de estudios en abierto sobre la utilidad de ISRS como paroxetina, fluvoxamina o sertralina en estas situaciones.

### 9.3.3. *Consumo de alcohol y otros tóxicos*

La reiterada multidimensionalidad del concepto de impulsividad ha determinado que los estudios dirigidos a comprender la relación entre las puntuaciones altas en escalas como la de Barratt u otras y los consumos tóxicos en su globalidad hayan arrojado resultados contradictorios. La escala de impulsividad mencionada recoge tres dominios: impulsividad atencional, motora y no planeada, y es una herramienta muy común tanto en la evaluación de estrategias farmacológicas como psicoterapéuticas.

Resulta intuitiva la hipótesis de que podría existir un subgrupo de sujetos cuya alta impulsividad condujese a una menor capacidad de demorar el refuerzo del consumo incipiente del tóxico que se trate, y que a largo plazo presentaría menos capacidad de diferir el beneficio obtenido por la abstinencia con respecto al efecto más inmediato de la

influencia tóxica.

No obstante, como planteamos, no existe una conclusión clara acerca de cómo la impulsividad también se modula de acuerdo con el consumo tóxico, arrojando la sempiterna pregunta sobre qué fue antes “el huevo de la impulsividad o la gallina del consumo tóxico crónico”.

Más recientemente se ha intentado encontrar la relación entre cómo las pistas que inducirían al consumo de alcohol, por ejemplo, podrían estar potenciadas en su capacidad de elicitar el consumo dependiendo no solo de la impulsividad del sujeto sino también de la caracterización del sujeto por su grado de consumo.

Esta asociación entre impulsividad, alcoholismo y conductas antisociales ha recibido también atención desde grupos que han intentado establecer cómo los antidepresivos de tipo ISRS u otros que actuarían preferencialmente a través de la modulación directa o indirecta del sistema de neurotransmisión serotoninérgica se comportarían en reducir el consumo impulsivo.

En una constatación más del carácter poliédrico del concepto, muy diferentes estudios, algunos incluso con herramientas de medida similares y el mismo fármaco en discusión, han arrojado resultados contradictorios.

A nuestro entender, dadas las limitaciones expuestas en el capítulo sobre comorbilidades afectivas para el uso de estos fármacos en población infanto-juvenil, creemos que las probabilidades de que el clínico no encuentre una buena respuesta a un ISRS en un adolescente con alta impulsividad, conductas antisociales y consumo alcohólico establecido son altas, salvo que existan antecedentes depresivos prominentes en la familia no bipolares y el sujeto presente una clínica compatible con datos afectivos.

Creemos que ante la falta de pruebas científicas consistentes, considerar la posibilidad del pleomorfismo del cuadro afectivo en el adolescente o niño mayor y hacer alguna prueba farmacológica puede tener sentido clínico, especialmente cuando consideramos el alto índice de suicidio que afecta a este subgrupo de pacientes. No obstante, como en tantos otros apartados de este libro, por sí misma la medicación es improbable que genere un cambio radical.

#### 9.3.4. *Ludopatía*

El inicio del juego patológico suele ser temprano y en muchas ocasiones está ligado al consumo alcohólico, en jóvenes que comienzan a pasar largas horas en el bar y cuya actividad añadida de corte lúdico puede ser jugar a las máquinas tragaperras.

La inclusión de la ludopatía entre los trastornos del control de los impulsos es también controvertida y tanto operativamente como desde la perspectiva de la investigación probablemente se amolda mejor al escenario de estudio de las adicciones, como ya plantea la DSM-5. Para una excelente revisión de la impulsividad, el juego y de otras conductas adictivas en nuestro ámbito, el lector interesado puede recurrir al texto de Ros Montalban *Impulsividad* (2003).

Como es el caso de las adicciones a sustancias tóxicas, la ludopatía en el adulto presenta una alta comorbilidad con el trastorno de personalidad antisocial. De ahí que pueda resultar interesante analizar en el niño más pequeño, y sobre todo en el adolescente, a qué juega, con quién y cómo. Con este último matiz podremos empezar a detectar a través de la observación o del relato de los padres la forma de interacción en términos de tiempo, “rendimiento” y contexto social.

En su excelente libro *A qué juegan nuestros hijos*, el Dr. Javier San Sebastián aborda un área, la del juego, cuyo análisis tan próximo al profesional sanitario infantil ha carecido de un suficiente análisis dirigido a padres, profesores y representantes políticos, bien solventado por esta obra.

La conducta de juego es un espejo de aspectos de la personalidad en formación del niño y por tanto, especialmente en nuestro contexto lúdico acaparado por el videojuego, profesionales y cuidadores deben ser receptivos a si el niño tiende a jugar solo o en compañía, si prefiere los juegos violentos sobre otros y de una manera muy marcada cómo responde a las limitaciones y a las normas al juego impuestas externamente.

Es preciso considerar que conocemos que los videojuegos, pero también otras actividades lúdicas producen reacciones químicas sobre nuestro circuito de recompensa paralelas a las de algunos consumos tóxicos. Por todo ello, el juego puede especularizar lo que el niño o adolescente aloja internamente en términos psicobiológicos, y puede permitir a padres y educadores seleccionar una forma de educación y crianza que, por ejemplo, enfríe la impulsividad o extreme la vigilancia de las actividades de más riesgo adictivo.

Considerar cuánto de impulsivo se muestra el joven en el manejo de un coche de simulación o de un puzzle en un videojuego puede ser interesante en un contexto en el que se empieza a percibir una tendencia a la toma de decisiones precipitadas y equivocadas, aún cuando toda la información necesaria para ello no era evidente aún.

Como anticipábamos, el corte adictivo de una conducta, determinado por la medida en que el tiempo dedicado al mismo escapa al control del sujeto, expandiéndose y ramificándose por otros aspectos de su vida, es más difícil de delimitar en el niño (salvo cuando el rendimiento académico o familiar empieza a sufrir, lo que no es habitual en la primera infancia). Rara vez el niño se mostrará ambivalente ante una conducta de juego, por lo que es esencial la imposición de unos límites, la vigilancia de su cumplimiento y la aplicación de medidas correctoras en caso de transgresión.

Ni que decir tiene que la entrada de niños o adolescentes en salones de juego constituye una cuestión cuyo abordaje político ha parecido siempre lógico e impostergable. El conocimiento que poseemos hoy de la adicción, de cómo y cuándo se cifra, de los sujetos más vulnerables a la misma (jóvenes con antecedentes familiares) hace difícil entender que aún se puedan encontrar pocas restricciones para que menores de edad salten en la adolescencia desde el juego doméstico y vecinal (cada vez más infrecuente) al juego organizado.

El mejor abordaje actual de la ludopatía contempla los grupos terapéuticos, la reeducación en el manejo del dinero y, en determinadas ocasiones, la farmacoterapia con

medicamentos que han demostrado ser útiles en otras formas impulsivas de adicción (ISRS, topiramato, naltrexona).

### 9.3.5. *Otros trastornos de personalidad en ciernes: rasgos limítrofes o borderline de personalidad*

Una hipótesis interesante que ha reclamado la atención de algunos grupos de investigación ha sido si los menores índices de psicopatía en el sexo femenino serían una expresión de la tendencia a que una equivalente estructura de personalidad se modelase más en la forma de personalidad conocida como limítrofe o *borderline*.

La impulsividad de la adolescente con rasgos límite de personalidad (mucho más frecuentes en mujeres que en varones, a diferencia de los rasgos antisociales) es prominente y puede relacionar a esta persona con otros pares antisociales.

## **Preguntas de autoevaluación**

1. Los trastornos de la impulsividad en niños y adolescentes (señale la correcta)...

- a) Están claramente delimitados en la DSM-IV.
- b) Se entienden mejor desde una perspectiva dimensional.
- c) Solo aparecen en el sujeto mayor de 16 años.
- d) Tienen nula relación con el suicidio.
- e) No suele haber alteraciones en el control de los impulsos en cuadros alimentarios como la bulimia.

2. Ante el niño que refiere conductas agresivas que no puede dominar (señale la falsa)...

- a) Se debe evaluar psicopatológicamente un posible trastorno oposicionista desafiante.
- b) Puede tener utilidad administrar una batería de escalas de impulsividad (entre ellas, la escala de Barratt).
- c) Deben evaluarse ideas suicidas, especialmente si existen síntomas depresivos acompañantes.
- d) Es interesante realizar pruebas de neuroimagen sofisticadas como una tractografía.
- e) Los ISRS pueden tener una aplicación terapéutica, siempre en un contexto de alta monitorización.

3. En el abuso de alcohol del sujeto joven (señale la falsa)...

- a) La impulsividad debe evaluarse como un factor de mayor riesgo por sus consecuencias externas posibles.
- b) Puede haber otros consumos tóxicos añadidos.
- c) Es probable que el sujeto experimente ingestas compulsivas con gran pérdida de control siempre que puntúe bajo en la escala de Barratt.
- d) Puede haber aspectos genéticos involucrados si entra rápidamente en el rango de dependencia.
- e) Debe realizarse una entrevista motivacional en vez de un abordaje culpatorio.

4. La ludopatía no cumple uno de los criterios siguientes:

- *a)* Genera un importante sufrimiento personal y social.
- *b)* Es el producto de la interacción entre las condiciones biológicas del individuo y de aspectos ambientales.
- *c)* Puede aparecer en el joven por debajo de 18 años.
- *d)* Carece de rasgos impulsivos.
- *e)* Puede beneficiarse de farmacoterapia y tratamiento grupal, así como de reeducación en el manejo de dinero.

5. Con respecto a la aparición de rasgos patológicos de personalidad en la adolescencia...

- *a)* No es aceptada por ningún autor ni escuela.
- *b)* Solo nos permiten dejar a la persona a su libre evolución.
- *c)* Es útil tener una percepción de cómo se configura la personalidad para poder actuar precozmente sobre ella.
- *d)* Los rasgos límite son más frecuentes en los varones.
- *e)* Los rasgos antisociales son más habituales en las mujeres.

**TERCERA PARTE**  
*Tratamiento de la conducta antisocial*

# 10

## *Aspectos generales del tratamiento*

El tratamiento de los trastornos antisociales, ya sean estos primarios o secundarios a algunas de sus “comorbilidades” más habituales (TDAH, consumo de sustancias, disregulación impulsiva o trastornos del desarrollo intelectual), se topa con obstáculos consistentes y que requieren de un abordaje paciente y disciplinado a lo largo del tiempo.

Si bien en este capítulo se apelará más directamente al tratamiento farmacológico, otros grandes conjuntos de aspectos relativos a la adherencia, al compromiso con el tratamiento y a la actitud hacia el profesional, así como las trabas estructurales del sistema, se ramifican sobre prácticamente todas las áreas de intervención terapéutica existentes.

Baste anticipar que el tratamiento eficaz de los trastornos antisociales exige cuatro cimientos inexcusables:

- a) Pericia del profesional.
- b) Colaboración del paciente y su entorno (ámbitos familiar y escolar, como mínimo).
- c) Información veraz, científica y apropiada en tiempo y cantidad que fluya bidireccionalmente.
- d) Posibilidades materiales (tiempo y financiación, disponibilidad del profesional, continuidad en distintas etapas de la vida o entre dispositivos de atención).

### **10.1. La adherencia al tratamiento**

Un aspecto cardinal en la psicofarmacología, y por extensión en el tratamiento de los trastornos antisociales del niño y del adolescente, es la fidelidad y consistencia con la que el paciente completa las recomendaciones del profesional.

El régimen terapéutico, bien sea aplicado para atenuar constructos parciales como la impulsividad subyacente a la psicopatía o cuando este trate de mejorar la condición primaria (por ejemplo, en los trastornos conductuales ligados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad), es con frecuencia boicoteado o, al menos, modificado, en multitud de sujetos que presentan trastornos de conducta.

Cuando el tratamiento se aplica en un niño o adolescente, puede existir una ventaja

en la presencia de familiares o dispositivos sanitarios colaboradores con el plan terapéutico. Muchas veces, según el manejo que el profesional haga de la psicoeducación para con los adultos, podrá encontrar un mayor o menor apoyo familiar.

Sin embargo, incluso en familias con uno o ambos progenitores proclives a la administración de tratamiento farmacológico o que están comprometidos en la psicoterapia familiar o individual, se ha observado una alta tasa de incumplimiento tanto en la administración de tratamiento psicofarmacológico como en la persistencia y continuidad de unas modalidades terapéuticas que se basan muy marcadamente en el apoyo permanente para aportar alguna forma de efecto positivo.

Comprender la actitud ante los tratamientos farmacológicos en niños y adolescentes, tanto desde la perspectiva del paciente como desde la sus familiares, requiere partir de la frecuente concepción sofisticada del medicamento en términos de sustancia externa, “artificial”, provista de efectos secundarios y de carácter estigmatizante. Como del “mal”, elegimos el menor, durante el menor tiempo decidible y porque no queda otra.

Las psicoterapias suelen tener un carácter más amigable para los padres de niños que acuden a los servicios de salud mental públicos, pero dada la limitación en la oferta realista de esta posibilidad, muchos deben recurrir a instancias privadas con un coste que puede resultar inadmisiblemente en términos económicos o de tiempo, o de ambas necesidades materiales. Además, como otras áreas de escasa regulación en nuestro país, se presta a que individuos con pocos escrúpulos no solo no hagan por mejorar el trastorno, sino que puedan empeorarlo.

Por otra parte, ante condiciones como el TDAH, la intervención psicofarmacológica ha demostrado ser más eficaz que la terapia cognitivo-conductual aislada y debe constituir el tratamiento de preferencia en nuestro ámbito, aún más claramente cuando los síntomas son moderados o graves. Probablemente este también sea el caso de algunas formas de impulsividad. En el terreno de los trastornos de desarrollo intelectual puede ser, de hecho, la única alternativa realista.

No con poca frecuencia, por tanto, los padres de un niño con trastornos de conducta inician un peregrinaje que les lleva de lo público a lo privado y de aquí de vuelta a lo público, con escasa continuidad en el manejo entre unos profesionales y otros, cuando no una franca desautorización del tratamiento previo. Existe una necesidad apremiante de interrumpir este flujo y abordar desde lo multidisciplinar y científico, en vez de permitir esta forma de daño secundario a pacientes y familiares.

### *10.1.1. Actitud de los padres ante el tratamiento*

Sin embargo, cabría preguntarse por qué los padres de un niño o adolescente con importantes problemas de conducta podrían contribuir a un mal cumplimiento con su boicot abierto o encubierto de la administración del tratamiento, cuando las situaciones que transmiten son muchas veces desesperadas.

Además de la posible identificación de uno o de los dos miembros patológicos de la

pareja con un niño que presenta en sí mismo disconductas (recuérdese la frecuente asociación de parejas que comparten rasgos de personalidad psicopáticos o la genética del TDAH), encontraremos con mayor frecuencia un progenitor único (habitualmente la madre) que es quien solicita ayuda para el manejo de un hijo que presenta alteraciones conductuales, en un contexto que habitualmente excluye al progenitor masculino.

Que el padre sea una figura ausente, incluso alejada judicialmente o que por decisión propia o por acuerdo más o menos compartido con la pareja se haya desentendido del cuidado y crianza del hijo aun conviviendo en el domicilio familiar, no implica que su presencia ocasional o su aparición *de novo* justo cuando tiene noticia de que se está iniciando una evaluación o un tratamiento no pueda poner en peligro la continuidad del mismo.

La preeminencia del elemento de la violencia en los contextos familiares en que un vástago presenta desde pronta edad problemas de conducta de corte psicopático es ubicua y está profundamente arraigada en el psiquismo de los miembros de dicha familia. Tal violencia puede ser ejercida por el progenitor masculino sobre la madre únicamente, sobre el niño o sobre ambos, y da lugar a diferentes formas de afrontamiento, entre las que no se puede descartar la indefensión aprendida materna o del propio niño.

Es bien conocido que existe un amplio porcentaje de sujetos diagnosticados de trastorno antisocial de personalidad o trastorno límite de personalidad según criterios DSM-IV en su edad adulta, que presentan antecedentes de maltrato físico o sexual en la infancia, y que terminan bien idealizando a sus maltratadores, bien identificándose con ellos.

Un significativo porcentaje de estos sujetos tienden a presentar estilos de crianza hacia sus propios hijos que pueden reproducir los estándares de actuación parental que fueron imperantes durante sus propias infancias. Por tanto, asumirán que si el trato que ellos recibieron era “el normal entre un padre y un hijo” no existe razón alguna para modificar esta pauta de conducta con sus propios hijos, ni mucho menos para que un tercero externo a la familia haga tales insinuaciones.

En un escenario como este, la intervención profesional será vista como ineficaz, inadecuada y, muy probablemente, será instalada en un universo de representaciones en que el agente externo (profesional, fármaco, psicoterapeuta) es una representación más de un mundo invasivo, persecutor y ventajista que trata de aprovecharse del paciente y de sus familiares.

En parte por todo ello, no deja de extrañar al profesional neófito las pruebas de resistencia a la prescripción, cuando no la directa descalificación o abierta agresión de los padres con hijos que presentan problemas de conducta al profesional. Otras veces, el sujeto adulto actuará desde perspectivas más pasivoagresivas, como el boicot al régimen terapéutico en forma de abandono precoz o de ausencia a las citas programadas, o bien emitirá directas descalificaciones a la institución o a la especialidad o disciplina del profesional.

Se da así la multiplicada contradicción de un terapeuta muchas veces poco capacitado y desmotivado, que no quiere tratar a un niño con problemas antisociales

importantes, que se encuentra con un sistema familiar que demanda el tratamiento pero al mismo tiempo tampoco desea respetarlo ni defenderlo, la de un niño o adolescente que rechaza el tratamiento, al profesional y a los padres a partes iguales, y la de un sistema externo (familiar amplio, académico, judicial) que busca financiar solo soluciones mágicas y que despotrica contra los profesionales de salud mental, los desvaloriza “funcionariando” su actividad o directamente deja traslucir o incluso potencia las formulaciones de boicot que hacen los padres y el paciente.

Como veremos en el capítulo dirigido a los aspectos educativos en relación con los trastornos antisociales, los profesores encarnan una figura clave en el manejo de los niños con trastornos de conducta de corte antisocial. Un posicionamiento en exceso sociológico o psicologicista de su propia formación ha periclitado y sigue dificultando el correcto tratamiento de la patología psiquiátrica y de los trastornos antisociales en los niños. Como es obvio, esta otra clase de funcionario experimenta igual que el profesional sanitario las vejaciones continuadas del sistema presentando similares o aún superiores grados de descontento profesional.

La postura maximalista en defensa de un modelo de enseñanza restringido a lo académico-curricular hace que algunos padres rechacen muy legítimamente la idea de que el profesor sea un agente esencial en la transmisión de valores más amplios, en la lucha contra el estigma y en la promoción de los valores prosociales, debiendo quedar estas tareas única y exclusivamente a cargo de la familia.

La pregunta que surge aquí se refiere al pronóstico “social” de los niños que carecen o carecerán de estas funciones familiares y no solo incide de forma muy grave a la consistencia de socialización no solo de esos niños desafortunados, sino que afectará inevitablemente en el resto de sujetos que ocupan su mismo ámbito social.

El profesorado, por tanto, se cuenta científicamente y fuera de prejuicios y dogmas personales entre las fuerzas más importantes para la socialización del niño. Un área clave es que este formador de los futuros adultos vele por la identificación no estigmatizadora y el pronóstico de los sujetos que debutan con psicopatología durante la infancia o la adolescencia en sus aulas.

Si esto nadie lo discutiría con respecto a una enfermedad física que eclosionase en horario escolar, siguen encontrándose obstáculos en la colaboración del profesorado cuando se trata de identificar patología psiquiátrica, y todavía más cuando se les solicita administrar tratamiento farmacológico en los colegios a niños. Este hecho no solo afecta al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sino también al manejo de situaciones urgentes y agudas como las crisis epilépticas prolongadas.

Debe recordarse que la propia psicopatología de los padres del estudiante muchas veces se afianzará en frases cogidas por los pelos, comentarios pseudofestivos o abiertas críticas antipsiquiátricas o antipsicológicas de los profesionales de la educación y de otros ámbitos. En multitud de ocasiones, serán los propios padres los que “inventarán” efectos secundarios, exagerarán reacciones al tratamiento farmacológico o “incitarán” a otros profesionales para elicitar sus comentarios.

Este hecho es especialmente habitual en la consulta del pediatra o de otros

especialistas distintos a los de salud mental, así como en la interacción con el farmacéutico del barrio.

Tras el inicio de un tratamiento farmacológico, determinados padres con un núcleo paranoide o psicopático acudirán muy precozmente a estos especialistas, sin informes escritos, relatando historias indignantes, reacciones terribles al medicamento o dificultades irreconciliables con el especialista.

Aunque evidentemente estas tres cosas pueden haber ocurrido o pueden obedecer a un núcleo fóbico donde los padres tratan de corroborar información, en multitud de ocasiones cuando el médico generalista contacta con otras fuentes encuentra que todo obedece a un intento de que una figura “autorizada” vaya en contra del dictamen del especialista en salud mental.

No debe descartarse que ante una figura aparentemente sumisa (por ejemplo, una madre maltratada por un padre presente o ausente) nos encontremos un boicot de la medicación y del resto de medidas terapéuticas por parte de un padre que se asienta en la tesis de que el niño o adolescente es un “vago”, un “idiota” o un “fracasado”.

En nuestra experiencia, los progenitores sumisos e hiperprotectores, incapaces de mantener límites, son tan proclives a obstaculizar el tratamiento tanto o más como otros padres con otras constelaciones de personalidad del cluster B. Resulta por tanto esencial comprender si los padres presentan rasgos de personalidad determinados para poder desarrollar una intervención más dirigida al sistema familiar que acompañe la realizada con el sujeto índice.

### *10.1.2. Actitud del sujeto ante el tratamiento*

El niño presenta desde muy pronto reacciones a la toma de medicación. Obviamente, en un inicio serán los caracteres organolépticos de esta medicación lo que más influencia tendrá en su percepción subjetiva de la misma: su color, su posología y su sabor, determinarán en buena parte su aceptación o rechazo.

Sin embargo, pronto el ritual de la toma de medicación, especialmente cuando esta se da fuera de las comidas o en formulaciones claramente diferenciables de la toma de alimento, cobrará una consideración simbólica que reúne muy distintos elementos: dolor de la inyección, cercanía del cuidador, contexto en que se produce su administración (doméstica, en un centro hospitalario o residencial).

Poco a poco, a esta lectura se añadirá la que el niño va recibiendo de los comentarios y de la conducta no verbal que acompaña la administración de la misma en los adultos que los rodean. Cuestionamientos hacia los padres delante del niño sobre la razón de la administración de medicamentos, críticas abiertas por pares y la presión en el colegio, o el hecho de que la administración pueda interferir con la vida habitual del niño causando somnolencia diurna o fácil fatigabilidad, son todos factores involucrados en una percepción negativa de la medicación y en intentos conscientes y abiertos o inconscientes de dejarla o no tomarla de forma continuada.

Con algunos fármacos, el niño o adolescente se quejará al profesional de no sentirse “natural” o de “perder la chispa natural”, como es más frecuente en el tratamiento del TDAH con estimulantes. No es, por tanto, siempre la norma que el sujeto, después de una larga temporada bajo tratamiento y con una mejoría significativa, no reabra la caja de los truenos intentando dejar el tratamiento por su lado o intentando persuadir al profesional de su interrupción.

Estos episodios y fases encarnan situaciones de muy alto riesgo para perder en pocos meses lo construido en años y el profesional debería extremar su vigilancia, especialmente en el inicio de la adolescencia y cuando se produce el cambio de influencia parental por la de pares.

A este fin, el terapeuta debe mostrarse dispuesto a negociar y a hacer alguna concesión menor, como habrá debido enseñar durante el tratamiento al niño intransigente en su forma de relación con los adultos. Si esto se ha conseguido, una actitud flexible ante las preocupaciones del adolescente (querer beber alcohol ocasionalmente, trasnochar más y conseguir que los padres relajen la vigilancia o la hora de vuelta a casa) puede, cuando menos, permitir que la puerta no se cierre definitivamente tras el adolescente que abandona el tratamiento.

Ello no implica que, sobre todo si se ha fraguado una alianza terapéutica sólida, el profesional no deba evaluar con el sujeto los pros y contras, y llegado el caso desaconsejar determinadas actividades que puedan producir grandes riesgos para la estabilidad del sujeto.

Esto es claro en pacientes con trastornos del desarrollo intelectual que puedan presentar riesgos significativos (violación, embarazo no deseado, extorsión), sujetos con epilepsia u otros daños neurológicos, entre los que destacaría el daño cerebral adquirido en lo atinente al consumo de drogas o de alteraciones de los ritmos vigilia-sueño, o jóvenes que se mantienen en estado de abstinencia a sus drogas de abuso y reinician una rehabilitación para el disfrute de su ocio.

La confianza en el profesional, por tanto, constituye un condicionante determinante y facilitará que el niño o adolescente llegue a contar intimidades a lo mejor no participadas ni por su ámbito familiar más cercano. A este tenor, una actitud abierta ante el abordaje de las temáticas sexuales puede ser primordial para mantener fármacos que están causando una disminución de la libido, disfunción eréctil o eyaculatoria en el varón y problemas de excitación y orgásmicos en la adolescente.

En idéntica línea deben contarse los consumos tóxicos de reciente inicio, que el adolescente no compartirá si entiende que conllevará una actitud punitiva por parte del profesional. Como siempre que el sujeto lo haga participe de una revelación que podría haber callado o guardado para sí, el profesional deberá transmitir que agradece la sinceridad del paciente, sin caer en el extremo de que tal actitud receptiva pueda interpretarse como una validación del consumo.

Aunque se abordará en el capítulo destinado a aspectos psicoterapéuticos, la violación no autorizada, o al menos no anticipada al paciente, del deber de confidencialidad con el niño o adolescente con el que se ha forjado la alianza terapéutica

es uno de los factores que modifica casi siempre irreversiblemente la confianza en el profesional y que puede determinar no solo la ruptura del contrato terapéutico en curso, sino cualquier forma ulterior de aproximación.

Para algunos niños o adolescentes con formas de conducta antisocial secundarias, la interrupción del tratamiento con un profesional por decisión ajena al paciente puede ser altamente traumática, en especial en sujetos que ya presentaban antes del profesional previo problemas de vinculación significativos o experiencias de abandono precoz.

Tal conflicto se genera inexcusablemente en el paso de la atención infantil a los dispositivos de adultos, un aspecto que sigue sin tener fácil solución en nuestros sistemas de salud.

El psiquiatra de adultos puede percibir a su nuevo paciente desde una perspectiva muy distinta a la habitual del psiquiatra infantil que puede hacerle creer que lo mejor es suscitar el alta. Su descreimiento en formas de patología como el mantenimiento de trastornos infantiles en el adulto, como es el caso prototípico del TDAH, sumado al perfil conflictivo de los antecedentes que aporta el paciente, puede contribuir a que activa o pasivamente demuestre un rechazo a este paciente. Un paciente incómodo, este, que aporta en su historial disconductas, propensión a la violencia, consumo de drogas o una alta impulsividad, con baja conciencia de enfermedad y que además no oculta un probable rechazo inicial al nuevo profesional.

En concreto, para el TDAH se demuestra que el 70% de los pacientes derivados por cumplir la edad de paso a los servicios de adultos “se pierden” en los tres años siguientes. Debe destacarse que distintos estudios han corroborado que la frecuencia en la consulta es un determinante que predice la adherencia al tratamiento, y que, por tanto, cambios en la frecuencia de visita desde el profesional infantil al de adultos puede condicionar también un distanciamiento entre cita y cita.

### *10.1.3. Factores relacionados con el tratamiento*

#### *A) Simplicidad del régimen posológico*

La simplicidad del régimen posológico ha sido consistentemente asociada con mejores tasas de cumplimiento. En este sentido: una o dos tomas al día mejoran las tasas de cumplimiento en el tratamiento de diversas patologías crónicas como el TDAH, la epilepsia o la depresión mayor. En particular, la tercera toma a realizar en horario escolar constituye un factor muy influyente en la peor adherencia y genera una problemática añadida para los padres que sí querrían que el colegio colaborase en la toma de la medicación.

#### *B) Formulación galénica*

Fármacos del grupo de las benzodiazepinas, de los antiepilépticos, de los antipsicóticos atípicos y de los estimulantes se comercializan en formulaciones líquidas o suspensiones, o bien se pueden administrar espolvoreados en comida o disueltos en líquidos. Dirigida su utilización mayoritariamente a otras indicaciones distintas donde las dificultades para tragar de los posibles usuarios de la medicación eran prominentes y frecuentes (es el caso de los fármacos con aplicación en epilepsia), la existencia de una formulación que concuerde con las necesidades del niño o de la familia son también relevantes para evitar la discontinuidad.

La administración por parte de los padres de tratamientos en formulaciones líquidas posee considerables connotaciones éticas cuando se “ocultan” al paciente, y que deben tenerse en cuenta por las implicaciones legales que esto podría generar en un escenario judicial. A partir de qué edad debería contarse con el consentimiento informado y adaptado de un tratamiento farmacológico para la toma de medicación dirigida a un problema de conducta o de un trastorno antisocial, así como la forma en que debe procederse a este es un tema sujeto ampliamente controvertido.

Muy en relación con el tema que venimos introduciendo y abordaremos seguidamente, debe considerarse con especial cuidado lo que supone la administración de ciertas formas posológicas de tratamiento en relación con la experiencia subjetiva del sujeto. La “adherencia” más global y el compromiso basado en la alianza terapéutica no solo al tratamiento farmacológico sino en relación con los sistemas y profesionales de salud puede experimentar grandes daños en las situaciones de urgencia.

De esta forma, cuando la intervención de urgencias requiere medidas excepcionales como la sujeción mecánica de un niño o adolescente, así como la administración de fármacos por vía intramuscular en forma de inyectables de acción rápida o aguda, el profesional hospitalario deberá conciliar la necesidad de proteger al paciente, a los profesionales y a los otros usuarios, así como velar porque dicha experiencia no ponga en peligro el futuro de la atención.

Existe literatura significativa que establece cómo las posibilidades de seguimiento futuro y de continuidad con tratamientos en patologías que pueden conllevar importantes conductas agresivas o violentas esporádicas causantes de la visita a urgencias viene dada por el manejo de estos primeros contactos con los servicios y sus profesionales.

En ocasiones, el ingreso hospitalario tras la visita a urgencias será necesario bien para filiación diagnóstica de la discondución de riesgo para el sujeto o para terceros, o bien para contención e incluso para descanso familiar. En estas circunstancias pueden tener que repetirse medidas de restricción de movilidad o de administración de medicación intramuscular aguda (antipsicóticos o ansiolíticos mayoritariamente).

Las formulaciones intramusculares de antipsicóticos de larga duración o depot no han tenido correlato en otras áreas de la farmacopea psiquiátrica. Aunque su uso requiere, como en tantas otras ocasiones en la psicofarmacología infantil, actuar fuera de indicación y por tanto en un terreno conflictivo, es evidente que determinadas conductas violentas de gran gravedad pueden beneficiarse de la utilización de fármacos antipsicóticos.

El antipsicótico en formulación depot aporta definitivamente ventajas relativas a la confirmación de su cumplimiento adecuado. Los fármacos más recientemente comercializados pueden tener una duración de acción de hasta 4 semanas con un razonable perfil de tolerabilidad y de estabilidad de su acción farmacológica.

Sin embargo, la administración de fármacos en formulación depot por vía intramuscular también conlleva riesgos y dificultades. Estos riesgos eran más obvios con la utilización de antipsicóticos más antiguos de características muy cercanas a las de los antipsicóticos convencionales o típicos como el zuclopentixol o el decanoato de flufenazina.

Si bien todavía no conocemos el efecto a largo plazo de los nuevos antipsicóticos atípicos en formulación depot aplicados a niños o adolescentes, previsiblemente fármacos como la risperidona depot o la paliperidona de acción prolongada pueden constituir herramientas útiles en el manejo de algunas formas de conducta antisocial, agresiva o violenta, como la que tiene lugar en el sujeto con trastornos del desarrollo intelectual.

### *C) Accesibilidad al tratamiento*

Aunque tradicionalmente los sistemas públicos sanitarios de nuestro ámbito constituían una garantía de obtención de los fármacos oportunos independientemente de su precio, incluso por las personas más desfavorecidas, las medidas de reducción de gasto farmacéutico están influyendo de forma decisiva en la adherencia en patologías crónicas.

En situaciones como la que puede ejemplificar el niño o adolescente que rechaza la medicación, cuyo ámbito familiar no es capaz de determinar la necesidad del tratamiento y en el que existen habitualmente limitaciones económicas, el mantenimiento incluso de regímenes que están resultando claramente eficaces puede verse comprometido (cuanto más cuando los resultados no son tan ostensibles y se sigue pidiendo un ejercicio de paciencia y confianza en el tratamiento).

### *D) Tolerabilidad*

Como se discutirá en el próximo capítulo en más detalle, la tolerabilidad de los tratamientos empleados de forma persistente en los trastornos antisociales del niño y adolescente es un aspecto clave. Considerando la limitada eficacia que, como venimos señalando, aportan en los trastornos antisociales primarios y algunas de las formas secundarias, el tratamiento que origine un rechazo por efectos adversos es muy improbable que se mantenga el tiempo suficiente para posibilitar que otros abordajes cobren efecto.

Resulta esencial que el profesional anticipe aquellos más frecuentes al paciente y a sus familiares, pero sobre todo que la oferta de tratamiento psicofarmacológico se produzca en un momento en que el profesional considera que será aceptado sin tantas

reticencias. Esto significa que habrá familias en las que se pueda plantear casi de entrada, en la primera o segunda visitas, y otras en las que habrá que realizar una tarea psicoeducativa previa sobre la interpretación del caso y las opciones terapéuticas disponibles.

En esta línea, es relevante que la familia sea consciente de a quién puede recurrir en caso de efectos adversos y que no se encuentre ante síntomas alarmantes como una posible distonía orolingual o cervical sin saber qué hacer o a quién recurrir. La disponibilidad del profesional (telefónica o presencial de urgencias durante su turno de trabajo) será un factor clave al principio del tratamiento por tanto en comunicar una sensación de tranquilidad a los padres.

### *E) Continuidad y monitorización*

El tratamiento en los trastornos antisociales secundarios o primarios tiene como seña de identidad de su curso exitoso la larga duración. Podría decirse que este es un predictor muy significativo de buena evolución terapéutica en patologías como el TDAH, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos por consumo de sustancias o por los de la impulsividad, por no hablar de los trastornos de personalidad incipientes.

Otras veces la conducta disregulada se deberá a un proceso psicopatológico más recortado (como por ejemplo, un trastorno adaptativo con alteración mixta de la conducta). Hoy conocemos que incluso cuadros considerados “benignos” anteriormente y de resolución incluso sin tratamiento en unos meses, como la depresión mayor unipolar del adolescente, carecen de tal benignidad y auguran una tendencia muy significativa a la recurrencia y al estado sintomático en los siguientes cinco años.

Además, existen áreas que requieren especial monitorización por la trascendencia e irreversibilidad de los potenciales efectos secundarios a tratamientos psicofarmacológicos. Al mismo tiempo, pueden darse algunos efectos adversos que, sin ser graves ni irreversibles, dificultan en gran medida la continuidad del tratamiento al aparecer prematuramente con la toma de medicación, muchas veces antes de que se objetive ningún beneficio clínico o subjetivo de la misma.

Efectos adversos leves, pero muy alarmantes para los padres o inaceptables para el niño o adolescente, conducen a la interrupción no consensuada del tratamiento de no ser debidamente abordados en términos de información sobre su transitoriedad, escasa significación o favorable evolución temporal positiva.

Este es el caso de la práctica recuperación, tras el enlentecimiento del crecimiento de la talla tras 18 meses del inicio de tratamiento con estimulantes, de la evanescencia de los síntomas de irritabilidad y labilidad afectiva tras algunas semanas del uso de lisdexanfetamina o de la transitoriedad de los efectos sedantes de algunas medicaciones como los antipsicóticos tras semanas y, si es preciso, tras el reajuste de dosis o cambio en la toma horaria.

## 10.2. Cómo mejorar el proceso comunicativo con el paciente y sus padres

Extremar la cautela, por tanto, como observábamos en el diagnóstico diferencial, pero también a la hora de pautar tratamientos farmacológicos y de proporcionar un pronóstico (lo que indirectamente se puede estar haciendo de forma inadvertida con la propia prescripción) es prioritario. Debe aclararse, así mismo, cuando la indicación sea conductual que eso no significa que el niño o adolescente es ajeno a los límites familiares y sociales establecidos, así como recalcar su responsabilidad.

Esta información a los padres y cuando proceda al sujeto en tratamiento de las razones por las que se prescribe un tratamiento que incluye por ejemplo litio o antipsicóticos o estabilizadores del ánimo resulta de primer orden. El propósito es evitar que informaciones sesgadas, bien o malintencionadas a través de Internet o en su relación con otros comentadores, generen una mayor angustia y el conflicto entre seguir las indicaciones del especialista o las de esas fuentes.

No basta, por consiguiente con que se produzca en un punto temporal, por ejemplo al inicio de la prescripción. Los obstáculos a los que se enfrenta el tratamiento de los trastornos antisociales parten de la nula conciencia de problema que exhiben los sujetos implicados y se ven sujetos a fuerzas sociales impredecibles, por lo que deberá mantenerse una actitud de psicoeducación continuada.

Obviamente, convencer al niño o adolescente de la necesidad del tratamiento, así como a su familia o al profesorado, no se va a beneficiar de mantenerlos al margen de los riesgos y beneficios asociados al tratamiento. Al menos mientras los padres o profesionales puedan monitorizar y apoyar la toma de la medicación, esto asegurará una mayor consistencia en el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, ese niño se convertirá en un adulto, y el trabajo que se haya podido realizar en términos de generar una conciencia de la necesidad de tratamiento dará frutos.

Este aspecto es clave no solo para lograr una eficacia básica en patologías como el TDAH, sino para evitar los riesgos de una mala adherencia o fluctuaciones en la continuidad. Fin de semana tras fin de semana, día a día, padres u otros familiares deciden interrumpir tratamientos que, como las benzodiazepinas, los antidepresivos o los antiepilépticos pueden generar sintomatología con su retirada brusca. Estos fenómenos de retirada marcados por la agresividad, la irritabilidad o una acentuación de la inquietud puede traducirse en una impresión errónea de un empeoramiento de la patología de base, cuando en realidad son secundarios al olvido o decisión deliberada de no dar la medicación.

Aunque pueda extrañar no debe desdeñarse que a pesar de los graves problemas que sufren determinadas familias por el niño o adolescente con graves conductas antisociales muchas veces los padres o familiares más cercanos son agentes distorsionadores y boicoteadores de primer orden para lo que el tratamiento psicofarmacológico comporta.

Este boicot que se lleva a cabo de una forma abierta o encubierta puede complicar mucho el tratamiento incluso cuando el sujeto venía experimentando una mejoría y los padres deciden por su cuenta interrumpirlo o modificar la pauta de administración. Puede

entrarse en ese punto en una mentira mantenida de que el paciente recibe la medicación cuando hace tiempo que se interrumpió.

Devaluaciones soterradas en la intimidad del hogar al paciente negando la necesidad del tratamiento, al terapeuta o a ambos, o incluso francos desafíos en el cara a cara del profesional tratante constituyen acontecimientos frecuentes, mediante los que la frustración contra la propia incapacidad, la situación tensional vivida por la familia y la preexistencia de unas expectativas irreales se mezclan en un cóctel que puede ser arrojado sobre la mesa del terapeuta en forma de cuestionamiento, hostilidad y agresiones verbales o físicas.

Olvidar que los niños y adolescentes en tratamiento presentan disconductas, en buena parte por los antecedentes genéticos que portan y los traumas ambientales que han venido experimentando en sus ámbitos familiares, es un error poco permisible. De ahí que a la hora de prescribir psicofármacos del tipo del litio o de los antipsicóticos de segunda generación se deba ser muy cauto, buscar la alianza de al menos el miembro más socialmente adaptado de la pareja parental y conseguir el consentimiento informado del mismo, así como registrarlos por escrito.

Todo ello evitará que lo que en muchas ocasiones está constituyendo un tratamiento farmacológico fuera de indicación no se vuelva en contra del psiquiatra bienintencionado a través de denuncias, amenazas o simple y llanamente boicots a esta y a cualquier otra estrategia terapéutica.

En determinados contextos se deberá vigilar que un familiar adicto, psicopático o en situación de desequilibrio emocional no haga uso inadecuado de las medicaciones prescritas al niño o adolescente. De hecho, esta es una de las preocupaciones importantes en Estados Unidos en relación con madres de niños diagnosticados de TDAH y a los que se prescriben estimulantes con riesgo de abuso.

# 11

## *Tratamiento farmacológico*

El inusitado avance experimentado por la humanidad en lo referente al descubrimiento de fármacos para algunas de las enfermedades más frecuentes e invalidantes que la afligen sigue chocando en nuestro tiempo con los problemas de seguimiento de los regímenes terapéuticos de la forma recomendada. En el caso de los trastornos antisociales en niños y adolescentes, no solo nos encontramos huérfanos de fármacos curativos como los antibióticos o de medicamentos capaces de estabilizar crónicamente la función deficitaria. Además, debemos enfrentarnos a las prevenciones de la utilización de psicofármacos en niños y a los problemas de cumplimiento. Por si todo esto fuera poco, el clínico puede llegar a preguntarse cuál sería el objeto real y patológico al que acomete mediante la intervención farmacológica.

### **11.1. Antiepilépticos**

Como se refleja en el capítulo destinado al análisis de la comorbilidad de los trastornos antisociales, desde antiguo la epilepsia ha estado incorrectamente ligada a reacciones violentas e impredecibles. No casualmente, ideas morales acerca de la “etiología demoníaca” subyacente han estigmatizado al paciente epiléptico, produciendo en muchas ocasiones reacciones sociales de marginación, humillación e incluso maltrato que finalmente se convertían en “profecías autocumplidas”.

Aunque es evidente que algunas formas de epilepsia: formas focales predominantemente, pueden causar conductas descontroladas, debe recordarse que estas no se encuentran bajo el dominio del individuo. En cualquier caso, esta concurrencia generó la idea de que los fármacos antiepilépticos podían tener aplicaciones en la impulsividad, igual que las presentaban de forma clara en el trastorno bipolar.

En términos generales, los antiepilépticos presentan uno de los tres mecanismos de acción siguientes, o una combinación de los mismos. En primer lugar, pueden actuar sobre los canales iónicos de la neurona implicados en la transmisión de la señal eléctrica o pueden modificar la química sináptica, a través de sus acciones sobre la neurotransmisión glutamatérgica (disminuyéndola) o gabaérgica (potenciándola).

Los antiepilépticos no están exentos de la posibilidad de disparar conductas violentas en sujetos que pueden o no haber presentado dichos comportamientos previamente a la

utilización de fármacos concretos. Este es el caso de fármacos como zonisamida, levetiracetam o perampanel.

Otros fármacos como las benzodiacepinas, que actúan a través de su unión a la subunidad A del receptor GABA, posibilitando la apertura del canal y entrada de Cl<sup>-</sup> en la neurona, producen efectos paradójicos en algunos subgrupos de sujetos, no solo no calmando las disconductas, sino disparando algunas de mayor gravedad. Este efecto es especialmente claro en sujetos con trastornos del desarrollo intelectual y trastornos generalizados del desarrollo (autismo).

De gran relevancia también es que el psiquiatra conozca algunas peculiaridades del tratamiento con antiepilépticos en pacientes con epilepsia, ya que medicamentos que puede utilizar con fines antiimpulsivos podrían exacerbar algunas formas epilépticas y fármacos que mejorarían las crisis epilépticas es posible que dificulten las funciones cognitivas o producir francas reacciones adversas psiquiátricas.

Es bien sabido que los bloqueantes de canales de Na<sup>+</sup> como carbamazepina, oxcarbazepina, eslicarbazepina son fármacos que pueden exacerbar las epilepsias generalizadas.

Otro aspecto destacable es que los antiepilépticos presentan en su mayoría perfiles de interacción que complican el tratamiento tanto con los propios fármacos antiepilépticos como con otros medicamentos diversos, entre ellos los psicofármacos.

Al menos debe recordarse que existen dos formas de interacción hepática mediada por los FAE:

- a) Inducción enzimática: es el caso típico de carbamazepina.
- b) Inhibición enzimática: es el caso típico del ácido valproico.

### *11.1.1. Fármacos antiepilépticos a considerar en el tratamiento de la disconducta impulsiva o agresiva: evidencia científica*

En lo que concierne a la historia de los fármacos antiepilépticos, han existido tres hornadas de fármacos. Entre los antiepilépticos clásicos contamos con fármacos como fenitoína, fenobarbital, carbamazepina o valproato, que han sido los más estudiados tanto dentro de la neurología como dentro de potenciales indicaciones psiquiátricas.

#### *A) Fármacos clásicos*

De los FAE clásicos, solo carbamazepina (y su secuela farmacológica, oxcarbazepina) y valproato presentan un perfil de efectos secundarios y facilidad posológica que los convierten en medicaciones empleadas en psiquiatría de forma habitual. Uno de los campos en que se han utilizado estos dos fármacos con más consistencia es el trastorno bipolar (lo que los incluye dentro de la categoría de “estabilizadores del ánimo” para la perspectiva psiquiátrica).

Otra área en la que carbamazepina ha sido profusamente utilizado ha sido la desintoxicación alcohólica, ya que aparte de prevenir la irrupción de crisis epilépticas por privación etílica se asociaba a una menor apetencia o *craving* por el alcohol.

Cuando nos aproximamos ya a un conjunto de trastornos marcados por la impulsividad o al intento de manejar la agresión o conductas impulsivas aisladas o en el contexto de trastornos de la impulsividad, los datos científicos son más limitados.

Así, un metaanálisis del año 2010, basado en 14 estudios que incluyeron a 672 pacientes (distintas indicaciones), planteaba las siguientes conclusiones cuando se abordaba los efectos de algunos de estos FAE sobre la agresión recurrente, en términos de reducir la frecuencia o intensidad de las explosiones agresivas que se producían en distintas patologías de base.

1. No existe base suficiente procedente de los estudios revisados para establecer el valor terapéutico acerca de la utilidad de los fármacos antiepilépticos en el tratamiento de la agresividad de corte impulsivo.
2. No se pueden extraer conclusiones relevantes sobre la seguridad de su utilización en este contexto.
3. Aunque el valproato sódico demostró ser más efectivo que placebo en adultos ambulatorios con agresión impulsiva recurrente, así como en jóvenes con trastorno de conducta, no demostró eficacia en niños y adolescentes con trastorno generalizado del desarrollo.
4. Carbamazepina presentaba superioridad con respecto a placebo en la reducción de autolesiones deliberadas en mujeres con trastorno límite de personalidad, pero no se separaba de placebo en niños con trastorno de conducta.
5. Oxcarbazepina era superior a placebo en la reducción de agresión verbal y agresión contra objetos en pacientes adultos ambulatorios.

En contraposición a este escenario poco optimista sobre la utilización de FAE clásicos en la disconducta existen estudios individuales que con un intento previo de homogeneizar la muestra sí encuentran aplicabilidad de algunos de los tratamientos.

Así, retomando una disquisición ya apuntada en el capítulo de aspectos clínicos, una de las hipótesis que han generado investigación en los últimos años es la diferenciación entre dos patrones de conducta disruptiva en niños. De un lado tendríamos un patrón reactivo/afectivo/defensivo/impulsivo (RADI) y otra forma de agresión denominada Proactiva/Instrumental/Premeditada (PIP) entre adolescentes varones con trastorno de conducta (TC).

En el estudio referenciado (Padhy, R., 2011) se realizó un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo para evaluar la eficacia de valproato sódico en sujetos con trastornos de conducta con alto estrés (equivalente a la agresión tipo RADI) y bajo estrés (equivalente a la agresión tipo PIP). Tras 1 semana de lavado, todos los sujetos fueron aleatorizados a recibir hasta 1.500 mg/día o a una dosis baja de hasta 250 mg/día.

Entre sus resultados destacaba que la respuesta a valproato sódico a dosis altas era

significativamente superior en el grupo de sujetos con alto estrés (agresión tipo RADI) y que disminuía más mediante el tratamiento que con los sujetos que presentaban un trastorno de conducta con bajo estrés. En otras palabras, los trastornos de conducta con más manifestaciones violentas y graves podrían ser más susceptibles de tratamiento farmacológico con valproato sódico a dosis altas.

### *B) FAE de segunda y tercera generación*

De entre los fármacos más recientes, lamotrigina ha sido ampliamente utilizada en el trastorno bipolar, fundamentalmente en la prevención de la recaída depresiva de este trastorno, así como en la potenciación antidepressiva en diversos trastornos.

Tanto gabapentina como pregabalina, de amplia utilización en indicaciones psiquiátricas, no han contado con idéntica suerte en el tratamiento de la epilepsia. Aunque pueden ser útiles en determinadas poblaciones donde se presupone una coparticipación importante de síntomas ansiosos o insomnio en el trasfondo disconductual, no existen suficientes datos para aportarles un efecto antiimpulsivo o modulador de la agresividad.

Tiagabina cuenta con algunos datos positivos que se han explicado ligados a su regulación de la neurotransmisión gabaérgica, en forma de cortas series clínicas, pero no llegó a expandirse su uso.

Otros fármacos más recientes, modificaciones de moléculas previas como eslicarbazepina no se han estudiado de forma controlada en esta indicación, aunque la evidencia relativa a su aplicabilidad en el trastorno bipolar cuenta de al menos un ensayo clínico positivo y de otro ensayo clínico negativo.

### *11.1.2. Aspectos de interés sobre epilepsia y FAE para el tratamiento de la disconducta*

De forma análoga a la aparición de los antipsicóticos de segunda generación, el mundo de la epileptología ha vivido en los últimos treinta años la comercialización de más de veinte antiepilépticos que, si bien no mejoran en gran medida la eficacia de los clásicos fármacos anticonvulsivantes, sí se acompañan de mejores perfiles de tolerabilidad.

Vigabatrina, tiagabina, zonisamida, levetiracetam, oxcarbazepina, lacosamida, eslicarbazepina o perampanel son fármacos cuya indicación de registro fue unívocamente la epilepsia. Para la mayoría de estos fármacos en concreto, estudios pivotaes que comparaban su adición a un tratamiento establecido *versus* la adición de placebo en el otro brazo de tratamiento permitieron su comercialización para el tratamiento coadyuvante de las epilepsias focales en adultos, que son las formas más numerosas.

A lo largo de los años algunas de estas moléculas han expandido sus posibilidades de uso, habiendo demostrado su amplio espectro para el tratamiento de otras formas de epilepsia (generalizadas primarias o secundarias), así como han ganado lugar en el

tratamiento en monoterapia secuencial en un primer momento o incluso como tratamiento de inicio.

Ejemplificando este curso tenemos el levetiracetam, fármaco que ha ganado lugar además en epilepsia infantil, añadiéndose a FAE como oxcarbazepina, zonisamida o topiramato entre los tratamientos de segunda o tercera generación más habituales en niños y adolescentes. El hecho de presentar mucho menos riesgo de teratogenia que el ácido valproico lo ha convertido además en una opción segura en mujeres en edad fértil.

En conjunto por no particularizar, los antiepilépticos de segunda y tercera generación componen un repertorio de muchas moléculas con dosificaciones distintas, indicaciones diversas dentro de la epilepsia (y fuera de ella) y con perfiles farmacológicos que pueden llegar a divergir en gran medida. La epilepsia tiene un pico de incidencia en la edad infantil y sus formas se dividen en las claramente benignas y en aquellas que pueden tener muy mala evolución y asociar trastornos conductuales graves y déficit intelectuales.

Es especialmente relevante descartar que declives cognitivos o en la adquisición de capacidades instrumentales rápidas en niños pequeños en los que coincide una epilepsia y aparente sintomatología hipercinética o atencional se deban a formas graves y con tratamiento específico, como puede tratarse del síndrome de punta-onda continua durante el sueño, o a síndromes encefalopáticos diversos (entre los que destacan el síndrome de Dravet, el síndrome de Lennox-Gastaut o el síndrome de West, por citar solo algunos).

### *11.1.3. Expectativas realistas en el tratamiento con FAE en los trastornos de conducta en práctica clínica*

En la práctica psicofarmacológica, la utilización de anticonvulsivantes en los trastornos con disconductas prominentes se ha querido basar fundamentalmente en un presumido potencial antiimpulsivo que se extrajo de la utilización de las moléculas más antiguas en sujetos epilépticos o con trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar. Actuarían los fármacos antiepilépticos por tanto sobre uno de los aspectos considerados claves tanto en la definición de la psicopatía de Hare (dentro del factor II de la PCL-R) como en la definición del trastorno antisocial de personalidad, pero también muy presente en disconductas que proceden de dificultades en el control de los impulsos (ligados o no a trastornos del desarrollo intelectual).

Cuando se utilizan con fines psiquiátricos, estos medicamentos deben emplearse con cautela, con subidas lentas y monitorizando la aparición de efectos adversos y no desdeñar lo que ha sido su forma de introducción por parte de los neurólogos experimentados en epilepsia. No deberían caber, por tanto, la utilización de megadosis de entrada que pueden llegar incluso a suscitar importante toxicidad o efectos adversos muy graves (como es el caso de lamotrigina).

Grupalmente, los bloqueantes de canales de  $\text{Na}^+$  presentan algunos efectos adversos prototípicos como somnolencia, mareo (ligado a su acción en las células de Purkinje

cerebelosas) y otras acciones relativas a este órgano (ataxia, nistagmo, disartria). Además, como anticipábamos, algunos de los integrantes de este grupo presentan reacciones adversas potencialmente irreversibles o incluso letales, como la necrólisis epidérmica tóxica y otras formas de reacciones cutáneas por hipersensibilidad. Este es el caso típico de lamotrigina, que afecta más a sujetos en los que se ha producido a una titulación rápida y que se asocia a síndrome de Stevens-Johnson.

Es importante por tanto que cuando se decida tratar con un fármaco antiepiléptico por su potencial antiimpulsivo debe establecerse si se han producido reacciones cutáneas con bloqueantes de  $\text{Na}^+$  previamente, ya que este es un efecto de clase y debería evitar volver a introducir un fármaco de este grupo. Conocemos que existe un haplotipo determinado y más frecuente en los sujetos de origen oriental que contribuye a esta susceptibilidad, por lo que en el seno del origen multicultural del paciente actual debe tenerse en cuenta.

Un aspecto del mecanismo de acción común a una gran mayoría de los FAE es su actuación sobre la neurona presináptica, bien a través de actuar sobre los canales de  $\text{Na}^+$  (el mecanismo de acción más habitual), los canales de  $\text{Ca}^{2+}$  (como hacen gabapentina o pregabalina), distintos mecanismos gabaérgicos (benzodiazepinas, tiagabina y vigabatrina), la formación de la vesícula presináptica o una combinación de varios de estos y otros mecanismos (zonisamida o topiramato). Solo más recientemente, y sin demasiados datos de su aplicabilidad en psiquiatría y concretamente en los trastornos de conducta, han surgido fármacos que frenan la hiperexcitabilidad neuronal a través de mecanismos postsinápticos puros.

Este es el caso del perampanel, un antagonista no competitivo de los receptores AMPA que es resultado de abordar la hipótesis glutamatérgica y la acción postsináptica. Entraremos en más profundidad en este FAE, ya que puede aportarnos claves sobre los mecanismos etiopatogénicos neurobioquímicos de la disconducta.

A pesar de los datos tan prometedores que casi durante cuarenta años insinuaba la neurociencia preclínica (los receptores AMPA son los receptores de glutamato más abundantes en las neuronas postsinápticas y por tanto se entienden fundamentales en la producción y transmisión de la descarga eléctrica hipersincrónica de la epilepsia), diversos fármacos que pretendían modular esta forma de neurotransmisión no llegaron a pasar de los estudios en Fase II por gran toxicidad o falta de eficacia.

Aunque perampanel sí fue comercializado, uno de sus efectos adversos más frecuentes, 6 veces más común en el grupo de adolescentes que en el de adultos, es el de violencia u otras manifestaciones psiquiátricas como la irritabilidad. Junto a ello, el “triángulo negro” por el riesgo asociado de suicidio en la utilización de antiepilépticos ha conducido a que sea una opción limitada a sujetos con epilepsia que carecen de un riesgo tan alto y que no han respondido a otros fármacos más seguros y mejor tolerados. Si bien puede valorarse la posibilidad de introducir fármacos que corrijan las alteraciones conductuales secundarias al fármaco, cuando el beneficio en el manejo de la epilepsia así lo recomiende habrá de tenerse en cuenta también el escasamente idóneo perfil farmacocinético de esta molécula.

Como se señaló en el capítulo dedicado a los aspectos biopsicosociales de los trastornos antisociales, el glutamato parece ser un regulador más que relevante del control de las estructuras amigdalares y del estriado por parte de la corteza prefrontal. Además, algunas de las mutaciones identificadas en el TDAH como la que afecta al receptor de la dopamina D4 implica en último término un exceso de excitabilidad glutamatérgica que podría subyacer a la mayor prevalencia de epilepsia y de patología depresiva en esta población.

No debe descartarse que en el futuro nuevas moléculas mejor dirigidas constaten una influencia positiva a través de una modulación menos grosera de la neurotransmisión glutamatérgica en el posible manejo de la impulsividad y, por extensión histórica habitual, de los trastornos antisociales determinados por las marcas de la impulsividad y la violencia, tanto del adulto como del adolescente o niño.

Como se ha planteado en los capítulos dedicados a las hipótesis etiopatogénicas de los trastornos antisociales, nos encontramos de manera persistente con justificaciones parciales que apuntan a problemas en los filtros que permitirían el control de determinadas acciones de contenido agresivo o violento. Para revisar los vínculos entre epilepsia y conducta violenta, así como su más moderno cuestionamiento y análisis fisiopatogénico, remitimos a dichos capítulos introductorios, sin embargo, resulta esencial rescatar la idea de que una hiperexcitabilidad en determinadas regiones cerebrales (amígdala) desempeña un papel cardinal en la irrupción de la conducta violenta.

Dirigir este razonamiento a la psicopatía o a los trastornos antisociales de personalidad resultaría erróneo, no solo porque inapreciablemente nos estaríamos dejando arrastrar a la ya reiterada confusión entre violencia y dichos constructos, sino también porque la psicopatía y el trastorno antisocial de personalidad son conceptos mucho más globales que la conducta. A pesar de toda esta disonancia, la disconducta agresiva sigue siendo el objeto de tratamiento más habitual cuando se determina la utilización de un fármaco antiepiléptico en estas poblaciones.

En otras palabras, ningún fármaco antiepiléptico actuará significativamente sobre el núcleo de frialdad e insensibilidad por los sentimientos ajenos característico de la psicopatía, ni es probable que modifique un patrón persistente de infracción de la normativa social y de los derechos ajenos, como es probable que tampoco lo haga en el niño o adolescente en términos de la infracción de normas.

Las posibilidades de su utilización en estas otras situaciones podrán perseguir abordar comorbilidades o en trastornos considerados como de la impulsividad donde sí esté más claramente indicada su uso. Si se decide su utilización en el niño o adolescente con el perfil de insensibilidad y dureza afectiva típico del psicópata, se debe estar razonablemente cierto en que esta medida farmacológica puede contribuir al trabajo terapéutico, psicosocial, de otros síntomas asociados o de otros órdenes bien definidos, y que deben establecerse como los verdaderos tratamientos de base.

A modo de ejemplo, un adolescente con un núcleo psicopático, cuya impulsividad puede estar disparando conductas violentas en ámbito educativo que periclitán un buen rendimiento en términos de aprendizaje y de calificaciones, puede beneficiarse de dosis

bajas de antiepilépticos, que sin alterar su funcionamiento cognitivo eviten una ruptura disciplinaria con un posible futuro en el sistema académico o universitario.

Ello no debe hacer olvidar que las características nucleares de su afrontamiento de la relación con el otro no se verán influidas de forma prosocial solo por ello y habrá que añadir una intervención no farmacológica a través del trabajo individual en herramientas para el manejo de la ira o la agresividad, una mejoría en sus habilidades sociales o el trabajo familiar concurrente para mejorar las pautas de comportamiento establecidas.

En contraposición, ante una situación de castigo inminente por una conducta inadecuada, única forma de castigo con cierta influencia sobre la conducta (es decir, el aplicado de forma inmediata o cuasi inmediata), debería postponerse la intervención psiquiátrica. Ello es debido a que un posible “tratamiento psicológico o psiquiátrico” sustitutivo del castigo puede servir como una forma de cronificar las conductas disruptivas, haciendo que el niño o adolescente comience a utilizar “su enfermedad” con resultados aún más deletéreos y una herramienta más en su capacidad de manipular.

## **11.2. Antipsicóticos**

La utilización de antipsicóticos en niños y adolescentes ha experimentado en los últimos veinte años un crecimiento que distintos artículos de investigación han analizado y revisado. Este hecho está claramente asociado a la aparición de la clozapina y de la risperidona como revitalización de aquel primer fármaco antipsicótico de segunda generación (ASG) con un perfil de tolerabilidad a corto y largo plazo mejor que el de los antipsicóticos clásicos.

Previamente a la introducción de los ASG, algunas hipótesis receptoriales apuntaban a la posibilidad de que fármacos antipsicóticos clásicos que actuasen sobre subtipos concretos de receptores de la dopamina de forma abiertamente antagonista podían tener una aplicación en sujetos que presentaban conductas violentas, incluso no ligadas a cuadros psicóticos.

En particular, si se consideraba que el antagonismo de los receptores dopaminérgicos D2 era la marca “antipsicótica” de un neuroléptico, existen distintos artículos que destacan el bloqueo de los receptores D1 como una posible diana terapéutica en el tratamiento psicofarmacológico de la violencia.

Desde su introducción, la clozapina se asoció en distintos artículos a la percepción sobre su utilidad en el tratamiento de sujetos con violencia de corte impulsivo. Complicada su prescripción en ámbitos ambulatorios por la aparición de casos de leucopenia grave que condicionaban la realización continuada de análisis de sangre, la mayoría de los estudios no controlados se realizaron en sujetos institucionalizados y entró en casi varios decenios de escaso uso, tanto en su indicación principal (esquizofrenia refractaria) como en otras indicaciones.

Actualmente, la indicación de clozapina requiere monitorizar los niveles de leucocitos y neutrófilos durante las 18 semanas iniciales y de forma mensual posteriormente.

La clozapina generó la noción de antipsicótico atípico, esto es, fármacos que a diferencia de los neurolépticos clásicos no producirían niveles significativos de síntomas extrapiramidales ni alteraciones de la prolactina al no ser su perfil de acción eminentemente dopaminérgico. En esta línea se conceptualizaron y salieron al mercado exitosos fármacos como la risperidona primero, y luego olanzapina, quetiapina o aripiprazol, solo por mencionar algunos de los más empleados.

De forma paulatina, el tratamiento con antipsicóticos empezó a calar en diversos ámbitos forenses, psiquiátricos y comunitarios ante los niños y adolescentes que presentaban conductas disruptivas de gran intensidad, en parte favorecido por la licencia de uso de risperidona en el autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo.

Además, este hecho se vio favorecido por una serie de medidas, dirigidas a favorecer la investigación en grupos poblaciones infantiles y adolescentes para las compañías farmacéuticas (extensión de patente, por ejemplo).

### *11.2.1. Antipsicóticos de segunda generación (ASG)*

La mayor tolerabilidad a corto plazo de los ASG, su presumible facilidad de uso sin necesidad de monitorización frecuente y aspectos de orden cultural popularizaron la introducción de este subtipo de fármacos antipsicóticos en los niños y los adolescentes, inicialmente en poblaciones con retraso mental y autismo. Posteriormente, las alteraciones conductuales se convirtieron en indicación no reconocida de uso y en ocasiones de abuso en estas poblaciones y en otras, que carecían de antecedentes de trastorno de desarrollo intelectual o trastornos generalizados del desarrollo.

Algunos autores han abordado diversas formas de revisión bibliográfica, entre la que destaca la realizada por el grupo de Calgary (Pringsheim, 2012). En ella se revisaba la evidencia subyacente al incremento de uso de los SGA en jóvenes, fundamentalmente en relación con su eficacia en los trastornos de conducta disruptiva. De los ocho ensayos clínicos detectados y seleccionados en la revisión, cinco evaluaban risperidona en sujetos con CI limítrofes por debajo de la normalidad, uno se centraba en sujetos con trastorno de conducta y TDAH y otro más evaluaba quetiapina en adolescentes con trastorno de conducta.

Cuatro estudios demostraron la eficacia de risperidona a dosis bajas en sujetos con CI por debajo de la normalidad, sin que se encontrasen datos favorables para ninguna otra molécula, ni siquiera para risperidona cuando el bajo CI no formaba parte del cuadro.

Son diversos los estudios de menor calidad y rigor que han empleado una metodología de serie de casos para analizar la aplicación de olanzapina, quetiapina, aripiprazol, en casos concordantes con alteraciones conductuales de corte antisocial, en sujetos con o sin trastorno del desarrollo intelectual.

De forma resumida, los hallazgos parecen tener un carácter inespecífico cuando se utilizan fuera de las indicaciones propias de estos fármacos ya establecidas, a saber, el

trastorno bipolar en fase maníaca o la esquizofrenia en niños y adolescentes.

Algunas utilidades de los fármacos antipsicóticos de segunda generación se extraen no de su perfil terapéutico primario, sino de los efectos secundarios que asocian y que pueden ser de utilidad en determinados contextos clínicos.

El insomnio prominente puede mejorarse mediante los fármacos con mecanismos de acción antihistaminérgicos (clozapina, olanzapina, quetiapina). En general, estos tres antipsicóticos presentan un perfil de aumento del apetito y ganancia ponderal que sigue también ese orden. Debe vigilarse en niños y adolescentes en los que se prevea su utilización a largo plazo las alteraciones del metabolismo de la glucosa (diabetes mellitus de tipo 2), en especial en sujetos que ya tengan otros factores de riesgo como obesidad o condiciones genéticas que producen este fenotipo favorecedor de la diabetes o incluso se asocian a síndromes autoinmunes (con mayor asociación de la diabetes mellitus de tipo 1).

Frente al grupo citado, en los últimos años se ha utilizado ampliamente en niños aripiprazol en dosis entre 5 y 30 mg/día. Aunque es un fármaco más neutro desde la perspectiva metabólica, puede originar intensa acatisia, especialmente en sujetos no esquizofrénicos. Además existe una relación errática y no claramente lineal entre la dosis y los efectos observados, por lo que puede resultar difícil comprender sus efectos en sujetos con limitaciones del lenguaje y conductas agresivas o violentas, puesto que una acentuación de la disconducia en realidad puede obedecer a un aumento de dosis que ha generado mayor inquietud psicomotriz, por ejemplo.

En términos generales, las dosis de risperidona variarán mucho en virtud de la sensibilidad del sujeto al desarrollo de síntomas extrapiramidales, lo que suele ser el factor que más compromete la continuidad de este tratamiento. Rangos de dosis entre 1 y 9 mg/día acogerían a la mayor parte de sujetos en nuestra experiencia, si bien en casos concretos con alta explosividad puede ser necesario trabajar con dosis superiores.

El varón mayor o adolescente, involucrado ya en conductas sexuales de autoexploración o con otras personas, puede experimentar con altas dosis de risperidona o fármacos clásicos como el haloperidol (prominentemente antidopaminérgicos) una disminución de libido y más raramente dificultades para la erección y eyaculación. Este puede ser tanto un efecto secundario buscado en el tratamiento de algunos sujetos con conductas sexuales irrefrenables y de acoso, hostigamiento o violencia hacia otros. También en el niño o adolescente con intentos ineficaces de masturbación que producen traumatismos o excoriaciones genitales puede resultar una medida a explorar.

Tanto en varones como mujeres, los fármacos altamente antidopaminérgicos como los mencionados (haloperidol, risperidona) y otros más novedosos como amisulpride (modificación estructural de tiapride) pueden generar incrementos en los niveles de prolactina, por lo que es recomendable estar pendientes de modificaciones en la menstruación en la mujer y en la posible aparición de excreción de leche por el pezón tanto en varones como en mujeres. Este hecho es especialmente relevante cuando familias de escaso nivel cultural pueden malinterpretar algunos de estos signos como datos de un embarazo.

En este punto, vuelve a resultar esencial que el tratamiento farmacológico, muchas veces condicionado por la urgencia de intervenir sobre un sistema académico o familiar tensionado e incluso en situación de alto riesgo de comprometerse por las alteraciones conductuales no vaya en contra de un correcto diagnóstico psiquiátrico o de otros aspectos psicológicos del niño y adolescente, incluso que pueda amputar una función que de hecho es adaptativa y madurativamente apropiada.

El diagnóstico incorrecto de “psicopatía infantil” a un niño o adolescente con debut de un trastorno bipolar tiene unas implicaciones terapéuticas, pronósticas y de estigmatización de marcada gravedad. Dado que puede observarse una respuesta favorable a dominios del trastorno bipolar mediante la utilización de antipsicóticos de segunda generación, la actitud farmacológica aislada puede privar de una información esencial para el correcto encauzamiento de la situación biopsicosocial del joven.

La confusión inversa es también peligrosa, no solo por la posible exposición a fármacos con potenciales efectos adversos y toxicidades a sujetos que no se beneficiarán de ellos, sino por la posibilidad de hiperpatologizar y en consecuencia dar un mensaje al sujeto con núcleo psicopático de que está eximido de las obligaciones sociales por “una enfermedad psiquiátrica” que se le está tratando y lo exculpa de su responsabilidad.

### **11.3. Litio**

El litio constituye uno de los tratamientos más relevantes en la historia de la farmacopea psiquiátrica, por no decir que se encuentra entre los más significativos de la historia de la medicina.

Si bien su indicación principal es la fase maníaca (de elevación del humor) del trastorno bipolar, se utiliza en otras indicaciones afectivas como la depresión bipolar y la depresión unipolar resistente. En estas indicaciones, dado el carácter de este ion para resultar tóxico en niveles excesivos, se opta por obtener niveles plasmáticos algo inferiores a los que se deben alcanzar en el tratamiento de la manía.

Basándose en algunos estudios abiertos en el tratamiento de la agresividad de poblaciones especialmente complicadas de manejo, como los sujetos con conductas antisociales graves o los sujetos agresivos con trastornos del desarrollo intelectual, el litio cumple un lugar en el algoritmo psicofarmacológico de la disconducia.

Debe mantenerse en mente que la indicación de litio debe precederse de tres pruebas complementarias básicas aparte del obligado test de embarazo en mujeres:

1. Electrocardiograma (EKG): produce alteraciones típicas no sugestivas de toxicidad, como cambios benignos y reversibles en la onda T, pero en sobredosis puede producir bloqueos nodales, a veces asociados a síncope.
2. Hormonas tiroideas: el tratamiento con litio puede producir hipotiroidismo ya subclínico o clínico. Especialmente deberá extremarse la cautela en sujetos que reciban otros fármacos con esta tendencia, como por ejemplo

carbamazepina. En sí mismo no debe ser criterio de retirada si el beneficio supera al riesgo de tener que introducir hormona tiroidea, o bien si el hipotiroidismo es subclínico y solo se detecta como un incremento en los niveles de TSH sin repercusión somática o cognitiva relevante.

3. Determinación de función renal: el efecto nefrotóxico del litio, aunque controvertido, debe vigilarse, con evaluación regular de los niveles de creatinina. El litio compite en su excreción con otros medicamentos (especialmente relevante por su alta frecuencia de uso son los antiinflamatorios no esteroideos), por lo que en sujetos tratados con litio debe preferenciarse la selección de paracetamol como tratamiento analgésico o antifebril, ya que los AINEs pueden aumentar los niveles de litio hasta el rango tóxico.

De entre el resto de posibles efectos adversos, es necesario considerar las reacciones cutáneas de corte acnéico, psoriasiforme o rash, que como otros estabilizadores del ánimo pertenecientes al grupo de antiepilépticos pueden aparecer sobre todo al inicio del tratamiento.

Las dosis de litio en general útiles se encuentran en el rango de 400 mg/día a 1.200 mg/día. En niños con trastornos generalizados del desarrollo y retraso mental debe estar por debajo de la utilizada en el adulto no anciano y puede ser suficiente con dosis de entre 400-800 mg para lograr niveles en torno a 0,5.

Es imprescindible realizar una monitorización estrecha de los niveles de litio. La recomendación establecida es extraer niveles semanalmente durante las primeras semanas de tratamiento y de forma mensual posteriormente como mínimo, aunque el juicio clínico debe regir dichas determinaciones en virtud de la respuesta clínica terapéutica que se observa y la aparición de efectos adversos.

Entre los signos de toxicidad iniciales debe considerarse la aparición de náuseas y vómitos, temblor intenso, disartria (lenguaje mal articulado y difícil de entender) y ataxia, que evoluciona a fasciculaciones y mioclonías (contracciones musculares involuntarias rápidas que afectan a grandes o a pequeños grupos de músculos), de forma secuencial o paralela puede aparecer alteración del nivel de conciencia con confusión o *delirium* inicial que si no se trata con la rápida eliminación de litio del torrente sanguíneo en los casos graves (diálisis) y del tubo digestivo (lavado gástrico) puede evolucionar al coma y a la muerte.

Por todo lo mencionado, no resulta sencillo pautar litio en sujetos psicopáticos o con conductas antisociales, disruptivas o violentas prominentes en el contexto de desarrollos antisociales incipientes que vivan en la comunidad. En régimen cerrado de cumplimiento de medidas judiciales puede ser más factible si la administración y custodia de la medicación para los niños o adolescentes se realiza por profesionales entrenados y existen servicios médicos en el propio centro.

En sujetos con trastornos del desarrollo intelectual puede ser una opción más válida para el niño o adolescente institucionalizado que para quien habita con los padres en la

comunidad. Sin embargo, si la intensidad de las agresiones o disconductas es significativa y los padres tienen un buen nivel cognitivo y son colaboradores con el tratamiento, puede ser una opción a valorar.

El litio presenta un perfil de interacciones también a tener en cuenta, y en especial se debe ser cauteloso con otros fármacos potencialmente utilizados en politerapia psicofarmacológica para el abordaje de graves disconductas. En concreto se han hallado efectos de potenciación recíproca con haloperidol, y la asociación con clozapina debe ser también especialmente vigilada. La asociación de litio con ácido valproico ha sido ampliamente utilizada en el adulto sin altos riesgos, pero puede intensificar la ganancia ponderal.

Dado que por su efecto renal produce una poliuria llamativa, debe extremarse la precaución en niños con retraso mental que no accedan por sí mismos a la ingesta de agua, o ante casos en que la diarrea que también puede producir y otras formas de pérdidas de electrolitos generen una deshidratación, ya que ambas situaciones modificarán los niveles disminuyéndolos (en caso de poliuria y polidipsia compensatoria) o aumentándolos (en caso de diarrea y deshidratación).

## **11.4. Estimulantes**

Los fármacos incluidos bajo este nombre genérico agrupan básicamente dos tipos de moléculas cuya única utilidad reconocida en ficha técnica es el tratamiento del TDAH.

Estos fármacos se han utilizado además en la potenciación antidepressiva y también fuera de ficha técnica y forma controvertida en el manejo de la obesidad. En el momento actual, la aprobación de un representante del segundo grupo (lisdexanfetamina) para formas de trastorno de conducta alimentaria como el trastorno por atracones está en curso en Estados Unidos.

### *11.4.1. Metilfenidato*

Se trata del fármaco más utilizado en nuestro ámbito para el tratamiento farmacológico del TDAH (aproximadamente el 70% de niños y adolescentes con este trastorno reciben una de las distintas formulaciones disponibles).

Básicamente, las formulaciones galénicas de que disponemos en España incluyen los siguientes tipos de metilfenidato:

- a) Liberación inmediata: su acción se restringe a unas 4-6 horas, por lo que es necesario aplicar entre 2 y 3 veces al día para mantener los niveles atencionales hasta la tarde-noche. La tercera dosis puede generar problemas significativos de insomnio, por lo que no debe darse mucho más allá de las 15:00 horas.

- b) Liberación prolongada (30:70) o (50:50). Se trata de una mezcla de metilfenidatos de liberación inmediata y prolongada en esas proporciones entre paréntesis. Constituyen formulaciones de acción intermedia que llegan a ser útiles durante unas 8 o 9 horas, aportando además un pico en la primera parte de la mañana, cuando se presupone que el niño tiene más carga lectiva.
- c) Liberación OROS: mediante un sistema de liberación osmótica se genera una liberación más paulatina y con escasas fluctuaciones a lo largo de sus 12 horas de efecto. Evita así algunos de los problemas ligados a los valles y picos de la formulación inmediata, si bien su efectividad en la mañana puede verse disminuida con respecto a la que el niño que ha recibido formulación inmediata puede estar acostumbrado.

Las dosis de metilfenidato son muy variables dependiendo de si el TDAH es comórbido con trastornos del desarrollo intelectual, por ejemplo, si bien se estima que debería centrarse en torno a 1 mg/kg de peso, con un máximo de 2 mg/kg de peso.

#### 11.4.2. Anfetaminas

Si bien desde antiguo se conocía que las anfetaminas constituían el tratamiento más eficaz del TDAH, la comercialización de lisdexanfetamina ha significado una conjunción de aprovechamiento del pasado con un avance tecnológico del futuro y aporta una eficacia comparativa prácticamente desconocida en el mundo de la farmacopea psiquiátrica.

Con un tamaño del efecto de 1,2 (medida de la diferencia entre la intervención farmacológica con LDX y placebo), nos encontramos ante una formulación en que la adición de un aminoácido de lisina a la dextroanfetamina limita y ralentiza la llegada del componente anfetamínico al cerebro.

De ello se sigue que el sujeto no experimenta la sensación de “*high*” o “subidón” asociada al metilfenidato y por tanto se considera que es menos susceptible de producir fenómenos adictivos.

En términos generales, el mal uso de anfetaminas en nuestro ámbito es mucho más limitado que en Estados Unidos. No obstante, otro factor favorable de la formulación referida es la imposibilidad de manipulación para su administración por otra vía distinta a la oral.

Esto se ha explicado porque hasta el momento se cree que la lisina solo puede ser hidrolizada de la LDX mediante la actuación del hematíe; sin esa disociación el fármaco es incapaz de atravesar la barrera hematoencefálica.

La dosificación con el único preparado disponible actualmente implica un inicio con 30 mg/día, independientemente del peso del niño o adolescente. Se puede ajustar la dosis a 50 mg/día o un máximo de 70 mg/día en virtud de la respuesta clínica.

Su indicación contempla los niños mayores de 6 años, tras consideración por parte

de un profesional cualificado de que no se ha producido el efecto terapéutico deseado con metilfenidato. Además puede mantenerse el tratamiento en la edad adulta, siempre y cuando el diagnóstico e inicio de tratamiento se haya realizado antes de los 18 años.

En términos globales, se establece que un 35% de los adolescentes con TDAH mantendrán el diagnóstico en la edad adulta.

Determinadas poblaciones específicas como los sujetos con trastornos generalizados del desarrollo o retraso mental presentan menores tasas de respuesta y con cierta mayor frecuencia efectos adversos asociados al uso de estimulantes, lo que hace que se deba valorar la relación beneficio-riesgo de una forma más profunda que en el niño sin estos condicionantes, en el que lo esperable es que haya una buena tolerabilidad con una eficacia cercana al 70% de los casos.

En particular debe evaluarse la aparición de tics motores a los que estos sujetos suelen ser más susceptibles como grupo. Aunque la influencia sobre el crecimiento y el apetito ha recibido atención desde antiguo, se estima que la pérdida de estatura final ligada al tratamiento con estimulantes está en el promedio de 1 cm. De cualquier forma es buena práctica tener un control ponderal y de estatura en los sujetos a los que se prescribe.

Del mismo modo, se ha desestimado el riesgo cardiaco que se atribuía más tradicionalmente al grupo de los estimulantes. Salvo la existencia de antecedentes de muerte súbita en la familia de origen cardiológico u otras cardiopatías, que si bien no deberían ser contraindicación absoluta sí nos han de llevar a un control especializado más estrecho por parte del cardiólogo, pocos fármacos pueden considerarse en la psicofarmacopea como más seguros y conocidos que los estimulantes.

El tratamiento del TDAH ha demostrado disminuir el riesgo de conductas adictivas en el adolescente, si bien en la edad adulta este efecto positivo se convierte en neutro. En cualquier caso, es preciso reseñar que obviar el diagnóstico y tratamiento en un niño puede involucrarle en los primeros consumos tóxicos que no solo complicarán su patrón adictivo en la edad adulta sino que generarán problemas psicosociales globales, con más actos de carácter antisocial, más conductas disruptivas y más posibilidades de que se sume un diagnóstico de trastorno de conducta.

Actualmente se considera que el niño con diagnóstico de epilepsia y EEG limpio es tributario de ser tratado por el TDAH con fármacos estimulantes (la experiencia es más amplia con metilfenidato) o con moléculas como atomoxetina. En casos de epilepsia activa y grave debe esperarse a controlar esta patología antes de plantearse el tratamiento de un TDAH comórbido.

*Cuadro 11.1. Comparativa de atributos esenciales estimulantes y no estimulantes en el tratamiento del TDAH*

<i>ATOMOXETINA</i>	<i>METILFENIDATO</i> (compendio a partir de diversas formulaciones)	<i>LDX</i>
Inicio de acción lento y eficacia gradual (esperar hasta 12 semanas para evaluar ineficacia).	Inicio rápido de acción: menos de 1 semana.	Inicio rápido de acción: menos de 1 semana.
Buena tolerabilidad global. Efectos adversos más frecuentes: cefaleas, gastrointestinales, insomnio.	Buena tolerabilidad global. Efectos adversos más frecuentes: gastrointestinales, insomnio, cefalea.	Buena tolerabilidad global: irritabilidad inicial transitoria, mismos efectos que metilfenidato.
Dosis máxima 100 mg/día.	Dosis máxima 100 mg/día.	Dosis máxima 70 mg/día.
Se puede tomar con comida que además mejora su tolerabilidad.	La formulación OROS debe tomarse en forma de cápsula entera; formulaciones de acción intermedia se puede abrir cápsula y espolvorear el contenido.	Se puede extraer el contenido de la cápsula y administrar en agua si problemas para tragar.
Tamaño de efecto promedio: 0,8.	Tamaño de efecto promedio 1,0.	Tamaño de efecto promedio: 1,2.

Como se ha venido preconizando en este libro, la conducta antisocial arranca muchas veces de déficits o peculiaridades biológicas que se van enroscando en torno al funcionamiento personal, académico o social del sujeto y conduciendo al progresivo ahogamiento de estas parcelas o dominios, aislando al individuo o sometiéndole a la única posibilidad de arraigo en grupos de sujetos disociales.

Resulta ingenuo plantearse mejorar el arraigo prosocial cuando padres, profesores o compañeros de clase y colegio ven al niño como deficitario o defectuoso. A veces ese niño o adolescente considerado “vago”, “torpe”, “retrasado” o “conflictivo” puede beneficiarse del tratamiento farmacológico para mejorar su atención. Como consecuencia mejorará su rendimiento académico, evitándose así la estigmatización y el mensaje destructivo hacia una identidad plena de autoestima.

En definitiva, debe prestarse especial atención al niño que “se esfuerza” pero tiene fallos académicos de corte disatencional o en el que la tendencia a interrumpir, introducirse en conversaciones ajenas o a molestar no es expresión de su carácter problemático, sino de un déficit de neurotransmisión cerebral que en los últimos veinte años se ha conseguido conocer en marcada medida.

## 11.5. Atomoxetina

Entre los fármacos indicados en el tratamiento del TDAH, la atomoxetina ha entrado en el algoritmo diagnóstico como alternativa al metilfenidato, si bien sus datos de eficacia en los estudios controlados es inferior a esta otra molécula y aún más claramente cuando se la compara con derivados anfetamínicos.

Su acción no estimulante es una ventaja en caso de riesgos adictivos (que sí comporta el metilfenidato) o cuando existen tics u otros inconvenientes significativos para el uso de estimulantes. El efecto terapéutico tarda más en producirse y por tanto se deben esperar hasta 12 semanas con dosis suficientes, que como regla mnemotécnica aproximada requiere empezar con la mitad de dosis por kg que con metilfenidato (0,5 mg/kg/día) para alcanzar alrededor de 1 mg/kg/día, que suele ser una dosis eficaz en un amplio número de pacientes; como en el caso de metilfenidato, el límite superior está algo por debajo de los 2 mg/kg/día (1,8 en concreto).

A diferencia de los estimulantes (cuadro 1.1), aunque atomoxetina se suele utilizar en una dosis matutina o dos dosis repartidas en mañana y noche, también se puede emplear en toma nocturna cuando el niño o adolescente refiera somnolencia diurna, si bien habrá que tener en cuenta que su eficacia para el manejo de la inatención e hiperactividad diurna disminuirá.

Puede constituir una herramienta en los niños con TDAH y un trasfondo ansioso significativo que puedan subyacer al trastorno de conducta identificado, y tiene escasas posibilidades de abuso, no presentando efectos adversos graves en caso de polimedicación, genopatías complejas o patología física concurrente.

## 11.6. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)

Uno de los aspectos más controvertidos y que han venido enfrentando a la comunidad científica ha sido el posible aumento de riesgo de ideación suicida en adolescentes y niños afectos de depresión y tratados con ISRS.

Después de que en 2004 la FDA generase una alarma mediática intensa, que afectó también a Europa y que se refería a un presunto mayor riesgo de suicidio en niños y adolescentes tratados con ISRS, diversos metanálisis han cuestionado las preocupantes cifras iniciales.

Entre los ISRS, fluoxetina y escitalopram son los que en Estados Unidos aceptan en sus fichas técnicas la indicación pediátrica y en la adolescencia, si bien sertralina y citalopram pueden utilizarse con similar prudencia y efectividad.

Los ISRS han demostrado ser más eficaces en los trastornos de ansiedad que en el TOC y en el TOC más que en los trastornos depresivos. Si bien presentan mayores NNT que en adultos, los datos actuales no sostienen que sean fármacos ineficaces en los trastornos depresivos del menor. Antes bien, el descenso en la utilización de ISRS en población pediátrica en países como Holanda se ha acompañado de un aumento de los

suicidios consumados en este y otros países con estadísticas fiables.

En resumen, la utilización de ISRS no debe escapar de la buena práctica clínica. Recomendar que ante su utilización el clínico extreme la vigilancia durante las primeras semanas de tratamiento, cuando existían intensas ideas de suicidio previas o ante un gesto autolesivo, no deja de ser un apostillado que debiera ser superfluo en una práctica clínica responsable.

Es importante recordar que el número de pacientes necesario a tratar (NNT) para lograr una recuperación depresiva en población infantil o adolescente es más alto que en el adulto (20 frente a 6). Comprender las razones biológicas detrás de esta divergencia podría ayudarnos a identificar qué aspectos genéticos, madurativos o de otra índole determinan que en algunos sujetos y estudios los ISRS parecen asociarse a una mejoría impulsiva y en otros los resultados son neutros o incluso detrimentales.

Este es el caso paradigmático de la influencia de estos fármacos con perfil antidepressivo, ansiolítico y antiobsesivo a dosis altas sobre el tratamiento del alcoholismo. Así, existe actualmente la convicción de que sertralina, fluvoxamina y citalopram (junto con su esteroisómero selectivo escitalopram) pueden resultar de ayuda en sujetos con dependencia alcohólica y trastorno depresivo en curso, si bien no reducirían ni el consumo de riesgo ni las determinaciones de *craving* en aquellos individuos no deprimidos.

Una respuesta habitualmente más consistente a los ISRS se observa en los trastornos de conducta alimentaria con predominio de la ingesta excesiva, como la bulimia y el trastorno por atracón, que pueden acompañar al trastorno límite del adolescente. En este terreno es especialmente importante que el diagnóstico se haya basado en una profunda evaluación psicopatológica. No pocas veces puede existir un error diagnóstico e introducir un fármaco como los ISRS en el tratamiento de un trastorno bipolar de inicio precoz que se ha interpretado incorrectamente como un trastorno límite.

Si bien no existe un consenso sobre la capacidad de los ISRS para generar un viraje maniaco, las recomendaciones actuales, basadas en la pobre respuesta a estos fármacos en la depresión bipolar y a las posibilidades de su influencia en contribuir a un peor curso de la patología deben hacer que el clínico extreme la cautela cuando se plantea introducirlos en la adolescencia, un momento de la vida en que se manifiestan por primera vez tanto el 20-30% de los casos de trastornos bipolares como un porcentaje igualmente significativo de formas unipolares de depresión mayor.

En este sentido, los antecedentes familiares de trastorno bipolar, la intensa sintomatología melancólica y que tarda en responder al tratamiento farmacológico, las ideas o intentos de suicidio, así como una respuesta de especial irritabilidad mantenida a pesar de la titulación lenta del ISRS son criterios que deben hacer reevaluar la posibilidad de que el cuadro se trate de una depresión bipolar y no unipolar.

## 11.7. Benzodiacepinas

Estos fármacos tienen un lugar mucho más limitado en la farmacopea del niño y adolescente que en el adulto por razones diversas.

En primer lugar, el alto grado de metabolización hepática del niño sano puede hacer necesarios continuos aumentos de dosis para conseguir un efecto farmacológico.

Por otro lado, se cree que en relación con los fenómenos de maduración y reequilibrio excitación-inhibición que experimenta el cerebro infantil a lo largo de casi los primeros veinte años de vida, las benzodiazepinas pueden producir efectos paradójicos, con una intensificación de la irritación y la agresividad en niños y adolescentes (aún más significativa y común en quienes presentan un trastorno del desarrollo intelectual y autismo).

En el caso particular del niño con conductas antisociales y un núcleo psicopático en formación son medicamentos en gran medida sujetos a riesgo de abuso, dependencia y mercado negro, tanto más cuanto menor sea su vida media y mayor su potencia (atributos que suelen asociarse de forma inversa).

La alta comorbilidad con el consumo problemático de alcohol o la utilización de otras drogas sedantes o estimulantes, puede ir generando distintas complicaciones, como la tolerancia cruzada entre alcohol y benzodiazepinas o la politoxicomanía.

En resumen, fármacos como el alprazolam, flunitrazepam o lorazepam se prestan a distintas complicaciones de índole psiquiátrico, social y físicas, sin que además aporten una eficacia ni siquiera sintomática significativa en áreas de la conducta como la impulsividad o la agresividad (y cuentan con el riesgo de exacerbarla).

Por tanto, ante el niño con disconductas donde se sospeche un trasfondo ansioso prominente será preferible optar por otros fármacos con potencial ansiolítico como la trazodona, algunos antiepilépticos como gabapentina o pregabalina o incluso los ISRS más propicios (citalopram, por ejemplo) tras una adecuada evaluación.

## **11.8. Tres opciones coadyuvantes actuales y una futura**

### *11.8.1. Antiandrógenos*

Las inyecciones de fármacos antiandrógenos como acetato de ciproterona cobraron un lugar en el manejo de alteraciones conductuales sobre todo en el terreno carcelario, entre varones que cumplían penas por violaciones, en lo que se ha dado en llamar “castración química” y posteriormente se extendió para el tratamiento de violadores y agresores contra la libertad sexual que aceptaban esta medida terapéutica.

En adolescentes con trastornos del desarrollo intelectual puede ser una medida a reservar dentro del algoritmo terapéutico para situaciones en las que exista una agresividad contra otros significativa, partiendo de la idea de que ignoramos cuál es el efecto de estos tratamientos hormonales sobre sujetos que están todavía en fase de maduración sexual y endocrinológica.

Entre los efectos secundarios deberemos estar pendientes de la adquisición de caracteres sexuales masculinos secundarios y la ausencia de feminización en el varón, así como la disminución de la potencia e impulso sexual cuando este no sea el objetivo perseguido y el paciente mantenga una vida sexual activa.

### 11.8.2. *Beta-bloqueantes*

El uso de propranolol ha recibido atención en el tratamiento coadyuvante de las alteraciones agresivas y violentas en sujetos tanto institucionalizados por trastornos del desarrollo intelectual marcados y dificultades de manejo en sus domicilios, como en población carcelaria adulta.

Uno de los aspectos farmacológicos que hacen de esta opción una herramienta a valorar es el hecho de que no atraviesen la barrera hematoencefálica, consiguiendo una regulación periférica del funcionamiento monoaminérgico.

Característicamente utilizados en el control y tratamiento de la hipertensión arterial y otras patologías cardíacas, los beta-bloqueantes pueden ralentizar la frecuencia cardíaca y disminuir la tensión arterial, por lo que a la hora de decidir su introducción se debe vigilar ambas constantes vitales y ajustar la dosis de forma lenta, ya que el objetivo de dosis para los trastornos de conducta empieza a partir de la dosis de 120 mg/día.

Debe además considerarse la habitual presencia de fármacos anticolinérgicos en el paciente, ya que esto potenciará el efecto hipotensor que sufra el individuo.

Los beta-bloqueantes están contraindicados en sujetos asmáticos, ya que producen broncoconstricción y pueden empeorar el patrón obstructivo de esta y otras enfermedades ligadas a hiperreactividad o estrechamiento de las vías respiratorias.

### 11.8.3. *Naltrexona*

Se trata de un antagonista opioide que se ha utilizado en dosis de entre 50 y 150 mg/día para el manejo de la autoagresividad y de la violencia, predominantemente en sujetos con trastornos generalizados del desarrollo o en formas de retraso mental profundo.

Así mismo, ha sido consistentemente asociado a mejoras en el tratamiento global del alcoholismo, más claramente cuando se añade a otras intervenciones psicosociales bien establecidas. En esta línea durante buena parte de sus primeros años en comercialización se apeló a un cierto efecto específico sobre el *craving*, que vendría mediado por su capacidad de regular la neurotransmisión opioidedopaminérgica.

Presenta un buen perfil de tolerabilidad incluso en sujetos que siguen bebiendo, ayudando en ocasiones en programas de reducción de daños.

Otras indicaciones más definidas (desintoxicación del sujeto con dependencia a opioáceos) no ha resultado tan generalizada como se anticipó hace años.

#### *11.8.4. Guanfacina de liberación retardada*

Esta molécula se ha demostrado más eficaz que placebo en el tratamiento del TDAH, por un mecanismo de acción no estimulante, por lo que al poder reformular su duración de acción con una nueva formulación química y evitar los efectos hipotensores de estos fármacos se ha perfeccionado su aplicabilidad en contraposición a las formulaciones de acción inmediata (clonidina es un fármaco que puede ser de utilidad en el tratamiento de desintoxicación a opiáceos).

Su dosis de inicio es de 1 mg/día y se puede ajustar aumentando 1 mg cada semana, hasta un máximo de 4 mg/día. Además puede asociarse al tratamiento previo con estimulantes.

Aunque en España contábamos ya con un agonista alfa adrenérgico como clonidina, carecíamos de formulaciones retardadas de este grupo terapéutico al que también pertenece la guanfacina.

La aparición de la formulación de liberación retardada de guanfacina en Estados Unidos significó añadir una posibilidad nueva al tratamiento del TDAH en sujetos que no eran candidatos a recibir estimulantes o que incluso no habían demostrado una reacción significativa a este tipo de fármacos.

Su acción en este trastorno se basa en la regulación central de la liberación e inhibición de monoaminas, actuando como un agonista selectivo de los receptores alfa 2A.

Aunque pendiente de aprobación en Europa en el momento de redacción de este libro, constituye una opción más que interesante no solo en el terreno del TDAH puro (una rareza), sino en los cuadros hipercinéticos que se asocian a trastornos conductuales como el trastorno oposicionista desafiante o el trastorno de conducta, o en situaciones en que los estimulantes no han sido eficaces o presentan efectos secundarios significativos.

# 12

## *Psicoterapia: bases y cuándo no hacer terapia*

La aproximación a los trastornos antisociales primarios no ha desfallecido en su vocación de obrar o al menos contribuir a un cambio psicológico en el sujeto que le permitiese desarrollar un estilo de vida productivo y respetuoso con la ley y las convenciones sociales de su tiempo. Sin embargo, pocos problemas humanos se han mostrado tan esquivos a los muy diversos modelos de psicoterapia que se han tratado de aplicar al sujeto psicopático o con trastorno antisocial de personalidad.

Por oposición, otros sujetos que presentan trastornos de conducta disruptiva o antisocial asociados a otra psicopatología pueden obtener un significativo beneficio a través de distintas formas de psicoterapia, muy especialmente en contexto grupal. En cualquier caso, si asumimos que la psicoterapia practicable en la mayor parte de los sistemas sanitarios públicos contemporáneos se fundamenta en los modelos cognitivo y conductual, deberá aceptarse que si estas formas de tratamiento pueden aportar algo significativo, sobre todo en formas secundarias de trastorno antisocial, lo harán más claramente cuanto menos edad tenga el sujeto y por tanto cuanto menos aprendizaje social negativo haya cobrado y “hecho suyo”.

La terapia grupal, como preconizábamos, salva algunas de las limitaciones que la terapia individual experimenta dentro de los modelos actuales, donde la escasez de tiempo y recursos por parte de los sistemas para abordar los problemas de salud mental de poblaciones que además carecen de acceso a servicios privados son marcas de identidad. Además, lo grupal ofrece la posibilidad de revertir déficits en el grupo de socialización primario a través de la experiencia correctora terapéutica y el aprendizaje vicariante.

Si en toda forma de psicoterapia se constata que es más importante la figura del terapeuta que la escuela a la que este se adscribe, en el caso del tratamiento grupal, y especialmente en los casos de trastornos de conducta antisocial o disruptiva, la personalidad y las habilidades emocionales y técnicas del mismo son importantes determinantes del éxito terapéutico.

En el momento actual, la mayoría de los clínicos desarrollan un abordaje ecléctico en sus prácticas que integra modelos cognitivo-conductuales junto con el abordaje familiar y aspectos psicodinámicos como algunas interpretaciones, en especial referencia

al desarrollo de la transferencia y contratransferencia.

Los modelos de formación actuales en el caso de la mayoría de especialistas formados en nuestro país son claramente deficitarios en el adiestramiento del profesional como psicoterapeuta. Además, la paulatina sustitución del viejo modelo de “trabajo personal” en forma, por ejemplo, de terapia y supervisión psicodinámica reglada a lo largo de años, por los actuales prototipos de cursos de maestría en psicoterapias diversas ha empobrecido aún más la práctica psicoterapéutica de los nuevos profesionales.

Obviamente, la complejidad de estos sistemas de comprensión y tratamiento, solo entendibles desde la experiencia práctica continuada a lo largo de años, hace todavía más incierto el manejo de determinados pacientes que por regla escapan a lo que puede encontrarse en los “manuales”.

Dado que una revisión en profundidad de todas estas áreas excede el alcance de un capítulo, se presentarán aspectos de especial relieve y comunes al encuentro psicoterapéutico con el niño o adolescente con trastornos de conducta. En este sentido, la conclusión más relevante es saber cuándo tratar y cuándo no tratar. Un porcentaje muy pequeño de sujetos no son buenos candidatos a la psicoterapia, y para el profesional será clave poder reconocerlos.

### **12.1. El buen terapeuta: características básicas**

Se ha identificado que en la psicoterapia de los trastornos de conducta infantojuveniles, el terapeuta estará sometido a una mirada escrutadora especialmente fina. Además, el profesional tendrá que saber tolerar importantes niveles de frustración a lo largo del tratamiento y hacer renovaciones de su compromiso terapéutico en momentos de posible alta turbulencia emocional en el contexto personal y familiar del joven, o incluso suyo propio.

Al tratarse de una población distinta a la del adulto, la neutralidad puede ser percibida por los niños o adolescentes que sí aspiran a encontrar una experiencia emocional correctiva como desinterés o falta de genuina implicación. Ello ubica al terapeuta en una situación de difícil equilibrio entre la empatía y una constante vigilancia del riesgo de caer en la validación del comportamiento destructivo.

El terapeuta será responsable, primero, de realizar una exigente evaluación que constate si la aplicación de alguna de estas formas de tratamiento es adecuada en virtud de la psicopatología acompañante del trastorno de conducta, así como acorde a la edad y maduración mental del niño.

Dadas las frecuentes dificultades intercurrentes para preservar el marco terapéutico bien en grupos homogéneos de niños o adolescentes con trastornos de conducta disruptiva, bien en grupos heterogéneos que incluyan algún sujeto con características de comportamiento más antisocial o rasgos psicopáticos de personalidad, y por supuesto también en la psicoterapia individual, nunca se prestará especial cuidado en los procesos de evaluación previa a la decisión sobre la forma más adecuada de psicoterapia (si es que

alguna).

Esto significa que el terapeuta deberá en ocasiones preservar la cohesión del grupo o su propia integridad, a veces en contra de la permanencia de un sujeto en el mismo, o que deberá aceptar su incorrecta evaluación inicial y detener un proceso psicoterapéutico en curso que se está demostrando pernicioso.

Significa también que no deberá ceder a los intentos de manipular los límites o de transgredir algunas normas del propio proceso terapéutico grupal (confidencialidad acerca del contenido de la terapia que afecte a otros miembros del grupo, infracción de reglas sobre el contacto social con otros miembros fuera del ámbito terapéutico, irrupción de conductas violentas o denigratorias hacia otros).

En este mismo sentido, la psicoterapia individual con muchos de estos niños con un núcleo narcisista debe incluir una demarcación de límites y de las reglas a seguir que sea precoz (ejemplos de estas reglas pueden ser acudir a terapia tarde de forma rutinaria, no acudir después de haber bebido alcohol o consumido drogas en las horas anteriores o demostrar comportamientos violentos en consulta contra objetos y dependencias, el terapeuta, otros profesionales u otros pacientes).

## **12.2. La seguridad del marco terapéutico**

Podría decirse, parafraseando la vieja máxima relativa al suicidio, que existen dos tipos de profesionales en salud mental que trabajan con sujetos con trastornos de conducta primarios: aquellos a los que algún paciente ha agredido y aquellos a los que les agredirán.

Por fortuna, en nuestro país, y a pesar de la creciente descalificación y pérdida de autoridad experimentada por el profesional sanitario, dichas agresiones suelen tener una entidad menor, sobre todo comparativamente con países como Estados Unidos, donde el asesinato de profesionales por parte de pacientes no es anecdótico en términos numéricos.

Independientemente de su gravedad o intensidad, la experimentación de violencia en la práctica clínica genera intensos sentimientos contratransferenciales en el profesional, tanto más acentuados cuanto menor es su madurez profesional.

Por todo ello, la primera premisa que la atención debe cumplir es que sea en un marco seguro para paciente y profesional. Esto es especialmente relevante en la atención en servicios de urgencias, algunos de ellos con estructuras infradotadas y en la que los cometidos de manejo de la agresividad y violencia física no están bien delimitados, o si lo están, son rutinariamente desatendidos.

La agitación y sus pródromos son escudriñables en la mayor parte de las ocasiones y por tanto el evaluador debe mantener un equilibrio entre no proyectar una sensación de miedo y salvaguardar su seguridad cuando se puede empezar a generar una escalada conductual, con el extremo de mostrarse hipervigilante. Esto será rápidamente percibido por los niños más psicopáticos y puede significar el final de la partida de ajedrez antes de

haberla empezado siquiera.

Cuando se de la circunstancia de una nueva derivación, tras agresión previa a otro terapeuta, no debe esperarse para plantear los límites a los que nos referíamos y debe constituirse en la manifestación de que el terapeuta que desea ayudar solo lo hará bajo las coordenadas que le permiten hacerlo.

### **12.3. La detección de la mentira en la evaluación**

Encontrar la inconsistencia en el relato y determinar si un sujeto acusado de un delito miente es una responsabilidad judicial y no médica. Anticipar esta salvedad es obligatorio, dado que de una manera reiterada a lo largo de su carrera el clínico se encontrará conducido a evaluaciones en las que otros “jugadores” del manejo de los trastornos de conducta y antisociales le atribuyen un cierto poder mágico de “desentrañar” la veracidad de un determinado relato.

En efecto, existen técnicas que se han dado en denominar interrogatorio psiquiátrico y cuyas aplicaciones en el terreno forense son indiscutibles. Sin embargo, cuando se trata de iniciar un viaje terapéutico, nadie optaría por someter a un tercer grado a su compañero de tránsito.

Una vez destacado esto, ya que psiquiatras y psicólogos trabajan con la asunción muchas veces falsa de crear una relación terapéutica porque el sujeto desea “mejorar” o incluso “curarse”, es necesario un proceso de aprendizaje clínico que capacite al profesional sanitario para detectar, manejar y manejarse con la mentira, pues esta excluye la posibilidad de una relación y alianza terapéuticas.

Falsear el relato o mentir durante la evaluación puede perseguir tres objetivos fundamentales:

1. Ocultar, encubrir o minimizar la trascendencia de los actos.
2. Eludir la responsabilidad.
3. Difamar o dañar la reputación de otros.

Se detecte o no la mentira, el sujeto presentará dificultades para dejar de experimentar intensos sentimientos ante el profesional (lo devaluará a sus ojos si consiguió engañar, le odiará si ha sido descubierto). En cualquiera de los casos, el proceso terapéutico chocará con una realidad constante, el paciente ha conseguido o ha fracasado en su intento de engañar al profesional y por tanto todo proceso de creación de una alianza terapéutica resulta seriamente dañado.

Si el profesional se encuentra ante una situación donde la mentira es repetitiva y no parece factible un cambio de conducta mediante los intentos de reconducir la actitud del paciente, la psicoterapia en los trastornos antisociales está contraindicada (probablemente en casi cualquier otra indicación lo estaría también).

La actitud ante la mentira detectada debe ser firme, intentando hacer ver al paciente

la inconsistencia de su relato y las dificultades del profesional para entender esas discrepancias. Se debe ofrecer una actitud conciliadora, en la que el intento de engañar puede interpretarse en términos transferenciales o reconociendo la necesidad del paciente de no generar rechazo en el profesional (por ejemplo, por miedo a que ello haga que el profesional lo abandone o le retire su ayuda).

Obviamente, las connotaciones éticas de una mentira difamatoria no son las mismas de aquellas dirigidas a ocultar la trascendencia y gravedad de sus comportamientos o de eludir alguna forma de responsabilidad, ni producen habitualmente las mismas reacciones contratransferenciales. Debe reconocerse la necesidad de muchos niños o adolescentes de “no parecer tan malos” como se los describe. En otros más psicopáticos existirá una narcisización de estos comportamientos y rasgos patológicos.

De idéntica forma, no se vivencia con similar riesgo para la relación terapéutica la mentira ocultatoria del psicópata que ha originado daño a otros de la que propala el sujeto adicto que minimiza su consumo o la del suicida que resta importancia a su intento. Una actitud unívoca, por tanto, puede apartarnos de comprender el intenso sufrimiento que puede haber en una mentira difamatoria de un paciente con un trastorno límite de personalidad, y que sin embargo no se encontrará en el sujeto psicopático. Por consiguiente, sin evaluación diagnóstica la interpretación de cómo debe ser manejada la mentira comporta un riesgo alto de error de manejo.

Se ha estudiado profusamente cómo varían la voz, las respuestas motrices (expresión facial en forma de las llamadas “microexpresiones”, automatismos y movimientos reactivos) y algunos signos autonómicos (dilatación pupilar, sonrojo, sudoración, taquicardia) en relación con el deliberado y por tanto intento consciente de mentir. Algunos datos valiosos para la detección de la mentira pueden extraerse comparando el patrón de respuesta del sujeto ante las preguntas anodinas y sin riesgo de evocar una mentira, con el que se genera ante aquellas que tocan directamente el foco problemático.

El presupuesto básico es que la actividad consciente y voluntaria de mentir genera esencialmente dos posibilidades:

- a) La repetición estereotipada de una versión memorizada (en la que como el niño que repite una lección se encontrará una aminoración de las respuestas motoras, del contacto visual y se utilizarán frases que chocan por su desapego del lenguaje verbal común).
- b) La necesidad de improvisación sobre la marcha, lo que generaría una actividad mental en paralelo que deja rienda suelta a actos motores como los automatismos y la liberación de otras conductas motrices. Es a esto a lo que se ha dado en denominar doble mensaje.

## **12.4. Simulación y disimulación**

Muy relacionados con la mentira, ambos términos se refieren específicamente aquí a la simulación de otras enfermedades (somáticas o mentales) o a la disimulación de síntomas. En el sujeto con conductas antisociales primarias o secundarias nos encontraremos muy frecuentemente con sendos intentos de engaño.

Debe tenerse en cuenta que un grupo relevante de sujetos con conductas antisociales prominentes asocian la comorbilidad con trastornos por somatización múltiple. Semejante asociación siempre suscita la pregunta de si la sintomatología somática que es diagnosticada como un trastorno somatomorfo no se debiera considerar una forma de simulación con una ganancia secundaria reconocible.

Aunque solo será hacia la adultez cuando el sujeto encuentre un verdadero beneficio al poder eximirse de su responsabilidad penal o social a través del fingimiento de psicopatología grave, la simulación puede aparecer ya en niños o adolescentes.

De ahí que determinados sujetos con núcleos psicopáticos que pueden no haber generado un problema jurídico o legal pueden debutar en forma de intentos de engaño para evitar responsabilidades u obligaciones, lo que obviamente en el niño y en el adolescente suele estar relacionado con lo escolar y académico.

Algunas formas de trastornos antisociales secundarios como aquellas asociadas al consumo de sustancias adictivas observan la disimulación entre sus marcas de identidad más constantes. La minimización del consumo y de sus consecuencias tanto íntimas como externas alcanza cotas sin parangón en otras áreas de la medicina.

También el sujeto con trastornos por impulsividad puede restar importancia a sus manifestaciones explosivas o disfrazarlas con un lenguaje normalizador. La ostentación sintomática es, sin embargo, menos común en este tipo de trastornos antisociales secundarios, como lo es en general ante todo cuadro de corte egodistónico.

Buena parte de los datos válidos en la detección de la mentira lo son a la hora de escudriñar lo facticio y la simulación. Además, al tratarse frecuentemente de áreas médicas o de enfermedad las involucradas, el conocimiento extenso de la patología médica y psiquiátrica ayudará a desvelar las inconsistencias en el patrón temporal, características clínicas o respuestas a los tratamientos que relata el paciente.

## **12.5. Aspectos familiares de interés para la psicoterapia**

### *12.5.1. Violencia en el ámbito doméstico familiar: la importancia de los otros rasgos de personalidad*

Conductas catalogadas como antisociales pueden circunscribirse a la expresión familiar en algunos sujetos y pueden tomar la forma de agresiones a hermanos (físicas o sexuales), violencia contra los padres o abuelos y un amplio número de conductas desafiantes y opositoras.

La tiranía del niño, los celos o la envidia contra el progenitor de su mismo sexo o la

rivalidad con los hermanos es un fenómeno que podría entenderse como casi universal al menos durante breves periodos de tiempo en la infancia. La superación de estas formas de complejo, determinadas por las relaciones triangulares de atención y desatención recíprocas es la normal hacia los 9 o 10 años de edad.

Aunque parezcan muy distintos a otros tipos de acto antisocial, los asesinatos por celos, las agresiones que persiguen subyugar a la víctima o los actos que pretenden mantener una situación de poder y atención dentro de la familia en realidad pueden comprenderse como actos en los que se atenta contra los derechos de otros y se violan las normas, en este caso familiares.

Muy habitualmente dichos actos no se acompañarán de sentimientos de culpa ni de empatía por los miembros de la familia maltratados. De esta forma, el relato psicopático apela a frases como “en realidad se lo merece” y lo que hay detrás es el núcleo paranoide al que nos referimos en el capítulo de aspectos clínicos. Frente al niño normal, celoso de un hermano o de uno de los progenitores, el niño psicopático extrae su “placer” de arrebatar al otro o de romperle el juguete para que el otro no tenga, o de amargarle el día. No pretende tener o disfrutar lo que quita, en muchas ocasiones le basta con saber que el otro no lo puede disfrutar.

Si bien las conductas disociales suelen escapar al ámbito más cercano en el preámbulo de la adolescencia y expandirse socialmente, algunas formas de ellas se circunscriben a círculos íntimos de forma mantenida a lo largo de la vida. Conocimos el caso de un niño de 11 años que afrontaba junto a su madre y su hermana de 8 la pérdida del padre por una muerte súbita. Si bien el desarrollo de una disconducia en el seno de una reacción de adaptación y del duelo de la madre no era nada sorprendente, sí lo era lo extraordinariamente selectiva que la disconducia se demostraba en el vástago, y cómo se dirigía única y exclusivamente al control y dominio de la madre, a la que culpaba de la muerte paterna.

En el sujeto adolescente o adulto, este proceso se puede expresar de forma habitual como un maltrato circunscrito a la pareja, que es cuestionado por otros miembros familiares con los que el sujeto mantiene una actitud completamente distinta. Esta “doble cara”, que en muchas ocasiones hace que la víctima sea descreída por su propia familia de origen o la de su pareja maltratadora, se puede observar ya en niños o adolescentes altamente insensibles y fríos.

Como en una extensión de una mala raíz que acaba ocupándolo todo, existen sujetos psicopáticos con un intenso núcleo paranoide, cuya vida queda ligada al objetivo único de arruinar la existencia de un único individuo o institución a la que se culpa de los males del propio sujeto. En todos estos casos, el ataque contra la estructura que se trate se personaliza en quien de algún modo la simboliza a los ojos del adolescente y luego adulto.

Es por tanto significativo encontrar cómo la psicopatía viene describiéndose desde casi todos los paradigmas como una forma de predominio impulsivo, con una tendencia habitual de los sujetos al aburrimiento y a la búsqueda de novedades, lo que no concordaría con la capacidad de ese subtipo de psicopatía con un núcleo más paranoide

para mantenerse firmes en un objetivo destructor hacia una única víctima de una manera persistente y constante.

### *12.5.2. La selección de la víctima: del acosador escolar a la violencia en consulta*

La selectividad por las víctimas, y la capacidad del psicópata para detectar a quienes tendrán más difícil defenderse de un sujeto de sus características es otro aspecto de gran interés terapéutico, ya que como anticipábamos puede hacer que la capacidad del profesional para mantener su lugar en el proceso se vea en gran peligro.

Distintos estudios lo han abordado desde el concepto de teoría de la mente; esto es, desde la capacidad del individuo para detectar a través de la expresión facial fundamentalmente las intenciones, pensamientos y sentimientos de otras personas.

Existen datos de que algunos psicópatas podrían tender a confundir expresiones de otros congéneres, malinterpretando las expresiones de miedo. Por otro lado, se ha señalado en diversas ocasiones que según qué formas de trastornos de personalidad generarían una especial sensibilidad a los “defectos” y características de los sujetos circundantes.

La psicoterapia con sujetos con prominentes conductas antisociales está expuesta a la devaluación, al insulto personal y a diversos intentos de humillación y manipulación, que el terapeuta no debe consentir. Este hecho es esencialmente similar al que puede permitir que un profesor sea capaz de reconducir una situación de violencia a la que se enfrenta, bien dirigida contra él, bien contra otro alumno.

Este tipo de conductas no puede tener lugar en el marco terapéutico o instilarán un profundo veneno en el conjunto de la relación. De esta forma, la firmeza del terapeuta puede evitar conductas contra él, contra el propio sujeto o contra sus familiares, que de producirse acabarán con los atisbos de la parte humana que le hizo considerar al sujeto capaz de aliarse y trabajar.

Esto, por supuesto, no significa responder con agresividad a la agresividad. Buena parte del trabajo del individuo psicopático será que el terapeuta al fin se muestre “como lo que el anticipa que es”, otra figura persecutoria más, que disfruta dañándolo. Caer en la agresión hace que su trabajo esté logrado. El terapeuta quedará así definitivamente instalado por su demérito en otro de los instigadores de un mundo repleto de normas y leyes absurdas.

En este sentido, las aportaciones de la teoría de la neutralización, que propone que determinados jóvenes perciben la inconsistencia y vulnerabilidad de las leyes y normas, neutralizando sus sentimientos de culpa y justificando sus acciones desde dicha falibilidad, debe constar entre los marcos interpretativos del terapeuta. Si el terapeuta mismo demuestra atributos personales de inconsistencia o vulnera las mismas reglas establecidas por él, su aceptación por el paciente como una fuente de ayuda será mínima.

### 12.5.3. *La difícil decisión de no tratar*

Como hemos venido anticipando, existen multitud de textos y de formaciones específicas que pueden ayudar al neófito a mejorar en sus capacidades psicoterapéuticas. No obstante, tanto presiones externas como su propio prurito y, en ocasiones, radicalismo, le llevarán a cometer errores tanto contraterapéuticos para el sujeto como potenciadores de su actividad lesiva contra la sociedad.

Compartimos con algunos autores que el niño o adolescente que no se “porta bien” mayoritariamente actúa como puede o como sabe, y que si no presenta otro repertorio de conductas es posiblemente porque no ha tenido lugar a adquirirlas en su bagaje. Junto a ello existen niños y adolescentes que, desgraciadamente, no sabemos como mejorar psicoterapéuticamente y en los que el propósito deberá ser distinto. A continuación ilustramos un caso de un adolescente con un cumplimiento de una larga medida judicial en centros de menores.

HM era un joven procedente de Marruecos que había mentido sobre su edad y que a pesar de sus pruebas radiológicas y madurativas, por las que era ostensible para los profesionales del centro que superaba ampliamente los 18 años de edad se había mantenido internado en uno de estos centros de ejecución de medidas judiciales para menores.

Su historia personal incluía el trabajo entre la costa de Marruecos y la de España con el transporte ilegal de inmigrantes subsaharianos. Con la grandiosidad del psicópata relataba sus “aventuras” durante el paso del estrecho, algunas de las cuáles incluían detalles escabrosos sobre el arrojamiento por la borda de inmigrantes a una muerte segura, ya que iban encadenados para no poder amotinarse.

Independientemente de la veracidad de estos relatos, lo que resultaba evidente era su deleite grandioso al realizarlos, así como su completa falta de empatía por estas personas a las que consideraba “inferiores”. Durante su tratamiento empezó a sugerir que sufría pesadillas relativas a estos acontecimientos y a relatar una sintomatología que parecía querer concordar con un trastorno por estrés postraumático, para el que solicitaba medicación hipnótica.

Era claro que el sujeto carecía de trastornos del aprendizaje y presentaba una inteligencia no medida alta. Hablaba con fluidez español y francés, y era capaz de leer y escribir en árabe.

Su capacidad de manipulación del ambiente era tal que había conseguido permanecer en centros de ejecución de medidas judiciales para adolescentes, evitando así el paso a la cárcel. Su alta capacidad para transmitir un afecto colaborador había contribuido a esta simpatía por el sujeto que determinaba que pudiese explotar y manipular a otros adolescentes internados y utilizarlos para sus propósitos delictivos en los permisos de salida.

Dado su alto funcionamiento cognitivo, se propuso por las autoridades judiciales a cargo del caso una forma de psicoterapia como ayuda a su rehabilitación. La respuesta de su profesional responsable fue que dicho sujeto no se beneficiaría de tal tratamiento, pudiendo acentuar su capacidad de manipulación y extorsión futura.

## 12.6. Breves apuntes psicoterapéuticos

Es claro que, en contraposición al individuo psicopático, hay sujetos donde el peso del ambiente ilustra la conceptualización de algunas de las teorías integradoras como las de Thornberry o Jessor y Jessor.

En dichos sujetos, tanto los déficit acumulados como las circunstancias familiares adversas que promueven activamente la delincuencia o al menos no la penalizan, parecen explicar de forma adecuada la persistencia de la conducta delictiva a lo largo de la vida. Por el contrario, cuando se encuentran circunstancias atenuantes a lo largo de la maduración, puede darse la desaparición espontánea de dichas conductas antisociales con el paso de la adolescencia a la edad adulta.

En consecuencia, creemos que las teorías explicativas solo pueden comprenderse, asumirse e incluso aprovecharse de forma práctica en tanto en cuanto seamos capaces de ilustrar el caso de pacientes que con sus casos personales sirven de epítome de dichas conductas. De ahí que sea necesaria la posibilidad de una supervisión de la práctica psicoterapéutica propia por un colega más experimentado.

Tanto si se trabaja desde la perspectiva cognitiva, conductual, como psicodinámica, un aspecto muy relevante será poder centrarse en las áreas más preservadas del paciente, que serán numerosas en algunos niños y en otros casos muy limitadas.

En un modelo cognitivo-conductual, si la cognición juega a favor del terapeuta, ansiedades prominentes que están bajo la máscara de la conducta podrán ser abordadas con técnicas específicas. Se podrá identificar con ayuda del paciente las secuencias de acontecimientos, creencias y sentimientos, y conductas que generan la explosión en un primer momento. Posteriormente, el niño o adolescente podrá ir adquiriendo técnicas específicas que le permiten modificar esas cadenas previamente automáticas y no cuestionadas de funcionamiento que lo hacían luego sentirse tristes o fracasados.

En este sentido, el adolescente puede ser muy difícil de entroncar en el objetivo terapéutico y sus demandas impetuosas cabe que amenacen continuamente el tratamiento. Estrategias como el mensaje del “disco rayado”, sin caer en la trampa de buscar nuevas contraargumentaciones a su demanda, pueden ser útiles.

Si, por el contrario, el sujeto no tiene un buen nivel cognitivo o no ha alcanzado la madurez intelectual necesaria, habrá que quedarse a veces en un nivel de intervención conductual, basada en los paradigmas de condicionamiento operante y de aprendizaje a través del premio, del castigo y del refuerzo intermitente.

En términos conductuales se seleccionarán diversas técnicas dependiendo de si el trastorno antisocial es primario o secundario. Debe anticiparse que el castigo no suele resultar útil en el perfil de niños que hemos venido denominando con un núcleo psicopático, y no resulta fácil transmitir que el rescate de estos sujetos puede a veces solo lograrse a través del núcleo narcisístico y del reconocimiento expreso de sus acciones “menos antisociales” o más prosociales, si estas tienen lugar.

Cuando nos hallemos ante un cuadro secundario en el que hay un origen de la disconducta cifrado en un proceso de acoso escolar, de maltrato o de situación caótica parental, así como en los trastornos de consumo de sustancias que obedecen a intensos síntomas ansiosos, primarán los abordajes de exposición a los estímulos temidos, el aprendizaje de técnicas de relajación o bien nutrir de estrategias de simbolización protectora (capa de superhéroe para los niños muy pequeños que temen la llegada de un progenitor borracho y potencialmente violento, medicación antiimpulsiva al sujeto que

explota con facilidad ante frustraciones menores, tiempos fuera que evitan el desarrollo último lesivo de la conducta, por ejemplo).

En algunos sujetos con déficits intelectuales leves, como ocurre con los niños con estigma internalizado por un TDAH o algunos que principian en el consumo de alcohol y drogas, el modelado y la adquisición de habilidades sociales pueden significar un antes y un después en términos de su tendencia a buscar formas antisociales de paliar sus sentimientos de miedo e inadecuación.

Debemos contemplar en este punto que una cierta tendencia a la conversión en el adolescente es relevante también en modelos como el de Kaplan del autorrechazo. Dichas explicaciones de la conducta antisocial apuntan a que los diversos conflictos que acomete y sufre el adolescente tras la protección infantil pueden generar conductas antisociales o no, en virtud de que aparezcan factores que reequilibran la autoestima del sujeto, haciéndole menos necesaria su subculturización dentro de un grupo (pares delincuentes).

Por tanto, el modelado y la identificación con atributos del terapeuta, así como un trabajo de narcisización cuando haya un claro déficit de especularización primaria por el núcleo más cercano, puede tener un lugar preferencial en niños desvitalizados, para los que la conducta antisocial es expresión de un fenómeno afectivo depresivo y de baja autoestima.

El empleo de los premios en modelos de economías de fichas como modo de reconocimiento para las nuevas aptitudes demostradas a la hora de canalizar la ira o la agresividad por otros derroteros puede ser de mucha utilidad, especialmente manejadas en el ámbito doméstico por los padres o en el colegio por orientadores o tutores.

Existen situaciones en que determinados sujetos ven situaciones alienantes, donde su capacidad de control de lo que les rodea es mínimo, viéndose sometidos al arbitrio de fuerzas que les superan, especialmente en momentos críticos como la adolescencia.

El paso a la edad adulta puede significar una cierta recuperación de control sobre uno mismo y el mundo, que al reequilibrar este desbalance impide la emergencia de la conducta delictiva. Así se constata en diversas biografías de sujetos cuya infancia y primeros años de la adolescencia no concuerdan en absoluto con sus vidas adultas en términos de desviación conductual.

Por todo lo que precede, es radicalmente importante que niños o adolescentes con TDAH, con fracaso escolar (ya sea debido a esa causa o a otra) comiencen a percibirse desde un paradigma distinto. Simplemente evitando la traumatización continuada por padres peyorativos o profesores displicentes puede hacerse mucho por evitar el “enganche” a distintas formas de conducta antisocial.

Como es evidente, todo esto solo se podrá conseguir si el sujeto ha mostrado un núcleo susceptible de ser trabajado y se ha evitado un abandono prematuro de la terapia. Existen programas específicos para su implantación en centros reformativos, casas de acogida o diseñados para subtipos específicos de situaciones, como los padres en situación de conflicto marital.

Muchos de estos programas son de aplicación inviable en el día a día del profesional,

pero de ellos se pueden extraer pautas específicas que como las aquí brevemente mencionadas sirvan de manera personalizada en el tratamiento de estos niños y adolescentes.

**CUARTA PARTE**  
*Aspectos educativos, legales y sociales*

# 13

## *Implicaciones educativas y académicas*

Más claramente en educación primaria, pero aún durante la secundaria, el profesor ocupa una atalaya tan privilegiada para percibir, como por desgracia tentadoramente elevada para ignorar o preferir soslayar los trastornos de conducta antisocial que aparecen en sus alumnos. Los traumáticos cambios sociales que le han desposeído de la autoridad de otros tiempos se ven acompañados de su aumento de responsabilidad, y pese al cansancio y desmotivación entendibles, para muchos niños o adolescentes constituirá el único pilar adulto de salud emocional y tutela en que apuntalar sus caóticas crianzas. Con frecuencia, el dramatismo de algunas puntuales reacciones de problemáticos alumnos o de sus progenitores (si bien es cierto que crecientes) tergiversa la realidad de nuestras aulas, si bien nos alerta de la importancia de un papel prosocializador que no es prescindible. El itinerario de este capítulo parte de la necesidad del reconocimiento de la labor de la comunidad profesoral y debe terminar en una mayor capacitación para identificar, prevenir y abordar las situaciones problemáticas con los alumnos que presentan trastornos de conducta.

### **13.1. El papel del profesorado en la identificación precoz de la psicopatología y la comunicación con la familia**

La patología psiquiátrica infantil es frecuente y suele tener marca de gravedad, cuando no nos referimos a reacciones evanescentes que deben considerarse más bien adaptaciones psicológicas. La emergencia temprana de síntomas psicopatológicos suele ser expresión de que los sistemas neuronales subyacentes han sufrido el influjo de una genética patogénica o que las exposiciones ambientales están siendo intensamente traumáticas, o lo que es más habitual, que el niño experimenta una conjunción de ambos factores.

A pesar de los grandes avances neurobiológicos experimentados en psiquiatría en los últimos veinte años, el profesor e incluso a veces psicólogos muy radicalizados se encuentran cómodamente instalados en un ejercicio de negación de la existencia de la patología psiquiátrica infantil y no solo no muestran el menor interés intelectual en cuestionarse este convencimiento, sino que se afanan en aferrarse a sus prejuicios con tanto más vigor cuanto más numerosas son las pruebas en contra de los mismos.

Entre los identificadores del síndrome de *burn-out*, que afecta muy frecuentemente

tanto al profesorado como a la profesión sanitaria, destaca la sensación de falta de sentido “real” en la práctica profesional, así como el sentimiento de impotencia para la modificación de sus respectivas áreas de trabajo. El profesor puede llegar a asumir una actitud nihilista que va desde negar su capacidad de cambiar y favorecer el proceso de aprendizaje de sus alumnos, hasta entrar en una dinámica autodestructiva personal y en el rechazo a continuar formándose o perfeccionando sus áreas de conocimiento.

Por supuesto, las tareas de estos colectivos están entre las más vocacionales y prioritarias para una sociedad como la postcontemporánea. No cabe duda de que, por tanto, la percepción del profesional está impregnada de distorsiones y del impacto negativo sobre el psiquismo del maltrato institucionalizado de los últimos veinte años, así como de un relegamiento social creciente al papel de funcionario.

Es una necesidad urgente por tanto recolocar el papel del educador en el lugar que le pertenece, dotarle de herramientas materiales y de formación continuada, así como mejorar sus condiciones laborales, reforzando su papel y proscribiendo la habitual deslegitimización que muchas familias y otros estamentos hacen de forma ingenua, sin percibir que en dicho proceso deslegitiman el papel de cualquier otro garante de la educación, como la propia familia.

### *13.1.1. Identificación precoz de la situación psicosocial de riesgo*

#### *A) El niño prepúber*

El niño pequeño con situaciones conflictivas en casa o en el propio colegio puede mostrar situaciones de retirada o aversión social que constituyen pistas muy significativas sobre un posible desajuste psicosocial. Otras alteraciones de los biorritmos (somnolencia diurna, alteraciones del apetito objetivables en el comedor, adelgazamiento) pueden hacer sospechar que existe un cambio psicosocial relevante en el núcleo familiar (una separación o divorcio parental, una situación de mayor estrechez económica).

Especialmente difícil de manejar es la sospecha de maltrato físico o sexual. La acentuación de la ansiedad de separación una vez se había considerado consistentemente resuelta, así como los datos de un funcionamiento regresivo, deben generar una señal de sospecha. Entendemos como tal el regreso a un funcionamiento psicológico a estadios previos de maduración psicoevolutiva.

La incontinencia de esfínteres o enuresis secundarias con pérdidas de la orina o el control de la defecación, después de haber adquirido el control miccional o defecatorio, son algunos de estos signos de regresión. Otras posibilidades son el regreso a una forma de articulación verbal más infantil, chuparse el dedo o asumir posturas fetales o de hiperprotección.

Incluso fuera de la consulta de salud mental, el niño puede escenificar en su juego, en su aislamiento durante el recreo o en sus representaciones plásticas, el conflicto que está viviendo (ya sea externo o interno). Ciertamente habrá situaciones en las que se

genere una alerta ficticia y no relevante, pero dada la alta frecuencia de violencia contra los niños, no se debe desestimar de entrada ninguna apelación en este sentido. Sin aventurarse a sacar conclusiones precipitadas, el profesor puede recopilar estas “pistas” hasta que el buen criterio le haga llegar a la conclusión de si existe “causa” o no para las sospechas.

Las crisis matrimoniales o de la pareja de progenitores tienen un significativo coste emocional para los niños. En dichos contextos, la emergencia de conductas antisociales puede aún complicar más el zafarrancho entre los padres y generar una escalada de acusaciones o reproches mutuos que solo agravan la expresión disconductual en el niño.

Cuando se entabla un litigio por la custodia del menor, lo habitual es que todas estas posibles proyecciones de culpabilidades se acentúen y cobren un carácter pseudobélico, en que el menor puede llegar a ser tomado como rehén por una o por ambas partes. Es muy probable que en esas circunstancias se soliciten valoraciones psiquiátricas del menor para intentar utilizar el sufrimiento de este como un arma arrojadiza contra el otro progenitor.

Igual que le ocurre al profesional sanitario, el profesor se puede ver involucrado con intención manipulativa por parte de uno o ambos progenitores, y este es otro hecho que justifica que algunos profesionales de la educación prefieran ser cautelosos y mantenerse al margen cuando se solicita información sobre lo que se observa en el colegio con respecto a la conducta infantil.

Las grandes ciudades, merced al anonimato y la nula o escasa relación entre el ámbito educativo y sanitario, están menos sujetas a una posible comunicación sencilla y directa entre el profesional médico y el de la educación. Es buena práctica, por consiguiente, establecer al menos contacto telefónico y poder aclarar cuál es el verdadero promotor de la demanda de información, así como los fines legítimos o contraproducentes que pueden estar motivando todo dicho proceso.

## *B) El adolescente*

Si bien algunos adolescentes pueden permanecer muy apegados al núcleo familiar traduciendo un carácter fóbico y evitativo, lo más habitual es que en el momento de la pubertad, y más claramente durante la adolescencia, el sujeto abandone el círculo parental como hábitat de mayor influencia emocional para paulatinamente cobrar mayor independencia y depender psicosocialmente más de sus pares.

Para los primeros adolescentes mencionados, el conflicto de pareja puede ser vivido también con intensa angustia. Debe tenerse en cuenta que muchos matrimonios esperan a que los niños son mayores para tomar las decisiones que vienen postergando sobre sus dañadas relaciones.

Auque es menos probable que el adolescente viva de forma altamente desintegradora este proceso, lógicamente puede experimentar tensiones similares a las descritas. Se les induce así a tomar partido por una de las dos partes, lo que no pocas veces contribuye a que el adolescente elija “una tercera vía”, que es la ruptura con ambos progenitores y la

selección de un ambiente marginal de otros sujetos que han experimentado similares rupturas, abandonos o tensiones intrafamiliares.

La alteración de los ritmos biológicos no es tan explicativa en los adolescentes, ya que entran en juego muchas variables confusoras. La somnolencia, por ejemplo, puede deberse al inicio de salidas de fin de semana con alteración significativa de los ritmos circadianos durante los primeros días de la semana lectiva. Los cambios en la alimentación, tanto por exceso como por defecto, pueden tener que ver con los procesos de intento de independización, sobre todo en la adolescente, con respecto a la madre.

Frente a las concepciones populares, esta inespecificidad, ya que pueden aparecer las primeras dietas dirigidas a perder peso o mantener la silueta, salvo en casos muy graves de inicio aún más precoz, el profesor podrá detectar las primeras manifestaciones de trastornos de conducta alimentaria, como se abordará en el siguiente epígrafe.

A pesar de las concepciones populares acerca de la adolescencia, no debe aceptarse que esta fase de la vida debe conllevar inexcusablemente grandes problemas de adaptación. Antes bien, la adolescencia no sumergida en un proceso patológico podrá generar problemas de manejo familiar o en el marco educativo, pero de carácter transitorio y reconducibles sin mayor dificultad.

Muy distinto al decurso del adolescente que simplemente se encuentra en fase de descubrimiento y experimentación con sustancias adictivas, es el debut en la delincuencia o en el abuso de alcohol y otras drogas de rango grave.

Los fenómenos descritos en los capítulos más vinculados a entender los condicionantes biológicos de la conducta antisocial, en términos de maduración cerebral, deben permitirnos comprender que el adolescente normal presenta un déficit temporal en la regulación impulsiva. De esta forma, la representación de la curva de su ira en sujetos normales está caracterizada por un ascenso de los niveles de enojo muy rápido y una bajada igualmente abrupta, siempre que no se potencie dicha emoción en el momento de su subida.

El profesional de la educación debe ser consciente de que este es un fenómeno biológico y que por tanto no tiene sentido querer influir de manera hiperaguda en lo agudo, sino que deberá conseguir que el joven se enfríe para que su intervención no solo no complique las cosas sino que aspire a verdaderamente servir de forma correctora.

En el adolescente consumidor regular de alcohol o drogas, este fenómeno de agresividad se mantiene más tiempo y es más descontrolado y errático en su forma de evolución, con repuntes una vez que parecía haberse alcanzado la calma, lo que puede tener que ver con fenómenos excitatorios de corte microabstinencial.

Como se abordará más adelante, el absentismo injustificado es un factor de riesgo para el ulterior fracaso y abandono escolar (Kimberle, 2010). Además se asocia al desarrollo tanto de graves conductas relacionadas con sustancias de abuso como con el debut delictivo, y no debería abordarse con laxitud en nuestras calles y por parte de las familias. Aunque comprensible, no es admisible en esa misma línea que el profesor haga la vista gorda, ya que prefiere privadamente no tener al sujeto disruptivo en clase.

La ruptura con el segundo factor prosocializador o de arraigo prosocial más

relevante (la escuela) puede no tener retorno para un porcentaje de sujetos. Debe siempre recordarse que la aparición de estas conductas *de novo* en el adolescente lo hace mucho más susceptible de volver a reintroducirse en el margen social y que por tanto no deben considerarse, especialmente estos casos, como perdidos.

### *13.1.2. Primeros síntomas de la psicopatología infantil o juvenil*

#### *A) Esquizofrenia y trastornos esquizotípicos*

Los síntomas iniciales e incluso prodrómicos de muchas patologías psiquiátricas pueden ser sutiles o indistinguibles de fenómenos habituales en el niño o adolescente sanos. Resulta importante contar con experiencia previa dilatada para establecer si, de acuerdo con la intensidad, duración u otros matices de la presentación, esos fenómenos no son los propios del niño o el adolescente normales.

La patología infanto-juvenil psiquiátrica más grave y crónica que puede presentarse por trastornos conductuales de corte antisocial es la esquizofrenia. Entre sus síntomas prodrómicos suele destacar la retirada y evitación del grupo de iguales, con cambios en el perfil de autocuidado e higiene significativos, apatía y falta de reactividad emocional, así como las primeras manifestaciones de alergia o asociaciones laxas que pueden ser evidentes en exámenes o trabajos por escrito.

Los patrones de personalidad esquizotípicos, esto es, con estilos de vida y funcionamiento más excéntricos, presentan una propensión al desarrollo de esquizofrenia y deberán vigilarse con especial cautela. Aquí se incluyen los adolescentes con creencias esotéricas muy prominentes, obsesionados por lo místico, lo religioso, lo satánico o lo pseudofilosófico que realizan cambios bruscos y muy llamativos en el aspecto de su cabello, barbas en el caso de los varones, tatuajes o que cambian su estilo de vestir a indumentarias congruentes con esas temáticas referidas.

Durante los primeros embates de la sintomatología esquizofrénica, el sujeto puede sentirse vigilado u observado, grabado en sus conversaciones o en su comportamiento por cámaras inexistentes. En general, dentro de lo que constituye la clásica descripción del *trema*, se establece un cambio en la centralidad de la experiencia subjetiva, por la que todo parece girar en torno al sujeto y en el que la sensación de extrañeza y de cambio en el acontecer psíquico puede traducirse externamente por el ensimismamiento o los primeros fenómenos negativos del pensamiento con interrupción brusca del hilo del pensamiento (fenómenos de robo del pensamiento, por ejemplo).

#### *B) Trastorno bipolar y depresión mayor unipolar*

El sujeto con un franco episodio depresivo en el contexto de un inicio bipolar puede experimentar un inicio súbito de la sintomatología, con frecuente acompañamiento de

producción psicótica. Cuando más infrecuentemente el adolescente debuta con un cuadro maníaco destacará la desinhibición brusca, la prominente rápida producción verbal y el ánimo expansivo. Por todo lo anterior, suele ser más fácil de detectar y acaba generando suficiente alarma alrededor para que la fase maníaca tenga muchas probabilidades de acabar con un ingreso hospitalario, o al menos una valoración prolongada en urgencias.

Más habitual en las aulas puede ser que se produzcan fases hipomaníacas, esto es, no tan abiertamente disruptivas donde lo que predomina es una mayor festividad y desinhibición del sujeto, sin llegar a ser tan marcada como en la fase maníaca.

### *C) TDAH*

A diferencia de la fase hipomaníaca de un trastorno bipolar, el TDAH comporta un curso longitudinal de observación y, por tanto, no es que el sujeto se muestre especialmente hablador u ocurrente de forma puntual y diferencial con respecto a su tónica (que incluso puede haber sido francamente depresiva en otros momentos), sino que existe un patrón estable de injerencia en conversaciones ajenas, interrupciones o una alta actividad motriz en relación con las tareas más aburridas o los momentos en que se necesita mantener la atención de forma más constante.

En otras palabras, el profesor con un niño o adolescente con TDAH vivirá sus manifestaciones “como lo habitual por desgracia”, mientras que lo hipomaníaco tiene corte “extraordinario”. Mientras que la hipertimia bipolar puede generar contagio emocional favorable, la sintomatología del TDAH suele enojar abiertamente.

Bastante más difícil que establecer la sintomatología inicial hiperquinética del TDAH es reparar en que existen manifestaciones por incapacidad para centrar y mantener la atención. El niño o niña con predominio inatencional puede parecer meditabundo y a veces simular bien que está concentrado en la explicación, aunque la pregunta en voz alta demostrará que no es así y que no sigue el curso de la explicación.

No necesariamente mostrará inquietud psicomotriz, aunque la mayoría de formas mixtas pueden tener algunos rasgos sutiles como los constantes movimientos de las piernas bajo el pupitre o el jugueteo con las manos de diversos objetos a su alcance.

En la realización de pruebas o exámenes por escrito será característico el descuido en cadenas de operaciones matemáticas o dejar inacabado planteamientos que a lo mejor venían siendo correctos. El examen parece haber sido desarrollado de manera saltatoria, no en virtud de que se hayan seleccionado las preguntas que se conocen sino de una forma que sugiere aleatoriedad.

La frecuente asociación de trastornos específicos del aprendizaje como dislexia o discalculia debe hacer que el profesor esté pendiente de las posibilidades de un TDAH independiente de estos errores.

Una entidad menos conocida y reconocida, denominada “tempo cognitivo lento”, puede manifestarse de una manera muy clara en el pobre rendimiento escolar de sujetos que como los afectos de TDAH pueden no presentar cocientes intelectuales por debajo de la normalidad. El patrón atencional de estos niños es más constante en el tiempo en

términos de su déficit y no está tan sujeto al “agotamiento” prototípico del niño con TDAH.

## **13.2. Fenómenos específicos del ámbito educativo y su traducción psicopatológica**

### *13.2.1. Bullying o acoso escolar: caracterización de víctima y acosador*

El fenómeno del hostigamiento escolar afecta en Reino Unido a 1 de cada 4 niños y ha sido muy tratado por Meloy en una profundidad que no resulta viable emular en este trabajo. En España existen cifras dispares y se había venido apelando a una tasa aproximada al 1,5% de los niños viviendo un fenómeno constante y hasta un 5% de alumnos experimentándolo de forma puntual, hasta que la publicación del estudio *Cisneros X* sobre 25.000 sujetos señaló una idéntica prevalencia a la de Reino Unido (del 25%).

Vivimos una explosión de alerta ante las conductas de *bullying* o acoso escolar (vejaciones, humillaciones, agresiones repetidas contra un mismo sujeto por parte de uno o más acosadores) hacia compañeros de colegio quienes serían pares o estudiantes de otros cursos habitualmente superiores. El fenómeno afecta sobre todo a los niños prepúberes (pico hacia los 7 u 8 años) y posteriormente decrece. La implantación de medidas y leyes que dificulten este significativo riesgo tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña ha sido tibia en nuestro ámbito a la hora de abordar este problema..

Se ha analizado con detalle el “carácter” del abusado como el del “maltratador” en un intento de encontrar un perfil que permitiese a profesores, psicólogos y otros profesionales identificar y prevenir la aparición de estas conductas en estos sujetos. Por otro lado se ha llegado a investigar qué efectos deletéreos puede producir en el futuro ser víctima de acoso escolar, demostrándose una mayor frecuencia de actos autolesivos e intentos de suicidio entre estos sujetos.

Resulta importante mencionar que la teoría del control social ha arrojado un rendimiento significativo cuando se trata de ahondar en cómo el sujeto requiere de vínculos significativos que frenen la emergencia de según qué formas de conducta disruptiva, del mismo modo que es preciso un balance entre las fuerzas que lo dominan y su sensación de control sobre lo que le rodea para desarrollarse de modo prosocial. En algunas circunstancias, el maltratador o acosador puede experimentar un superávit de control que no es contestado por la propia estructura o por el resto de alumnos.

La escuela y los ámbitos académicos se constituyen así en el foco de problemas de hostigamiento, esto es, de conducta coercitiva, agresiva o vejatoria hacia personas usualmente más jóvenes, en ocasiones solo más vulnerables, que tienen dificultades para defenderse de esta coacción y de las humillaciones verbales o físicas. Dichas conductas de acoso son comunes y ocurren en todas las culturas, si bien la aparición del fenómeno

de acoso grupal contra la víctima acaba agravando en gran medida la repercusión escolar y extraescolar de la coacción.

Profesores y padres tienen que afrontar así un fenómeno de corte antisocial, ocasionalmente violento, en el seno de un marco considerado habitualmente protector como el escolar y cuyas consecuencias pueden llegar a ser graves. Además, el acoso en los últimos tiempos se expande a través de las nuevas tecnologías de la información y tiende a ramificarse en el contexto del barrio hasta constituirse tanto en un problema íntimo del que no se puede escapar (pudiendo condicionar casos de suicidio) como repercutir sobre la seguridad ciudadana de niños y adolescentes en barrios y calles de su ciudad.

El fenómeno requiere el análisis de dos vertientes: la del agresor (y su núcleo familiar) y la del agredido (y su núcleo), así como de los condicionantes temperamentales y psicosociales estudiados que influirían en la asunción de estas identidades, así como en las reacciones que experimentan sendos grupos de socialización primaria al conocimiento de que este fenómeno se está produciendo.

En los últimos años se ha tratado de comprender mejor qué caracterizaría a la víctima de *bullying* que desarrolla consecuencias significativas por este hostigamiento y se convierte en objetivo crónico, diferenciándolo psicológicamente y biológicamente del resto de niños o adolescentes que puedan experimentar niveles de acoso equiparables de forma puntual pero sin presentar tal evolución negativa.

Resulta interesante contrastar que el funcionamiento serotoninérgico se ha considerado un aspecto regulador del efecto más o menos deletéreo que estos procesos y otros con potencial traumatizante pueden tener en distintos sujetos, a través de la regulación de nuestras conductas de lucha o fuga. Como en el caso del trastorno de estrés postraumático, los investigadores en el área vienen sintiéndose intrigados por los determinantes neurobioquímicos de la vulnerabilidad o resiliencia a distintos estresores ambientales, en términos de cómo determinan una concreta reacción emocional, cognitiva y conductual en el sujeto.

Este interés se extrae de que conocemos que las consecuencias del *bullying* escolar se extienden a la edad adulta en forma de trastornos afectivos y de ansiedad, pero muy significativamente también en la aparición de autolesiones deliberadas y de intentos autolíticos (a todos estos cuadros subyacen alteraciones en el funcionamiento de la serotonina).

A pesar de la dificultad de desenmarañar aspectos de personalidad previos y posteriores a esta exposición, así como el efecto del marco familiar de origen del niño acosado, existe una alta asociación entre haber experimentado hostigamiento escolar y el desarrollo ulterior de diagnósticos de trastorno de personalidad o conductas antisociales y violentas, incluso en quien ha sido víctima de acoso continuado.

Las conductas antisociales en contexto escolar de tipo *bullying* suelen ser perpetradas por una minoría de individuos, cuyos rasgos muy habitualmente concuerdan en la terminología propuesta por Moffitt con el subtipo agresivo, o abiertamente antisocial (en contraposición a las conductas de ruptura de normas). Se suele tratar de

sujetos de mayor tamaño o edad que sus víctimas, a las que buscan insistentemente como formas de aplacar sus propios sentimientos de aburrimiento o incluso inferioridad.

Existen descripciones más o menos detalladas de la personalidad del niño o adolescente acosador. Como viene abordándose a lo largo de este libro, la influencia parental es extremadamente alta, tanto desde una perspectiva genética como ambiental. Es bien conocido que la dimensión de agresividad ha sido asociada a un componente biológico superior al de la dimensión de violación de normas y que estos niños o adolescentes proceden de ambientes donde la imposición por la fuerza es idealizada y constituye un factor narcisizante a ojos de un adulto habitualmente psicopático (sea este de “cuello blanco” o no).

La presencia de la violencia en la crianza determina así fenómenos de introyección e identificación con el agresor y posterior desarrollo de pautas establecidas de violencia. No es inusual encontrar así que niños que han contemplado el maltrato doméstico adquieran un perfil de maltratador que reproduce dicha situación con la propia madre maltratada, con la pareja adulta o con los hijos futuros.

### *13.2.2. Manejo del alumno acosador*

Un buen conocimiento de la diferenciación entre los distintos rangos de conducta antisocial y de los esbozos de personalidad que la sostienen puede ser el más adecuado aliado de profesores y padres o tutores.

A este respecto, como señala Millon, la estructura de personalidad puede ser mucho más determinante que las conductas o los síndromes-síntomas que el sujeto presenta. Es reseñable que al abordar la psicopatía en el adulto este autor es capaz de distinguir hasta diez subtipos (entre ellos, el malévolo, el abrasivo o impenitente, el desalmado, el tiránico..., por citar solo algunos).

Por todo lo que venimos señalando, es evidente que la visión longitudinal de la personalidad se complica al aplicar una clasificación de estas características, con matices solo sujetos a esclarecimiento en la más compleja vida relacional del adulto y por parte del profesional experimentado en la evaluación y manejo de los trastornos de personalidad.

Sin embargo, sí resulta un objetivo factible y muy relevante que el profesor observe en qué medida y cómo codifica un determinado alumno conflictivo el castigo o la pérdida de un premio, si se ensaña o no cuando el sujeto pelea con otros, cómo relee la reacción social de rechazo o admiración que sus disconductas originan en el resto del alumnado. ¿Alardea de su crueldad y de su falta de empatía, obedecen sus acciones a un intento de ganar legitimidad en el grupo, emula a otros modelos antisociales previos en el colegio?

Por aportar alguna pista, a diferencia del sujeto sin rasgos psicopáticos prominentes, el sujeto psicopático tiende a ver el castigo como una ratificación de su concepto del mundo como agresor primario y contra el que hace bien vengándose. En algunos subtipos de psicopatía, de hecho, el castigo podría llegar a ser deseado y no eludido,

como una forma de ratificación en dicha convicción. Si este extremo resulta difícil de argumentar con solidez científica, no lo es tanto el conocimiento que tenemos sobre la alteración en la atención del sujeto psicopático que podría impedirle obrar manteniendo en mente el recuerdo de la experiencia de castigo.

Además, frente a la impulsividad inespecífica de otros niños que entran en conductas antisociales como consecuencia de problemas psicosociales y formas de adaptación, el joven con núcleo psicopático dirige mucho mejor y es capaz de postergar su venganza. En ella se siente poderoso, mientras que el niño con conductas antisociales no psicopático se avergüenza de su descontrol.

No resulta fácil encarar el reto que suponen estos sujetos temibles y que nos producen la tendencia a querer desentendernos y no vernos involucrados. Comprender el irreversible daño que pueden causar a otros de ser dejados a su libre evolución, así como el decurso irrefrenable que tomarán sus vidas si no experimentan ninguna fuerza correctora puede ser suficiente razón para afrontar el desafío.

Creemos que este abordaje solo puede realizarse con alguna garantía cuando el profesor tiene una consolidada madurez personal y profesional, así como una capacitación técnica específica, y a este tenor existen programas manualizados dirigidos al colectivo docente.

### *13.2.3. El fenómeno de la banda*

Se puede establecer que afortunadamente los niños o adolescentes francamente psicopáticos, fríos e insensibles, resistentes a casi cualquier forma de aproximación encarnan un número muy limitado de sujetos.

Sin embargo, ¿qué ocurre cuando el sujeto psicopático excede la intimidación o el abuso verbal y se coloca en una situación de creación de un grupo de sujetos antisociales a los que domina y que pueden verse así involucrados en distintas formas de violencia física o sexual?

Un aspecto clave y de desconocida influencia en nuestro contexto cultural hasta hace poco es el fenómeno de las bandas. La banda ha venido impactando de una forma definitiva en lo académico y genera un problema social de gran impacto en países como Estados Unidos, en los que el acceso a armas de fuego es sencillo.

En España, el fenómeno de delincuencia juvenil de los años 70 y 80, determinado por los consumos de heroína y opioides fundamentalmente, cedió el testigo a la violencia de características xenófobas. El incremento significativo de inmigración en los años 90 generaría la aparición en España de las “filiales” de bandas de origen latino en los cinturones industriales y las calles céntricas de las ciudades más grandes y paulatinamente en otras de tamaño medio, adonde llegaban familias parcialmente o totalmente desestructuradas, bien por el propio proceso migratorio bien por otras causas distintas.

En general, este tipo de organizaciones tienen una distribución por distintos países y constan de una estructura jerarquizada, en la que los nuevos miembros deben pasar por

un rito de iniciación que suele tener características violentas para los varones y violentas o sexuales para las adolescentes. No obstante, los líderes son adultos que utilizan estos grupos por distintas razones favorecedoras de delitos de mayor rentabilidad.

Además de la rivalidad territorial con otras bandas, su financiación interna se basa en sus relaciones con la delincuencia establecida, ya sea en forma de tráfico de drogas como de explotación de personas y por tanto no son inocuas en absoluto, al poder generar en niños y adolescentes que empiezan a sufrir una forma de desarraigo un grupo en el que poder confiar y sentirse partícipes.

La banda comporta además el riesgo de prolongar conductas antisociales que podrían llegar a ser efímeras en sujetos que las protagonizasen solo durante la adolescencia y tenderían más habitualmente a desaparecer. En cambio, la lealtad a la banda determina un riesgo importante para el individuo si decide “desertar” de la misma, por lo que los puntos de inflexión o *turning points* pierden su capacidad de redirigir al joven.

### **13.3. Fracaso y abandono escolar**

De entre las vías de desarrollo por las que los trastornos de conducta han mostrado consistentemente verter en el patrón de trastorno antisocial de personalidad, la influencia del fracaso escolar ha sido destacada. En términos generales, los problemas de corte cognitivo que determinarían las primeras experiencias de fracaso con pares y en el colegio se agravarían y causarían que los sujetos no obtuviesen una capacitación académica mínima, abocándolos a perseverar en sus iniciadas carreras criminales o de delincuencia.

En este terreno sigue desvelando interés en varios grupos de investigación el poder desentrañar cuánto de esta grave deficiencia en España (tasas de fracaso escolar que doblan las de la media de países europeos) podría estar justificada por psicopatología y en concreto por distintas patologías psiquiátricas y de forma destacada el TDAH o los consumos de cannabis y otros tóxicos. Según datos del Ministerio de Educación, el porcentaje de fracaso escolar (sin incluir el retraso escolar) afecta al 30-35% del alumnado español (aproximadamente 2,6 millones del total de 8 millones de estudiantes).

Aunque no estrictamente equivalente al fracaso escolar, no debe soslayarse que España muestra porcentajes de abandono precoz del sistema educativo inaceptablemente superiores a las del resto de países de su entorno. En concreto, los datos de Eurostat de 2012 aportan un 28% de abandono precoz en varones en el segmento de edad entre 18 y 24 años en España, frente a aproximadamente el 14% en la Unión Europea, entendiendo como abandono prematuro el hecho de no haber terminado la educación secundaria. Entre las mujeres españolas de este segmento de edad el porcentaje que no ha terminado la secundaria es de un 20%.

Puede argumentarse que son diversas las causas de este fenómeno, pero desde luego, las consecuencias sobre el decurso socioeconómico de un determinado país son

incontrovertibles: los jóvenes con abandono previo a la consecución de la educación básica tienen marcadas dificultades en el acceso al mercado laboral y quedan abocados a situaciones de exclusión, marginalidad o dependencia de los sistemas de seguridad social.

No se puede considerar tan evidente sin embargo que este factor, como ya se ha apuntado, sea por sí mismo determinante de mayores conductas antisociales. Podríamos decir que el futuro delincuente sale prematuramente del sistema académico, pero eso no equivale a decir que el sujeto que sale prematuramente del sistema académico esté abocado a presentar conductas que violen las normas o los derechos de otros.

Para evaluar este aspecto del abandono escolar como predictor de delincuencia y consumo de drogas durante la adolescencia y la edad adulta, algunos estudios han permitido establecer índices de alerta ante la posibilidad de abandono escolar (Henry, 2012) altamente correlacionados con el abandono escolar y con graves problemas conductuales en todos los segmentos de edad (adolescencia media, adolescencia tardía e inicio de la edad adulta).

En nuestro país, con unos niveles de paro entre jóvenes que afectan al 50% de los sujetos menores de 30 años, es evidente que muchos sujetos que serían proclives a abandonar estilos de vida delictivos transitorios y adquiridos durante la adolescencia se encuentran aún más limitados en términos de poder revertir los efectos de una monitorización parental inadecuada, una afiliación ulterior con pares delincuentes y escasa capacitación o posibilidad de desarrollo profesional.

Estos sujetos, sin embargo, procrearán y extenderán su baja capacitación laboral y sus estilos de vida caóticos a la crianza de una nueva generación de niños que, si seguimos el curso racional de las últimas generaciones, acrecentarán los porcentajes de niños con trastornos de conducta.

# 14

## *Aspectos legales*

“Al que hayas de castigar de obra no trates mal de palabra”.  
*El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*. Miguel de Cervantes

El presente capítulo parte del análisis del curso histórico de la aproximación legal a la conducta antisocial del niño y del adolescente. Se establece así una continuidad circular con el primero de los capítulos de este compendio que establecía la definición histórica de los trastornos antisociales, lo que no es casual. De hecho, pocos objetos de estudio humano requieren tanto de la continua realimentación entre teoría (científica) y práctica (sociopolítica y legal). No se debe soslayar que los aspectos legales y judiciales atañen al profesional sanitario, como el profesional de la jurisprudencia no puede ser totalmente ajeno al conocimiento científico. El derecho, desde muy antiguo, exige establecer las condiciones de imputabilidad antes de poder aplicar las leyes. El trastorno mental o la inmadurez (la edad infantil implicada detrás de la misma) ha constituido de forma consistente a lo largo de la historia una razón de inimputabilidad. Surge así pronto la idea de si determinadas conformaciones o estructuras de personalidad hacen al sujeto imputable o no. El siglo XIX va a experimentar la oposición entre los defensores de ambas posturas con mayor virulencia, aunque la cuestión se mantiene vigente hoy en día. Debe recordarse que la clasificación de la psicopatía de los pioneros de la psicopatología como Kraepelin parte de las necesidades de esclarecer el origen de la disconducta social y de la transgresión de la ley, así como de dar una salida a los sujetos que protagonizan estas conductas desviadas y para los que se abandona el modelo “moral” para adoptar un modelo “médico” más afín a los ideales positivistas que tratan de romper con la tradición de oscurantismo y superstición. La conducta antisocial es patologizada entonces por sujetos tan influyentes como Richard von Krafft-Ebbing en el campo de la desviación sexual, el propio Kraepelin en el seno de la escuela de Heidelberg y desde una estrategia de atribución de la culpa “patologizante” distinta por los mismos padres de la sociología moderna como Emile Durkheim, al traspasar el diagnóstico de enfermedad del sujeto a la sociedad en que se genera.

### **14.1. La relación Ley-Medicina en torno a la conducta antisocial**

En ese contexto histórico en que Auguste Comte postula el advenimiento de la fase positivista, momento en que se desecharán los viejos modelos de religión (es más que una anécdota que el propio Comte fuese tratado por una de las figuras más influyentes en la caracterización de la patología mental y de los trastornos de conducta antisocial como Esquirol), Medicina y Derecho empiezan a acercarse por distintas razones de beneficio mutuo y en distintos ámbitos.

A pesar de algunos documentos y figuras puntuales como la de Ambroise Paré, en la práctica solo el advenimiento de nuevos descubrimientos químicos y fisiológicos-patológicos en distintas áreas de la medicina empiezan a ser de provecho para el establecimiento y la aplicación de la ley. Centroeuropa es en este sentido pionera en la creación de las primeras cátedras de lo que terminaría siendo lo que entendemos hoy como medicina legal (en muchas ocasiones englobada en la especialidad de Higiene, y casi siempre ligada a la disciplina de la toxicología). En este clima, la irrupción estrepitosa de los padres de la psiquiatría va a permitir que la Medicina socorra al Derecho en forma de lo que hoy entendemos como psiquiatría legal.

El Derecho acepta así la ayuda que supone la evaluación de la capacidad del sujeto para comprender la naturaleza y consecuencias de sus actos. Empieza a poder clasificarse la enfermedad mental, y el psiquiatra representa un papel esencial a la hora de determinar las medidas restrictivas que se pueden aplicar al sujeto. Con ello, sin embargo, se inicia un proceso de inoculación de cierta “compasión médica” en la judicatura. El alienista (psiquiatra) mayoritariamente extiende su “mesianismo” primero al “loco” y luego al “transgresor”. El profesional médico empieza a preguntarse si el sujeto delictivo de verdad es libre de “escapar” a un cierto determinismo patológico que lo acucia a transgredir la ley de forma repetida.

Con cierto paralelismo, la figura del niño ha ido oscilando en su consideración legal y judicial, cambiando a lo largo de los siglos el límite de edad que hacía a un sujeto imputable. Este hecho que puede parecer a primera vista irrelevante, suscita aún a día de hoy un acalorado debate. La lenidad en el castigo del adolescente es vilipendiada por algunos; otros, llevados de su permisividad, son tachados de generar seres psicopáticos incorregibles. Mediáticamente, por tanto, la mejor “ley del menor” está sujeta a todo tipo de opiniones y contraopiniones sobre el mejor modelo para preservar la ley y el orden social, porque el equilibrio entre los extremos de un sistema judicial que se excede en su capacidad punitiva y de aquel permisivo que puede ser percibido por el sujeto antisocial como una diana fácil y débil, no es fácil.

Probablemente el hecho más sustancial para el profesional de la salud mental es el paso en diversas legislaciones vigentes en 2014 como la española desde una consideración mixta (biológico o por edad e intelectual o por maduración) a exclusivamente el criterio etario a la hora de determinar por qué código debe delimitarse la responsabilidad penal del menor. Este es el caso de la mayoría de los países de nuestro entorno, a excepción de Reino Unido, que conserva un criterio de valoración mixto.

El hecho delictivo protagonizado por un sujeto menor de catorce años queda por la entrada en vigencia de la LORPM definitivamente al arbitrio de las normas del Código

Civil, Capítulo V, Título VII del Libro I bajo la rúbrica “De la guarda y acogimiento de menores”, de las normas de los artículos 12 y siguientes de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LOPJM) y de las normas de cada Comunidad Autónoma en relación a la protección de menores.

En virtud de su inimputabilidad se erradica la aplicación de medidas sancionadoras de corte represivo o penal (ni los progenitores resultarán responsables de indemnización a las víctimas salvo que estos emprendan acciones por la vía civil) y será responsabilidad de la Fiscalía determinar la procedencia de remitir el caso a la entidad pública de protección del menor, a los efectos oportunos.

La entidad pública y en ocasiones la atención psicológica o psiquiátrica que se pueda derivar está sujeta al lugar de domicilio último conocido del menor, cuando este y el de la comisión del delito fuesen distintos. Probablemente, esto dé lugar a una de las discusiones más agrias entre el sector judicial y forense y la clínica práctica, como es el tratamiento obligatorio y forzoso del menor con conductas delictivas por los servicios sanitarios mentales de área ambulatorios o incluso más agria, en régimen de hospitalización.

#### *14.1.1. Delincuencia juvenil*

Resulta obvio que no toda conducta antisocial, por no decir ya agresiva, ni siquiera violenta, es motivo de sanción judicial. Por una parte, el concepto jurídico de delito se basa en cinco atributos concatenados y para los cuales cualquier epígrafe incumplido anula el concepto de delito:

- Acción (considerada por otro sector como incluida en el de tipicidad).
- Tipicidad.
- Antijuricidad.
- Culpabilidad.
- Punibilidad.

El concepto de delincuencia y conducta delictiva obviamente se sustenta en el de delito, si bien este ha sufrido equiparables embates a los acusados por el trastorno antisocial de personalidad y psicopatía, aunque por distintas razones. Su cuestión distintiva fue durante mucho tiempo la implicación penal que inexcusablemente comportaría.

No obstante, resulta obvio que puede existir una delincuencia en estado embrionario o prodrómico, que así como tantos actos delictivos no llegan nunca a ser juzgados ni a acompañarse de reacción judicial alguna, esto por no abundar en las acciones tipificadas antijurídicas protagonizadas por sujetos menores de 14 años e inimputables por tanto.

Este último hecho hace especialmente relevante que entendamos que el delincuente detenido, juzgado y que cumple una medida penal puede no ser representativo de la

“disposición delictiva” ni de los sujetos que aun delinquiendo no llegan a contactar con los sistemas de justicia.

En conjunto, existe una considerable confusión con respecto a cómo se imbrican los trastornos psiquiátricos de corte conductual con la delincuencia o la criminalidad. Valga un ejemplo aquí: muchos sujetos que leerán este libro habrán realizado antes de los 18 años un acto ilegal (hurto de un objeto pequeño o de escaso valor, por ejemplo). Sin duda, en caso de que el sujeto fuera aprehendido por dicho acto delictivo (pues infringe la ley) podría llegar a ser valorado psiquiátricamente.

Semejante acto delictivo solo interesaría al forense desde la perspectiva psiquiátrica si dicho acto se sumase a una constelación de datos de su historia personal y conducta, que es lo que hemos dado en llamar trastorno disocial o trastorno de conducta. En caso negativo el sujeto habrá delinquido, pero no será caracterizado como afecto de un trastorno psiquiátrico. Debe enfatizarse aquí que el sujeto entre 14 y 18 años es imputable de acuerdo con nuestra legislación, si bien no por el Código Penal del mayor de 18 años, sino por la LORPM. Por tanto, para el sujeto de esta edad (adolescente tardío), las alteraciones psíquicas reguladas por el artículo 20.1 del Código Penal, el trastorno mental transitorio y el estado de intoxicación plena del artículo 20.2 y la alteración en la percepción del artículo 20.3 no tienen la misma importancia en términos de exención por inculpabilidad, pero pueden determinar cuáles son las mejores medidas a aplicar en el caso concreto del menor (probablemente incluyentes de atención mental mantenida).

Delincuencia y psiquiatría, en la práctica pues, funcionan como unidades bidireccionalmente imbricadas en una parcela común limitada con transecciones ocasionales pero de intenso carácter traumático. De idéntica forma a la marea y la orilla, los distintos tiempos han visto cómo la visión del mal como enfermedad ha ganado algo de terreno a la visión judicial, del mismo modo que la visión judicial se lo ganó en otros tiempos a la visión moral o religiosa. Con todo, la actitud de la mayoría de los profesionales de la psiquiatría o psicología infantil es escéptica ante las posibilidades terapéuticas en estos casos y no es infrecuente hallar “componendas” de tratamiento entre profesional y el joven delincuente.

En definitiva, la delincuencia que puede ser una consecuencia del trastorno disocial o de conducta (o formar parte del trastorno mismo) no debe hacer pensar al legislador ni al poder judicial que esto equivale a padecer un trastorno psiquiátrico en sí mismo. Se trata de un constructo no estático que parte de la infracción de una legalidad determinada socioculturalmente, mientras que, en contraposición, el concepto de trastorno disocial o de conducta parte de la discrepancia con una forma de salud o equilibrio mental.

Por último, determinadas formas de conducta antisocial no infringen ley reconocible alguna, pero por su agrupación con otras (independientemente de que esas otras conductas produzcan transgresión de la ley tipificada o no) sí pueden dar lugar al diagnóstico de un trastorno psiquiátrico (absentismo escolar, infracción de normas paternas como llegar fuera de la hora pactada, molestar a otros, hacer comentarios despectivos, consumir sustancias adictivas). Ello, como anticipábamos, ha conducido a

utilizar una visión distinta de la delincuencia bajo la nominación de “no oficialista” o “no legalista”, basada en la delincuencia como un constructo independiente del contacto con los sistemas policiales y judiciales.

En resumen, el acto delictivo deberá encuadrarse, al menos en la evaluación psicopatológica, en términos no solo de la edad (como hace la ley), sino de la maduración del sujeto. Una conducta que sería tipificada como delito si el sujeto no fuese inimputable por razón de su edad pero en la cual el individuo mantiene una clara comprensión de su ilicitud tiene unas connotaciones muy distintas en términos de pronóstico sombrío, que no la tiene en el adolescente hallado culpable a los 16 años una acción tipificada y antijurídica, pero cuya comprensión madurativa está retrasada.

#### *14.1.2. Imputabilidad penal y edad*

Nuestro régimen jurídico considera al menor de 14 años inimputable penalmente e imputable según el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal al mayor de 18 años. Entre los 14 y los 18 años el sujeto es imputable, pero de acuerdo con la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor y no con el Código Penal.

Buena parte de las críticas a esta regulación procede de que a pesar de la imputabilidad “formal”, al atenerse a la LORPM la sanción, esta tiene un carácter educativo en régimen cerrado. Algunos sectores han considerado que semejante lenidad no serviría para disuadir como medidas punitivas más severas.

### **14.2. Salud mental en centros reformativos y de acogida**

Con el propósito de generar una norma jurídica aplicable a los adolescentes, y atendiendo al mejor interés del menor, desde pronto en la entrada del siglo XXI y en virtud de la LORPM, España experimentó la implantación o adaptación de centros que en régimen cerrado tenían el objetivo del cumplimiento de medidas judiciales para sujetos que habían cometido delitos tipificados en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

La gestión de dichos centros fue externalizada a iniciativas privadas bajo la forma jurídica de fundaciones. Desde pronto se cobraría conciencia de las dificultades que este proceso iba a presentar. Un alto porcentaje de los sujetos era de origen inmigrante, a veces niños o adolescentes que carecían de socialización ya en el país de origen (fundamentalmente población magrebí o del este de Europa). Un número significativo presentaban conductas reincidentes de creciente gravedad y existía una demanda creciente de situaciones de corte médico-psiquiátrico en dichas estructuras.

Aunque los centros diferían en la intensidad de las medidas de seguridad, en el número de usuarios y en la gravedad de los delitos que les habían llevado al cumplimiento de dichas medidas de ejecución judicial, no tardaron en aparecer alegaciones de jóvenes acerca de la presunta brutalidad y antilegalidad de algunas de las

situaciones de manejo en dichos centros.

Ya desde la perspectiva meramente clínica, consecuencias asistenciales de los trastornos por consumo de sustancias más habituales y a veces atípicas (pegamento inhalado), las quejas por insomnio de conciliación y los comportamientos agresivos o violentos constituyen las necesidades de atención más habituales. Este último apartado condiciona con frecuencia la necesidad de introducir protocolos de sujeción mecánica y aplicación de medicación urgente ante cuadros cuya alternativa, en ocasiones, solo podría ser la represiva de los profesionales de seguridad del centro.

De cara al paso al régimen semiabierto y abierto es esencial un trabajo de prevención de recaídas para el reconsumo (si bien es obvio que en algunos de estos centros de más difícil control o con más número de usuarios entra de manera clandestina droga y la misma se consume, fundamentalmente cocaína y cannabis). Por dicha razón, es muy relevante ser extremadamente cuidadoso con la prescripción de sustancias que puedan potenciar el *craving* y estar sujetas a mal uso.

El registro y constatación del mal perfil de sueño debe estar exento de las interpretaciones más radicales de profesionales no sanitarios que observan toda queja de los adolescentes como dirigida a la obtención de sustancias con efectos psicotrópicos. Solo así podrá delimitarse la congruencia de dichas alteraciones con un cuadro de ansiedad o afectivo en curso (insomnio secundario) o una forma primaria.

Aunque nuestra aproximación al trastorno de estrés postraumático es cautelosa, si desde luego existen sujetos con riesgo de presentar esta forma de patología son los sujetos involucrados en situaciones violentas. Si bien, lógicamente, los sujetos que cumplen medidas judiciales pueden haber sido protagonistas de estas formas de comportamiento, no debe olvidarse que con gran seguridad también han sido víctimas de la misma.

La migración irregular acumula múltiples situaciones de riesgo vital para el individuo y este se puede ver expuesto a la violencia represiva de fuerzas policiales, las propias mafias o a situaciones de intenso miedo como las originadas por el modo de transporte clandestino para cruzar la frontera (bajos de camiones, pateras, motores de barcos y más recientemente salto de vallas).

Para la población de origen español, otras formas de ansiedad se constatan como más frecuentes que las formas establecidas como el TEPT durante la atención a residentes en centros de estas características, así como de centros de acogida. Nuevamente, cuando el diagnóstico sea claro, se debe ser cuidadoso con la utilización de benzodiazepinas en estas poblaciones y se deberá preferenciar los antidepresivos con perfil sedante como la trazodona o la mirtazapina.

Cuando la situación y las capacidades lingüísticas del sujeto lo permitan deben intentarse aplicar técnicas cognitivo-conductuales que disminuyan la activación vegetativa y el malestar global asociado a los procesos de adaptación al centro (como ocurre en el ingreso) o a los cambios y vicisitudes experimentados durante el cumplimiento de la medida judicial (nuevos juicios, conflictos familiares intercurrentes de los que el usuario tiene noticia, confrontaciones con otros adolescentes o los profesionales del centro).

Otra parcela escasamente detectada hasta la última década ha sido el alto porcentaje de sujetos con TDAH ingresados en ambos tipos de centros. Actualmente es bien conocida la alta prevalencia de antecedentes de TDAH y, hasta donde se acepte, de la persistencia de sintomatología residual en el adulto entre sujetos encarcelados, como demostró el trabajo de Ginsberg (2010). En este trabajo, con una muestra de 315 sujetos condenados a largas penas, se encontraba un 40% de casos de TDAH en la infancia mediante la aplicación de la Weder Utah Rating Scale (WURS).

Si resolver las dificultades para algunas comunidades profesionales como la de profesores en el propósito de ayudarles a aceptar el diagnóstico del TDAH y coparticipar en el mejor manejo de estos jóvenes sigue siendo una tarea no completada, cuando el diagnóstico del TDAH se refiere a un sujeto con conductas antisociales que cumple medidas de ejecución judicial, la oposición que encontrará el psiquiatra para plantear un tratamiento específico (especialmente con estimulantes como metilfenidato o derivados anfetamínicos más modernos y eficaces, reformulados químicamente como la lisdexanfetamina) puede ser extraordinariamente demandante. Sin embargo, innumerables grupos de trabajo, aparte del mencionado del instituto Karolinska, constatan la eficacia y seguridad de estos tratamientos en este perfil de usuario.

A pesar de todas las prevenciones sobre el potencial de mal uso o de prejuicios sobre estos fármacos, no existe duda alguna a día de hoy de que ante un cuadro bien diagnosticado, dichos tratamientos tienen un papel protector contra el abuso de drogas en la adolescencia. Si bien dicho carácter protector parece disiparse en la edad adulta, que la medida judicial permita una ruptura durante meses o años con el consumo de sustancias adictivas puede significar una diferencia muy significativa en el futuro del sujeto que de otra forma hubiese ido incrementando la intensidad y gravedad de sus consumos tóxicos.

Aunque se requiere investigación específica sobre estas poblaciones y dicha investigación viene dificultada en nuestro ámbito por una generalizada apatía institucional y un exceso de celo en evitar cualquier complicación añadida, debemos destacar que la única forma de modificar nuestras alarmantes cifras de individuos encarcelados en la edad adulta, y por tanto de disminuir el ingente gasto directo e indirecto de este hecho, procede de identificar marcadores tratables en el joven adolescente y que puedan influir favorablemente en la tendencia natural a que ciertas conductas antisociales se desvanezcan con el paso a la edad adulta.

En este sentido, las instituciones y autoridades judiciales tienen la responsabilidad de que efectivamente se instauren tratamientos psicosociales rehabilitadores en estas poblaciones, mediante profesionales bien entrenados que apliquen técnicas validadas y estandarizadas para terrenos como la adquisición de habilidades sociales y de competencias académicas y laborales.

La percepción habitual sobre nuestro país es la de externalización a proveedores privados que escatiman todo coste posible para ganar la licitación de servicios para estos centros. En este sentido podemos afirmar que para alcanzar el ejemplo de otros países nórdicos quedan grandes parcelas de mejora, entre las cuales el más significativo es que la selección y el reconocimiento especial de los profesionales que atienden a este ámbito

sustituya la habitual precariedad y perfil bajo de algunos procesos selectivos.

Mientras que en países como Reino Unido u otros del norte de Europa existen profesionales subespecializados en psiquiatría forense y en psiquiatría infantil, nuestro país sigue esperando la implantación de esta última subespecialidad, y deja la formación en la primera a cursos de capacitación privados de calidad formativa cuando menos cuestionable y que en el mejor de los casos es un “lujo formativo”.

### **14.3. Confidencialidad**

Como ya se apuntaba en el capítulo dirigido a evaluar aspectos clínicos y entre ellos los relativos a la entrevista, la única posibilidad de que el niño o adolescente con conductas problemáticas y capaz de establecer una alianza terapéutica pueda embarcarse en un trabajo terapéutico eficaz depende de la confidencialidad y el sentimiento de seguridad de que lo contado no se utilizará en contra del paciente.

Es obligatorio, sin embargo, transmitir al niño o adolescente una información clara antes de adentrarse en el proceso terapéutico, acerca de que lo tratado será confidencial salvo que el profesional considere que los padres o las estructuras judiciales, incluso potenciales víctimas, sean advertidas de lo referido por el individuo. En términos prácticos, esta proposición del profesional de la salud mental puede tomar una forma como esta: “Todo lo que me cuentes quedará entre tú y yo. Sin embargo, si en algún momento durante nuestros encuentros me cuentas algo que puede tener riesgo para ti o para otras personas, tendré que comunicarlo a tus padres o incluso a otras personas. Si un juez me preguntase específicamente sobre algo ocurrido en terapia, también estaría obligado por la ley a contestarle”.

Esta actitud está claramente establecida en la legislación actual y por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que considera excepciones al cumplimiento del derecho a la confidencialidad de forma clara en las siguientes circunstancias:

- Cuando se necesita someter a la evaluación y al tratamiento de forma no voluntaria a un paciente (intentando limitar al máximo la información sensible aportada en informes a solicitud de la familia acerca del paciente para operar en su mejor beneficio, como puede ser el traslado involuntario, urgente y forzoso, así como un ulterior potencial ingreso involuntario).
- Cuando se trata de proteger a un tercero de los actos peligrosos que el paciente podría realizar (doctrina Tarasoff).
- Cuando exista una exigencia judicial.

### **Preguntas de autoevaluación**

1. El psiquiatra ante el sujeto menor de 14 años con conducta delictiva derivado por orden judicial...

- a) Debe establecer la existencia de imputabilidad.
  - b) Puede ser requerido para la evaluación de psicopatología.
  - c) No necesita responder al juez.
  - d) Tiene que establecer la veracidad de las apelaciones del sujeto.
  - e) Debe ingresar siempre para exploración continuada en régimen de hospitalización breve.
2. En la situación legal actual en España...
- a) La imputabilidad no aparece hasta la edad adulta.
  - b) La imputabilidad depende no solo de la edad, sino de otras posibles exenciones recogidas en la ley.
  - c) El sujeto menor de 14 años es imputable si es consciente del carácter ilegal de sus actos.
  - d) La Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor reconoce la posibilidad de que el menor de 18 años cumpla medidas judiciales de separación en cárcel.
  - e) El menor deberá atenerse a la regulación de la Comunidad Autónoma en la que haya delinquido, cuando esta no coincida con la de su domicilio.
3. Entre las demandas más frecuentes para el profesional de salud mental en centros de acogida o de ejecución de medidas judiciales no se encuentra...
- a) Quejas de insomnio.
  - b) Cuadros de agitación psicomotriz o de violencia.
  - c) Síntomas de ansiedad episódicos ante cambios o la adaptación al centro.
  - d) Informes judiciales o para la Fiscalía del Menor.
  - e) Psicoterapia de corte psicodinámico.
4. La investigación en TDAH ha desvelado una de las afirmaciones siguientes:
- a) Los sujetos encarcelados presentan menores prevalencias de TDAH en la infancia que la población general.
  - b) Este trastorno es el producto de la presión de las industrias farmacéuticas.
  - c) Es un trastorno claramente limitado a la primera infancia.
  - d) No responde en la forma del adulto a los fármacos habituales.
  - e) Es meramente el producto de un déficit en los procesos psicológicos del individuo.
5. Con respecto al tratamiento farmacológico del TDAH en sujetos correctamente diagnosticados y que presentan conductas antisociales...
- a) Debe ser cauteloso por el riesgo de que estimulantes puedan aumentar la dependencia del sujeto en la adolescencia.
  - b) Solo son útiles los fármacos no estimulantes.
  - c) Existen datos publicados de que lisdexanfetamina es eficaz y seguro en niños, adolescentes y adultos, con diagnósticos de TDAH.
  - d) Solo debe aplicarse en personas que tengan un alto soporte familiar y social.
  - e) Debe evitarse en regímenes cerrados, siendo más útil la terapia cognitivo-conductual, en especial en sujetos con déficits idiomáticos.



# 15

## *Medios de masas, cine y nuevas comunicaciones: el impacto de lo audiovisual en lo antisocial*

“El camino del hombre recto está por todos lados rodeado por la injusticia de los egoístas y la tiranía de los hombres malos. Bendito sea aquel pastor que en nombre de la caridad y de la buena voluntad saque a los débiles del valle de la oscuridad, porque él es el auténtico guardián de su hermano y el descubridor de los niños perdidos. Y os aseguro que vendré a castigar con gran venganza y furiosa cólera a aquellos que pretendan envenenar y destruir a mis hermanos. Y tú sabrás que mi nombre es Yavéh cuando caiga mi venganza sobre ti.” Samuel L. Jackson en *Pulp Fiction*, de Quentin Tarantino.

La influencia del periodismo, la radio y el cine incipiente en la vida cotidiana de los siglos XIX y XX constituyó un cambio radical en las sociedades modernas. Sin embargo, han sido la televisión, los videojuegos e Internet en sus diversas facetas los condicionantes más significativos de la infancia y adolescencia de generaciones catalogadas como inopinadamente violentas y antisociales (si bien cada dos o tres generaciones a lo largo de la historia se ha visto con semejante horror el cambio social de una nueva época). Este capítulo tiene como objetivo dimensionar la realidad de este lugar común y de efectivamente acercar al lector a los hitos históricos y a algunos deméritos creativos junto con la paralela investigación científica que se ha desarrollado en esta área. Las premisas básicas de este análisis tienen que ver con analizar si efectivamente existiría una fascinación primigenia del ser humano por la visualización del acto violento (consistente con nuestro bagaje antisocial solo reprimido por la socialización) y con el presupuesto de que la contemplación de la misma tiene impacto en los sujetos predispuestos a “engancharse” a su producción, aunque no fuere de forma universal. Por otro lado, el especialista que trata con niños y adolescentes necesita estar al corriente de las fuentes culturales y “contraculturales” que alimentan su bagaje de exposiciones.

### **15.1. El impacto de lo audiovisual en la violencia sádica**

Cuando Teddy Bundit, uno de los asesinos en serie al que se atribuye un mayor número de víctimas en la historia de Estados Unidos justificaba en su juicio e intervenciones públicas la influencia sobre su conducta homicida y de violencia sexual de los contenidos pornográficos a los que se había expuesto durante su juventud, este despiadado e inteligente psicópata sádico venía a utilizar y manipular un concepto que en años ulteriores entraría en boga, muy favorecido por el *tsunami* conservador de la administración Reagan. De la misma manera que Banditt había conseguido eximirse en el primero de sus juicios gracias a su fingimiento de patología psiquiátrica, apelaba a uno de los *leit motiv* que los psicópatas han seguido en su defensa judicial y que se resume en el aforismo “soy homicida porque la televisión y el cine me han hecho así”.

En realidad, habían sido los estudios psicológicos que exponiendo a sujetos a violencia sexual en imágenes encontraron una alta actitud punitiva y sádica hacia mujeres “gancho” que en estos estudios actuaban escenificando que sufrían una tortura real a manos de los hombres (sujetos del estudio), el punto de partida de un pensamiento que caló rápido en el ideario general. “La visión de violencia engendra violencia, la visualización del desprecio por el otro engendra desprecio por el otro” sería el resumen de dicho aserto.

Hoy conocemos mejor distintos sesgos y problemas metodológicos que invalidan o matizan semejantes conclusiones. Sobre todo conocemos que ante la ambigüedad de resultados en los distintos paradigmas, cualquier intento de demonizar o de glorificar la violencia en los medios de comunicación tiene más que ver con presupuestos de los autores que investigan que no con un conocimiento científico incontrovertible. Exactamente igual que el principio de incertidumbre introduce que la propia investigación modifica alguna de las variables a observar, la influencia de los medios sobre la violencia sexual se comporta de una manera parecida. Frente al haz del microscopio que modifica alguna variable del movimiento de la partícula subatómica, el haz de la mirada varía el fenómeno violento que tratamos de observar.

Un vigoroso ejercicio crítico es por consiguiente imprescindible para comparar los cientos de millones de sujetos expuestos a violencia audiovisual y la baja incidencia de conductas violentas en forma de asesinatos múltiples o de los tiroteos indiscriminados en colegios y otras afluencias a lugares o eventos públicos. Obviamente, cualquier caso de este estilo acapara la atención y rastrea los antecedentes de los sujetos que los protagonizan, pero como es obvio lo que dichos “análisis” aportan no explica que una inmensísima mayoría de los sujetos con exposiciones crónicas a violencia audiovisual no desarrollan actividad antisocial significativa.

Aunque parezca que esta es una discusión bizantina, el lector siempre debe tener en mente que la correlación entre fenómenos es insuficiente para explicar la causalidad de un fenómeno, pero que en efecto existe siempre un riesgo coercitivo y censor en una visión hipermoralizante y preconcebida sobre este tema. De hecho, no son pocas las referencias bibliográficas que asocian la visión y el consumo de violencia audiovisual a una “catarsis” que evita otras formas de explosión mucho más traumáticas.

Consistentemente, por tanto, la exposición audiovisual a violencia ha sido

desestimada como factor de riesgo *per se* para el desarrollo de conducta antisocial en el niño o adolescente. Hasta nuestro conocimiento y a fecha de redacción de este libro, de los miles de estudios relativos al área solo uno, y aunque pueda chocar patrocinado por la televisión, encontraba causalidad entre la exposición a violencia y la producción de conductas violentas.

Con todo lo anterior, sí resulta todavía interesante evaluar cómo influye la visualización de violencia en el sujeto que sí presenta rasgos psicopáticos. ¿Podría tratarse de un disparador relevante de la conducta, o más bien solo es una explicación capciosa y exculpatoria del sujeto que trata de eximirse de su responsabilidad como argumentaba Teddy Bundit?

En nuestro país, y otros de nuestro contexto sociocultural, los últimos decenios han asistido a varios casos que han generado las mismas apelaciones a un influjo nocivo causal de un acto por lo demás inexplicado de corte homicida incluso contra familiares y progenitores. Si bien se ha constatado un posible efecto prosocial y favorecedor del aprendizaje mediante algunos videojuegos y programas televisivos, también se ha destacado el efecto sobre el empobrecimiento del lenguaje y la posible influencia en el estado anímico y las crisis emocionales de la exposición repetitiva al lenguaje soez, discriminador y sexista.

Por todo lo anterior, padres y profesionales tendrán que preguntarse de forma individualizada si independientemente de la influencia que estos materiales puedan tener en los niños o adolescentes, su consumo y disfrute es la más oportuna inversión de tiempo y atención que el joven puede hacer tanto para su formación como para su desarrollo como ser humano, pues a día de hoy no parecen esperables cambios legislativos o formas de poder atajar estas exposiciones salvo las restricciones que se puedan poner desde la educación familiar.

## **15.2. Cinematografía de interés**

Una revisión aun resumida de qué aporta al profesional esta temática llevaría en sí misma cientos de páginas, si no miles, dado que la historia de la explosión de la cinematografía se sustenta en pilares como el cine negro, y géneros como el bélico, el *thriller* e incluso el cine social, donde se plantea inequívocamente el conflicto en términos de individuo frente a otros individuos o de forma recíproca entre este y la sociedad o las estructuras, de forma que el espectador incluso puede aspirar a logra una “rectificación” de la violencia estructural que sufre a través del efecto catártico de la pantalla. De cualquier forma proponemos algo más de una docena de títulos y autores que pueden servirnos para entender mejor algunos fenómenos clínicos, terapéuticos y retos que el profesional afronta.

### *15.2.1. La evasión (1960)*

Esta película francesa, considerada hoy como la obra maestra de su autor, Jacques Becker, ilustra la diferencia entre la traición y el mal en contraposición con la conducta delictiva o antisocial. La gradación moral entre las conductas de los sujetos que inexcusablemente han delinquido pero que son capaces de establecer una asociación y una cooperación mutuas contrasta con la del sujeto individualista incapaz de adherirse emocionalmente al proyecto del grupo.

Como se ha destacado a lo largo de distintos capítulos previos, esa incapacidad para la asociación emocional con los pares es un factor que puede identificarse ya en la mente psicopática infantil. El psicópata puede fingir la colaboración cuando trata de manipular al grupo o hacerse con su liderazgo y la servidumbre de sus miembros, pero a la hora de la verdad su arraigo en el grupo es nulo, y por tanto ni se compromete ni se arriesga por el mismo o por sus miembros.

### 15.2.2. La naranja mecánica (1971)

Sin duda, *La naranja mecánica*, de Stanley Kubrick, es un prodigio de adelanto a su tiempo, de vigencia y de una gran profundidad analítica en términos psiquiátricos, lo que la ha convertido en película de culto también para las profesiones relacionadas con la atención mental de la población.

Aunque, como es natural, la violencia sádica de su protagonista se acompaña de confusores cinematográficos y de licencias científicas variadas, consituye un refrendo imprescindible en cuanto a representaciones artísticas de una temática que puede despertar muchos sentimientos encontrados. La violencia horroriza, pero al tiempo fascina, y algunas secuencias como el asalto a la casa del escritor y la violación de su mujer constituyen un palmario ejemplo de esta ambivalencia del espectador.

Rodadas algunas escenas como si se tratasen de la coreografía de un ballet y con música de fondo, la cuestión que queremos destacar aquí es que el punto de partida psicopático sádico podría conceptualizarse como ese aburrimiento existencial del que el psicópata escapa a través de la violencia. Este correlato que Kubrick nos hace más paladeable a pesar de ser terrible y que posiblemente es el paralelo emocional en la mente del psicópata sádico cuando inflige daño y se contempla a sí mismo como poderoso puede permitirnos entender mejor una constitución biológica que predetermina al niño o adolescente a la selección de las formas de estimulación referidas.

Por otro lado, Kubrick evalúa ya la percibida incorregibilidad de la psicopatía, al ridiculizar el efecto de la psicoterapia conductual aversiva a la que se somete al protagonista y en último término discrepa abiertamente del resultado optimista de la novela en que se basa. El suicidio de Alex, no se debe obviar, es potenciado y utilizado como un arma política, esencialmente como antes se utilizó al personaje “curado” como propaganda.

Es preciso señalar que, en su novela, Anthony Burgess, diez años antes, había proporcionado un final (el famoso capítulo 21) en que el encuentro de Alex con Pete y su

comprensión de que su afinidad por la ultraviolencia viene a ocupar un vacío y que lo que le faltan son los lazos prosociales del matrimonio, entronca con la visión más propia de los años 60 de que la rehabilitación prosocial del protagonista era factible.

### 15.2.3. El Padrino (1972)

Algunas cintas glorifican el papel de la Mafia y de otras asociaciones criminales, desdramatizando el negocio del mafioso, en cierta consonancia con esa intraclasificación que el sujeto antisocial realiza dentro de lo que se mueve al margen de la ley. En este subgénero, y en particular en *El Padrino*, se ilustra cómo existen “niveles” de lo antisocial, así como un código de “honor”, y defiende que existe una estratificación en la conducta antisocial (entre ciertas actividades y otras) en el seno del crimen organizado. En realidad, esta sensación del espectador procede de que a pesar de haber seleccionado un código distinto por el que regirse: “el respeto y el *quid pro quo* del individuo con respecto a la organización”, existe dicho código legal interno.

Muy posiblemente esto significa que cuando el crimen se corporeiza en forma de estructura delictiva, el desorden prototípico del individuo antisocial queda contenido por la estructura, que utiliza la impulsividad y la violencia del individuo en su provecho, pero nunca permite que campe por sí sola. El psicópata es en cambio un sicario, podrá atacar al orden establecido pero, como ocurre en la sociedad, está condenado a perder finalmente su batalla, ahora contra el “orden antisocial”.

El relato en *flashback* de los inicios en Estados Unidos del joven Vito Corleone dibuja un sujeto que cumple con algunos de los aspectos epidemiológicos abordados en páginas precedentes, si bien de una forma idealizada. El fenómeno migratorio y las consecuencias de un entorno ya corrompido previamente fuerza a Vito, como decenios más tarde a Michael Corleone, a abandonar sus respetables senderos de vida profesional y personal (una de humilde trabajador, la otra de héroe de guerra) e involucrarse en la vida delictiva.

Veinte años más tarde de su participación en la secuela de *El Padrino*, en la obra que dirige con título *Una historia de violencia*, Robert de Niro tomará al niño en cuya primera voz se realiza la narrativa de la película y nos hará contemplar las dificultades terribles para que en un entorno que glorifica la violencia, el niño atienda a una crianza prosocial por parte de unos padres honrados. La fascinación de la infancia se nos muestra así manipulable cuando encaja con algún rasgo caracterial o espirativo del sujeto y nos sirve para comprender las teorías explicativas del fenómeno antisocial como la de la asociación diferencial.

### 15.2.4. El niño que gritó puta (1991)

Una de las pocas películas que registra con fidelidad el fenómeno psicopático en la

infancia es esta cinta relativamente poco conocida fuera de ámbitos de cinéfilos o especializados dirigida por Juan José Campanella. El director, que casi 20 años después vuelve a abordar con maestría la violencia y la mente del sádico y de sus víctimas en *El secreto de sus ojos* (2010), relata la historia de una familia monoparental en que el niño Dan Love, interpretado por Harley Cross, convive con su madre y dos hermanos.

La tiranía en su comportamiento ante una madre desautorizada que solo puede recurrir a la institución hospitalaria psiquiátrica, por otro lado ineficaz, es un fenómeno ubicuo en la práctica clínica actual, donde la ausencia del padre ocupa un lugar de influencia destacada. Con un lenguaje descarnado que traduce la experiencia del entorno del psicópata infantil, nos ubica ante uno de los problemas psiquiátricos y sociales más complejos y más pobremente abordado por los avances científicos y de tratamiento.

#### 15.2.5. Fargo (1996)

Los dos personajes principales (papeles protagonizados por Steve Buscemi y Peter Stormare), que se nos muestran inicialmente como secuestradores algo chapuceros contratados por el marido de la víctima para obtener un suculento rescate de su suegro, muestran dos perfiles distintos de sujeto antisocial: el expansivo papel interpretado por Buscemi (Carl) tiene su contrapunto en el callado psicópata sádico (Gear) que encarna Peter Stormare.

La filmografía de los hermanos Cohen, como veremos, comparte con la de Tarantino esta calidad que hace que sujetos sin ningún rasgo antisocial encuentren risible la violencia brutal que a veces presenta en sus obras. Aunque poco explorado en términos sociológicos, la influencia del lenguaje soez de estos guiones (como ejemplo, en *Fargo* y en una sola secuencia, Buscemi repite diez veces la palabra “*fuck*”) debería merecer en nuestra opinión al menos la misma atención investigadora que ha recibido la visualización de la violencia, para conseguir desentrañar si, en efecto, esto puede influir de forma significativa en las emociones y actitudes duraderas del espectador.

#### 15.2.6. American Psycho (2000)

Entre las frases antológicas de una película aún más desigual que la novela de Bret Easton Ellis, figura la famosa apelación del protagonista, Patrick Bateman, a una mujer con la que yace en la cama tras mantener relaciones sexuales y a la que aparta de él ante el riesgo de que le toque su Rolex. Los rasgos del psicópata narcisista según la descripción de Millon se ven claramente en el ejecutivo triunfador que encarna en partes muy brillantemente Christian Bale.

La poco lograda ambigüedad del final de la cinta no es óbice para que constituya una interesante aproximación al espectador no especializado sobre lo que se ha dado en denominar el “psicópata de cuello blanco”, así como algunas teorías expuestas en este

libro, como la explicación del origen del gran sadismo en el desequilibrio de control social que hace que el sujeto pueda ejercer un mayor control del que le somete.

### 15.2.7. *Monster (2003)*

Basado en el caso real de Aileen Wuornos, mujer juzgada y ejecutada por el asesinato de siete hombres entre 1989 y 1990, la adaptación de su vida al cine retrata con especial crudeza el desarrollo progresivamente antisocial que a veces se observa cuando acontece la ruptura entre la defensa propia y el franco acto injusto agresivo. Referencia inexcusable, como una de las escasas representaciones de un desarrollo antisocial en una mujer, la historia original de Aileen Wuornos, a diferencia de lo que suele ser la marca de Hollywood, es aún más cruda y violenta desde su origen infantil de lo que reflejaría la película. Este relato se encuentra más fielmente incluido en el documental de 1992 *Aileen Wuornos: The Selling of a Serial Killer*.

Condenada a muerte en 1992 y finalmente ejecutada en 2002 mediante inyección letal, la biografía de Aileen Wuornos acapara prácticamente todos los factores de riesgo rastreados en el intento de comprensión epidemiológica de la conducta antisocial. El padre requirió diversos ingresos psiquiátricos y acabaría ahorcándose en la cárcel tras ser condenado por cargos de pederastia en 1969. La madre se había divorciado de él poco antes de que su hija naciera, y luego abandonó a Aileen y a su hermano mayor, dejándolos al cuidado de sus abuelos. Según el relato de Aileen, su abuelo abusaría física y sexualmente de ella, y posteriormente mantendría relaciones sexuales precoces incluso con su propio hermano, para quedar embarazada a los 14 años y ceder su niño en adopción a los 15.

Tras pasar por una institución de madres solteras emprendería crecientes agresiones de carácter aparentemente impulsivo, disparos al aire y agresiones domésticas tras contraer matrimonio a sus veinte años con un hombre de 76.

A partir de este momento comienzan a repetirse los delitos relativamente menores pero continuados, las estancias en la cárcel, los cambios de nombres y alias, así como el afianzamiento en el mundo de la prostitución y el inicio de su relación de pareja homosexual con Tyria Moore. En 1989 asesina a la primera de sus víctimas, un violador en serie y ex convicto en alegada defensa propia. Entre ese año y el siguiente se le imputaron seis víctimas más, recibiendo seis condenas a muerte en total (ya que uno de los cadáveres nunca se encontró).

### 15.2.8. *Ciudad de Dios (2002)*

Otra de las contadas obras que desarrollan la temática del niño y adolescente delincuente, en este caso en el contexto de las favelas de Río de Janeiro. Fernando de Meiralles plantea la trama en relación con el mundo de la droga como única forma de aspiración

social para los habitantes de la favela, dado que el resto de personajes que intentan acceder a un cambio de vida por medios legítimos ven todos sus esfuerzos frustrados por la violencia imperante. La frase que resume la trama es ostensible y una profecía autocumplida para muchos sujetos incapaces de escapar al influjo del ambiente: “Lucha y nunca sobrevivirás...corre y nunca escaparás...”.

En realidad, la resonancia del modelo de Merton de aspiración a metas culturalmente saludadas mediante medios ilegítimos se ve ilustrada por el tráfico y la venta de drogas en que aquellos sujetos con “ambición” crecen a través del ejercicio de aterrorizar a los otros. Desde los personajes de Dadinho y Bené a Buscapé existe todo un *collage* de la realidad infanto-juvenil en los barrios desfavorecidos de las grandes ciudades.

### 15.2.9. No es país para viejos (2007)

Los hermanos Joel y Ethan Cohen firman también esta obra más reciente, donde un soberbio Javier Bardem personaliza a Anton Chirguth. En la novela homónima de Cormac McCarthy de 2005 en la que se basarían los Cohen, Chirguth es un sicario, descrito como un psicópata sádico cuyos discursos filosóficos inundan la novela. El aspecto más relevante de la película para el propósito que nos ocupa es leer en la inexpresividad de Bardem, la máscara de frialdad a la que hemos aludido permanentemente en el diagnóstico diferencial de la franca psicopatía.

### 15.2.10. De *Trainspotting* (1996) a *Slumdog millionaire* (2008)

El tránsito de Danny Boyle en estos veinte años nos lleva desde una historia ensalzadora de la conducta antisocial rupturista con el adoctrinamiento prosocial a una denuncia social desde la aspiración al conformismo.

El demoledor guión para las conciencias aburguesadas del inicio de *Trainspotting* con su protagonista corriendo por las calles de Edimburgo merece un lugar cuando se trata de comprender el universo del adolescente y del adulto joven en lucha con los valores imperantes que representan sus padres. Más allá de la brillante defensa del consumo de heroína como única alternativa “éticamente” válida a las terribles inconsistencias del imperio de la rutina, la película aúna representaciones magistrales de tipologías claramente identificables en la clínica, revitalizadas por la aparición de una generación “nini” que podría perfectamente encajar con la actividad de “ver pasar trenes” a la que se refiere el título de la cinta.

La evolución de la temática para este director nos lleva a encontrarnos en *Slumdog Millionaire* con la resiliencia en persona, ejemplificada en el contexto de violencia social, religiosa y estructural de la India. La divergencia vital entre el decurso vital del protagonista (Jamal) y su hermano Salim resulta especialmente interesante por la contraposición de personalidades que van adquiriendo y que ya están presentes muy

pronto en la infancia, a pesar de tener vivencias muy similares si no idénticas durante dichos primeros años de vida, lo que pone sobre la mesa que “compartir” ambiente no significa compartir la codificación que realiza el individuo de las experiencias a las que somete el mismo.

### 15.3. Directores de interés

Algunos autores equivalen, parafraseando la aproximación a Quevedo de Borges, a una cinematografía entera en sí mismos, y no decepcionan cuando pretendemos indagar en sus complejos mundos personales para comprender el impacto sociocultural que sus tratamientos de la conducta antisocial y de la violencia han tenido en nuestro ideario general como sociedad.

#### 15.3.1. *Hitchcock*

Probablemente entre su dilatada producción cinematográfica que refleja muy diversos aspectos del crimen y por consonancia de personalidades antisociales, algunas de ellas altamente impulsivas, se deberían destacar *Crimen perfecto*, *La sogá*, *Marnie la ladrona* y *Frenesí*, tratando de no ser exhaustivos. Muy influido por la teoría imperante del psicoanálisis en alguna de estas y otras cintas, en retratos como el de *La sogá* o *Frenesí*, el genio inglés refleja un amplio plantel de personalidades antisociales, desde la fría prototípica del psicópata de alto rendimiento intelectual, que pone en jaque a los representantes de la ley en *Crimen perfecto*, *La sogá* o incluso *Frenesí*, hasta la conducta cleptomaniaca de *Marnie, la ladrona*.

Por otro lado, retazos sobre las consideradas por su tiempo perversiones de objeto sexual como la erótica con núcleos obsesivos como el fetichismo, la delectación del *voyeur* o la tensión emocional previa al asesinato se pueden detallar a lo largo de su extensa obra, con un interesante ejercicio de descripción del efecto de la experiencia traumática sobre el psiquismo de la víctima (por ejemplo, la amnesia disociativa de *Recuerda*).

#### 15.3.2. *Martin Scorsese*

Se ha escrito con razón que *La edad de la inocencia* es una de las películas más violentas de la filmografía de un director que cuenta en su haber con otras obras como *Taxi Driver*, *Toro salvaje* o *Infiltrados*. Basándose en la novela del siglo XIX de Edith Wharton, aborda las tensiones personales del personaje protagonista interpretado en la adaptación cinematográfica por Daniel Day Lewis (Archer) y de su amor prohibido por Madame Oletska (Michelle Pfeiffer).

Si preferiríamos esta obra en lugar de otras con intensísima violencia y lectura psiquiátrica tan rica o más, ello se debe a que en este caso se nos sitúa ante el acto antisocial de lo íntimo y privado, de la relación amorosa que amenaza al orden establecido y por tanto es contestado por la sociedad bienpensante con todas las añagazas prosocializadoras posibles.

En este terreno cenagoso donde lo prosocial es dañino y demoledor para la libertad del individuo se mueve un numeroso grupo de sujetos inadaptados, perseguidos, vilipendiados, torturados e incluso acallados y asesinados por los diferentes órdenes imperantes de sus respectivos tiempos. El profesional de la salud mental debería permanecer especialmente vigilante ante esta discriminación, en la doble acepción de la palabra, y no colaborar en valerse de los recursos psiquiátricos para anular la libertad de expresión de sujetos que, lejos de ser dañinos para la sociedad, abren sus ojos e indican el camino a tiempos nuevos.

### 15.3.3. *Quentin Tarantino*

Según su propio testimonio, el abordaje de la violencia de este autor emana en parte de su visionado de miles de películas, entre ellas un buen número de japonesas durante su trabajo como dueño de un videoclub.

Pocos autores han despertado una expectación tan marcada como el director norteamericano con su peculiar estilo de abordaje de la violencia más cruda en cintas desde su primera obra, *Reservoir Dogs* hasta *Kill Bill*, *Malditos Bastardos* o *Django desencadenado*, pasando por supuesto por *Pulp Fiction*.

## 15.4. Videojuegos: de lo violento a lo sádico grotesco, de *Mortal Kombat* a *Grand Theft Auto IV* y *Bulletstorm*

Existen pocas dudas sobre que el gran negocio audiovisual ha dejado de ser el cine y que los videojuegos constituyen la gran industria en términos tanto de inversión como de negocio en el momento actual, como ilustra que la comercialización de uno de dichos juegos en 2014 superase muy ampliamente en el presupuesto de su producción el de la película más cara rodada nunca (500 millones de dólares, recuperados en el primer día tras su comercialización según algunas fuentes).

Uno de los problemas consistentemente achacados a los videojuegos constituye en que la escasa supervisión parental permite que niños pequeños se expongan durante horas de actividad repetitiva a contenidos violentos y antisociales que han ganado indeciblemente en realismo y llegado a compendiar las más abigarradas muestras de proporcionar una violencia más cruda, contra víctimas más inocentes o indefensas e incluso facilitando al jugador la colaboración terrorista contra civiles, como fue el caso de *Call of Duty: Modern Warfare 2*, comercializado en 2009.

Por otra parte, a diferencia del cine, la música o la literatura, en los videojuegos es el jugador quien determina el curso de los acontecimientos. Este inexcusable punto fuerte que permite al jugador corporeizarse y convertirse en una especie de avatar dentro del juego hace que la imagen pueda dejar de vivirse desde la perspectiva enjuiciadora de espectador para que se asuma la vivencia del protagonista en primera persona. La perspectiva del “tirador” está detrás de la mayoría de los videojuegos más violentos a los que se denomina de *shooter*.

En este contexto de juegos, *Grand Theft auto* en sus diversas versiones, introducía la posibilidad no ya de disparar, sino de protagonizar cualquier forma de conducta antisocial en el contexto de su trama: asesinar policías, atropellar a viandantes de forma deliberada, contratar o violar a prostitutas, eran distintas formas de avanzar en el juego. En el año 2011, y tras la comercialización de *Grand Theft Auto IV*, el debate sobre la actitud que debían tener los legisladores ante los videojuegos se recrudeció cuando un niño de 8 años asesinó en Estados Unidos a su abuela de un disparo tras jugar a este videojuego en concreto.

El videojuego *Postal 2*, uno de los más claros ejemplos de videojuego violento y catálogo de conductas antisociales, permitía torturar y matar gatos, asesinar personas en colas cuando estas se colaban y orinar sobre los cadáveres, aportando al final del juego un resumen de las cabezas voladas o de lo orinado sobre cadáveres. Como se puede observar en juegos posteriores como *Bulletstorm*, los programadores a partir de este momento tratan de acrecentar el lenguaje soez o aumentar la carga sexual de dichos videojuegos, todo ello ante una marcada indiferencia de la legislación a los efectos perniciosos que esto puede tener sobre la población infanto-juvenil.

## 15.5. Música para depredadores

Dentro de un amplio grupo de tendencias musicales y artistas, entre ellos Marilyn Manson o algunos representantes del rap que han llegado a ejercer o sufrir dicha violencia promulgada, la apología del desafío social es a fecha de redacción de este libro más que común entre la música de consumo por nuestros jóvenes y se ha vinculado a masacres como el tiroteo en Colombine. Lejos quedan ya los adolescentes que escuchaban discos de los Rolling Stones en busca de invocaciones al diablo encriptadas o las apelaciones metafóricas al consumo de droga en *Mother's Little Helper* o los versos de Bob Dylan; la presencia del discurso fanático y propicio a la violencia es hoy marca común en muchos discos no consumidos solo por minorías.

La irrupción del punk en los años 1980 acompañó a uno de los momentos en que a la violencia real en las calles de ciudades tan significativas como Nueva York o Londres, en parte motivadas por el acmé del consumo de heroína y de cocaína en forma de base, se añadían los gravísimos problemas de paro asociados a la recesión económica, así como fenómenos geopolíticos mundiales de alto calibre como los últimos coletazos de la guerra fría.

En esta placa de Petri propicia para todo tipo de radicalismos y frente a la generación de los ideales de “paz y amor” surge entonces una radicalización juvenil en forma de un movimiento cuyos máximos representantes musicales fueron Los Ramones y Sex Pistols en Reino Unido, o Nina Hagen en Alemania y que aspiraban a convertirse en algo más que un producto de marketing en oposición al pop.

Como antes otras generaciones de padres se habían sobrecogido ante los súbitos cambios de apariencia de los “hijos del rock and roll”, surge un intenso miedo social al adolescente o joven en nuestras sociedades, que en este caso se ve acentuado por una estética especialmente cercana a lo bélico de alguno de los grupos que mejor reclutan entre las nuevas generaciones.

El fenómeno de la banda callejera se acompaña por tanto de la aparición de la emergencia de “tribu urbana” muy influida por las modas musicales que acapara buena parte de la vida cultural de muchas ciudades principales. Representaciones cinematográficas muy violentas de los primeros años 80 pero que hoy se muestran casi risibles ilustran a las claras cómo la pertenencia al grupo implica la fanatización y el deseo de destrucción de los restantes (desde el fanatismo racial y xenófobo de *West Side Story* hasta el *collage* inclasificable de *The warriors*).

Conforme los años 80 avanzan, existe una dulcificación paladeable del punk y del rock duro, pero surgen nuevas tendencias que, si bien no se caracterizan por un espíritu proviolento, tienen marcas antisociales para los ojos de los ciudadanos respetables (es el caso del consumo de cannabis en el reggae, del aspecto gótico o del consumo de nuevas drogas de diseño en la música electrónica y el bacalao). En este cambalache, los años 2000 experimentan la difusión del hip hop y el rap, con la irrupción de rapsodas femeninas en este movimiento.

En un proceso paralelo a la progresiva vulgarización del lenguaje y de las costumbres en niñas, y a rebufo de la implantación de bandas callejeras de origen fundamentalmente latino en los barrios deprimidos de las grandes ciudades, se generan crecientes problemas escolares con bandas de niñas o adolescentes femeninas, lo que había sido un fenómeno desconocido en nuestro país. Los ritos de iniciación en estas bandas implican formas de sometimiento sexual, agresiones a otras niñas o adolescentes y otras conductas que además se sostienen desde la industria musical con el estilo escandalizador de nuevas estrellas musicales (Miley Cyrus, Lady Gaga o Nicki Minaj).

La capacidad de la música para enaltecer o generar climas emocionales negativos es indudable y nuevos paradigmas de investigación como la resonancia magnética funcional siguen intentando arrojar cómo la corteza auditiva primaria puede relacionarse con áreas de cerebro claramente ligadas a lo prosocial y a lo antisocial, cual es el caso de la ínsula u otras agrupaciones neuronales como la amígdala e incluso regiones más amplias como la corteza frontoparietal.

Los contenidos musicales, el lenguaje soez y la exposición a altos volúmenes son inseparables de la experiencia lúdica asociadas a la pornografía, al cine gore o a los videojuegos, y por tanto, su papel podría no ser secundario a la hora de entender si puede generar o reactivar huellas mnésicas en el futuro con capacidad de disparar

conductas violentas explosivas o inopinadas.

## **15.6. Series televisivas de ficción**

El aumento de canales televisivos en España durante los años 1980 y 1990 permitió una liberalización y privatización de lo que hasta entonces había sido un servicio público, no exento de connivencias con los distintos grupos en el poder, pero menos sujeto al arbitrio de las audiencias y de la financiación a través de la publicidad.

Más recientemente, las nuevas tecnologías han condicionado la existencia de canales incluso centrados en series violentas y policiacas, así como el acceso y la descarga *on line* de materiales que no habrían pasado los filtros de televisiones públicas pero que a veces se convierten en series de culto, algunas de ellas semiclandestinas. Se ha llegado a generar la paradoja de que algunas cadenas como Fox Crime hayan introducido en su parrilla proclamas como “Fox Crime: por un mundo sin violencia”.

Aunque pueda parecer contradictorio, existen series que han operado de distinta manera en la percepción general sobre el crimen, por lo que a continuación abundamos en algunos ejemplos que han parecido tener un efecto prosocial o al menos neutro y otros que apuntan hacia otras complejidades anexas al fenómeno antisocial.

### *15.6.1. CSI*

Se considera el prototipo de serie televisiva que habría generado una reacción favorecedora del cumplimiento de la ley. Existe cierto consenso acerca de que incluso las series de ficción en las que los criminales salen impunes pueden potenciar el comportamiento antisocial del individuo en mayor medida que las películas. El avasallador poder tecnológico que acaba resolviendo casi toda forma de crimen se siguió en Estados Unidos de un aumento de los estudiantes interesados en la criminalística y se ha propuesto que de un descenso de crímenes.

### *15.6.2. Mentes criminales*

Probablemente en el extremo contrario se mueve esta serie que ha sido criticada por sus contenidos especialmente sádicos y la recreación semana a semana en el fenómeno de la criminalidad en serie. Se ha establecido como un intento añadido de la llamada “teoría del miedo” por la que algunas sociedades acaban generando una alarma injustificada sobre el mundo circundante, lo que al final encubriría un mensaje subrepticio coercitivo para que el individuo se paranoicice e hiperproteja. La anécdota queda así generalizada a norma en una aproximación que además cae en los lugares comunes antipsiquiátricos y de glorificación policial y armamentística.

### 15.6.3. Homeland

Con toda probabilidad una de las más acertadas series recientes en su abordaje valiente y equilibrado del fenómeno terrorista islámico y de los errores en la política internacional estadounidense, con un cuidado análisis añadido de un escenario poliédrico en que el “lavado de cerebro” se entremezcla con la patología psiquiátrica y la duda sobre los límites entre la realidad fáctica y la realidad interpretativa del sujeto.

El recrudecimiento de los movimientos yihadistas obliga a hacer una breve mención a este fenómeno antisocial nutrido especialmente de jóvenes y que independientemente del ideario político o religioso que lo sustenta abunda en el reclutamiento de sujetos que han quedado fuera del anclaje prosocial de la teoría del control social de Hirschi o Gottfredson o en los que circunstancias vitales pueden justificar un incipiente e imparable resentimiento contra “el enemigo” anfitrión, como demostraron los ataques del 11-S y del 11-M.

Es bien conocido que la violencia terrorista anida con especial facilidad por tanto en las poblaciones humilladas o en las que la propaganda religiosa o política incide en edades y grupos de jóvenes muy específicos, de idéntica forma a la que cualquier otro intento sectarizante lo ha hecho históricamente en el sector del desencanto y en el que la aspiración a las metas de reconocimiento se consigue a través de la radicalización y el adoctrinamiento fanático.

### 15.6.4. Breaking Bad

El ejemplo por antonomasia de una realidad inexplorada previamente que es el desarrollo antisocial en la madurez. Prodigio de ejemplarización en sus dos protagonistas de la carencia de núcleo psicopático, frente al de otros personajes que pueblan la misma.

## 15.7. Series de animación

Los últimos diez años del siglo XX asistieron a un fenómeno inédito, la aparición de series de dibujos animados dirigidas a un público eminentemente adulto. Como la mayoría de producción audiovisual, este fenómeno emanaba desde Estados Unidos pero se instiló con facilidad en el resto de países europeos, por no decir del mundo.

En el seno de un momento histórico como el que se vivía por entonces, la privatización de los canales televisivos y la creciente oferta por cable u otras tecnologías iba a convertir la pelea por la cuota de pantalla en un aspecto que ha sido determinante en los cambios experimentados por la cartelera primero y en la necesidad de canales específicos para niños, donde, sin embargo, a veces se cuelan contenidos cargados de violencia, discriminación u otros alegatos antisociales.

### 15.7.1. Los Simpson

Sin duda, una de las expresiones más potentes de la cultura de los últimos 30 años contiene en su carácter de visión caleidoscópica de la sociedad norteamericana múltiples guiños y momentos que serían objeto de análisis desmenuzado y de interés para avanzar en nuestra comprensión de los fenómenos antisociales.

En uno de sus capítulos, Bart empieza a recibir tratamiento para potenciar sus habilidades cognitivas en el seno de un estudio de investigación sobre niños hipercinéticos. Para los pocos no familiarizados con el contenido de la serie, Bart es un niño de unos pocos años con distintas conductas traviesas que en ningún momento señalan a lo antisocial.

Entre los temas recurrentes de la serie se cuenta el divertimento que Lisa y Bart obtienen viendo episodios de *Rasca y Pica*, donde la más abigarrada de las violencias tiene lugar entre un gato y un ratón. Médulas espinales, corazones, cabezas son arrancadas, destripadas, trituradas. En clara alusión a los videojuegos violentos que empezaron su rápida expansión a partir de los años 1990, existen durante las primeras temporadas episodios en los que Bart juega con Homer a un videojuego basado en un ring de boxeo donde la crudeza de los golpes queda desdramatizada por la iconografía utilizada.

La habitual forma en que Homer agarra del cuello a Bart de las primeras temporadas debió ser evitada en adelante debido a las alegaciones de que podía potenciar maltrato. Sin embargo, en su intento de parodiar algunas de las grandes inconsistencias de la sociedad estadounidense y por extensión de las de su órbita, existen innumerables referencias a escenas de cine, hechos históricos y personajes controvertidos por sus comportamientos.

### 15.7.2. Family Guy (Padre de familia)

Junto con otras series de su mismo creador, Seth McFarlane, se consideró inicialmente una forma de plagio de *Los Simpson*, pero pronto encajó en una forma de humor y parodia de menor sofisticación y más basado en una aproximación irreverente que transgredía más abiertamente los convencionalismos en terrenos religiosos, sexuales y políticos.

La estética gore que se venía introduciendo en el cine de terror de mediados de los años 80 y, como hemos señalado, en los videojuegos posteriormente ha tomado lugar en escenas puntuales de esta serie, ahora desde la perspectiva humorística. Si a ello añadimos el gusto preferente en esta y otras series de la misma factoría por lo escatológico y el atentado obsceno contra las convenciones sexuales (desde juegos de imágenes que sugieren conductas bestialicas hasta rupturas del tabú incestuoso), no será necesario explicar por qué grupos de presión hayan insistido en la censura de estos contenidos en Estados Unidos y en otros países.

A pesar de todo este encendido debate entre la libertad de expresión y la vigilancia de los contenidos que pueden ser malinterpretados como de consumo por todo público (en España esta serie se ha llegado a emitir en horarios no claramente diferenciados del infantil), ni la investigación ni la experiencia clínica, ni por último la referencia anecdótica suele despertar tantas dudas (en relación con los contenidos televisivos de series violentas para adultos o los videojuegos) con respecto a la influencia de estos materiales en la aparición de conductas antisociales o violentas.

# *Bibliografía*

- Agnew, R. (1992). "Foundation for a general strain theory of crime and delinquency". *Criminology*, 30: 47-88.
- Ameis, S. H.; Ducharme, S.; Albaugh, M. D.; Hudziak, J. J.; Botteron, K. N.; Lepage, C.; Zhao, L.; Khundrakpam, B.; Collins, D. L.; Lerch, J. P.; Wheeler, A.; Schachar, R.; Evans, A. C.; Karama, S. (2014): "Cortical thickness, cortico-amygdalar Networks, and externalizing Behaviors in Healthy Children". *Biol Psychiatry*, 75(1):65-72.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1994). 4<sup>th</sup> edition. APA. Washington.
- Barik, J.; Marti, F.; Morel, C.; Fernandez, S. P.; Lanteri, C.; Godeheu, G.; Tassin, J. P.; Mombereau, C.; Faure, P.; Tronche, F. (2013): "Chronic Stress Triggers Social Aversion via Glucocorticoid Receptor in Dopaminergic Neurons". *Science*, 339:332-335.
- Barttfeld, P.; Wicker, B.; Cukier, S.; Navarta, S.; Lew, S.; Leiguarda, R.; Sigman, M. (2012): "State-dependent changes of connectivity patterns and functional brain network topology in autism spectrum disorder". *Neuropsychologia*, 50(14):3653-3662.
- Biederman, J.; Petty, C. R.; Evans, M.; Small, J.; Faraone, S. V. (2010): "How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD". *Psychiatry Res*, 177(3):299-304.
- Breslau, J.; Borges, G.; Saito, N.; Tancredi, D. J.; Benjet, C.; Hinton, L.; Kendler, K. S.; Kravitz, R.; Vega, W.; Aguilar-Gaxiola, S.; Medina-Mora, M. E. (2011): "Migration from Mexico to the United States and conduct disorder: a cross-national study". *Arch Gen Psychiatry*, 68(12):1284-1293.
- Brunner, H. G.; Nelen, M.; Breakefield, X. O.; Ropers, H. H., y Van Oost, B. A. (1993): "Abnormal behaviour associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A". *Science*, 262(5133):578-80.
- Buzina, N. (2012): "Psychopathy - historical controversies and new diagnostic approach". *Psychiatr Danub*, 24(2):134-42.
- Caspi, A.; McClay, J.; Moffitt, T.; Mill, J.; Martin, J.; Craig, I.; Taylor, A.; Poulton, R. (2002): "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children". *Science*, 297 (5582): 851-4.
- Cleckley, H. (1982). *The mask of sanity*. Mosby. St. Louis.
- Cloninger, C. R. (1987): "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism". *Science*, 236:410-416.
- Cloninger, C. R.; Svrakic, D. M., y Przybeck, T. R. (1993): "A psychobiological model of temperament". *Archives of General Psychiatry*, 50:975-990.
- Cortese, S. (2012): "The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know". *European Journal of Paediatric Neurology*, 16:422-423.
- Costello, E. J.; Angold, A., y Burns, B.J. (1996): "The Great Smoky Mountains Study of Youth". *Archives of General Psychiatry*, 53: 1129-1136.
- Coid, J.; Freestone, M., y Ullrich, S. (2012): "Subtypes of psychopathy in the British household population: findings from the national household survey of psychiatric morbidity". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(6):879-91.
- Cue, C.; Rueda, N.; García E.; Davisson, M. T.; Schmidt, C.; Flórez J. (2005): "Behavioural, cognitive and biochemical responses to different environmental conditions in males Ts65Dn mice, a model of Down Syndrome". *Behavioural Brain Research*, 163:174-185.
- Derringer, J.; Krueger, R. F.; Irons, D. E., y Iacono, W. G. (2010) "Harsh discipline, childhood sexual assault, and MAOA genotype: An investigation of main and interactive effects on diverse clinical externalizing outcomes". *Behav Genet*, 40(5):639-648.

- Duncan, N. W.; Wiebking, C.; Turet, B., *et al.* (2013) “Glutamate concentration in the medial prefrontal cortex predicts resting-state cortical-subcortical functional connectivity in humans”. *PLoS One*, 8(4).
- Durkheim, E. (1989): *El suicidio*. Akal (obra original 1897). Humanes.
- Eisenck, H. J. (1964): *Crime and personality*. Routledge and Kegan Paul. London.
- Ernst, M.; Pine, D. S., y Hardin, M. (2006): “Triadic model of the neurobiology of motivated behaviour in adolescence”. *Psychol Med*, 36: 299-312.
- Elberling, H.; Linneberg, A.; Olsen, E. M.; Goodman, R.; Skovgaard, A. M. (2010): “The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: the Copenhagen Child Cohort 2000”. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(9):725-735.
- Freud, S. (1908): *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires.
- Fisher, H.; Moffitt, T. E.; Houts, R. M.; Belsky, D. W.; Arseneault, L.; Caspi, A. (2012): “Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study”. *BMJ*, 26;344.
- Frick, P. J.; Hare, R. D. (2001): *Antisocial process screening device*. Multi-Health Systems. Toronto.
- Ginsberg, Y.; Hirvikoski, T.; Lindfors, N. (2010): “Attention Deficit Hiperactivity Disorder among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder”. *BMC Psychiatry*, 10:112.
- Glueck (1966): “Identificación de potential delinquents at 2-3 years of age”. *Int J Soc Psychiatry*, 12(1):5-16.
- Haller (2013): “Neurobiology of abnormal manifestations of aggression – A review of hypothalamic mechanisms in cats, rodents, and humans”. *Brain Research Bulletin*, 93:97-109.
- Hare, R. D. (2003): *The Hare psychopathy checklist - revised*. 2nd ed. Multi-Health Systems. Toronto.
- Henry, K. L.; Knight, K. E., y Thornberry, T. P. (2012). “School disengagement as a predictor of dropout, delinquency, and problem substance use during adolescence and early adulthood”. *J Youth Adolesc*, 41 (2):156-166.
- Henry, K. L., y Thornberry, T. P. (2010): “Truancy and Escalation of Substance Use During Adolescence”. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1):115-124.
- Hirschi, T., y Gottfredson, M. (1994). *The generality of deviance*. Transaction. New Brunswick.
- Huband, N.; Ferriter, M.; Nathan, R., y Jones, H. (2010): “Antiepileptics for aggression and associated impulsivity”. *Cochrane Database Syst Rev*, 17;(2).
- Jessor, R. (1992): “Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action”. *Developmental Review*, 12: 374-390.
- Kaplan & Sadock’s (2000): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott and Wilkins. Philadelphia.
- Kerr, M. P.; Gil Nagel, A.; Glynn, M.; Mula, M.; Thompson, R., y Zuberi, S.M. (2013): “Treatment of behavioral problems in intellectually disabled adult patients with epilepsy”. *Epilepsia*, 54 Suppl 1:34-40.
- Krafft-Ebing, R. (1895). *Psychopathia sexualis*. Physicians and Surgeons Books. New York.
- Linnoila, M.; Virtukken, M.; Scheinin, M.; Neutila, A.; Rimon, R., y Goodwin, F. K. (1983): “Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior”. *Life Sciences*, 33, 2609-2614.
- Lynam, D. R.; Charnigo, R.; Moffitt, T. E.; Raine, A.; Loeber, R.; Stouthamer-Loeber M. (2009): “The stability of psychopathy across adolescence”. *Dev Psychopathol*, 21(4):1133-53.
- Lykken, D. T.(1995): *The antisocial personalities*. Erlbaum. New York.
- Matson, J. L., y Nebel-Schwalm, M. (2006): “Assessing challenging behaviors in children with autism spectrum disorders: a review”. *Res Dev Disabil*, 28(6):567-79.
- Miller, W. I., y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Paidós ibérica. Barcelona.
- Millon, T. (1998): *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson. Barcelona.
- Millon, T.; Simonsen, E.; Birket-Smith, M., y Davis, M. (1998). *Psychopathy, Antisocial, Criminal and Violent Behavior*; Guilford Press. New York.
- Marmorstein, N. R.; Iacono, W. G. (2005): “Longitudinal follow-up of adolescents with late-onset antisocial behavior: a pathological yet overlooked group”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(12):1284-1291.
- Moffitt, T. E.; Caspi, A. (2001): “Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females”. *Dev Psychopathol*, 13(2):355-375.
- Oggers, C. L.; Moffitt, T. E.; Broadbent, J. M.; Dickson, N.; Hancox, R. J.; Harrington, H.; Poulton, R.; Sears, M. R.; Thomson, W. M.; Caspi, A. (2008): “Female and male antisocial trajectories: from childhood origins

- to adult outcomes". *Dev Psychopathol.* 20(2):673-716.
- Offord, D. R.; Boyle, M. H.; Fleming, J. E.; Blum, H. M., y Grant, N. I. (1989): "Ontario Child Health Study. Summary of selected results". *Can J Psychiatry*, Aug 34(6):483-491.
- Padhy, R.; Saxena, K.; Remsing, L.; Huemer, J.; Plattner, B.; Steiner, H. (2011): "Symptomatic response to divalproex in subtypes of conduct disorder". *Child Psychiatry Hum Dev*, 42(5):584-593.
- Piñuel, I., y Oñate, A. (2007): *Acoso y Violencia Escolar en España*: Informe Cisneros X. Ediciones IIEDDI.
- Pringsheim, T.; Gorman, D. (2012): "Second-generation antipsychotics for the treatment of disruptive behaviour disorders in children: a systematic review". *Can J Psychiatry*, 57(12):722-727.
- Racer, K. H.; Torassa T.; Luu, P.; Felver-Gant, J.; Abdullaev, Y., y Dishion, T. J. (2011): "Attention Network Performance and Psychopathic Symptoms in Early Adolescence: An ERP Study". *J Abnorm Child Psychol.* 39(7):1001-1012.
- Regier, D. A.; Boyd, J. H.; Burke, J. D., y cols. (1988): "One-month prevalence of mental disorders in the United States based on five Epidemiological Catchment Area sites". *Arch Gen Psychiatry*, 45:977-86.
- Ridderinkhof, K. R.; De Vlugt, Y.; Bramlage, A.; Spaan, M.; Elton, M.; Snel, J.; Band, G. P. (2002): "Alcohol consumption impairs detection of performance errors in mediofrontal cortex". *Science.* 298(5601):2209-2211.
- Ros Montalbán (2003). *Impulsividad*. Ars Medica. Barcelona.
- Rojas Marcos (2005). *Las semillas de la violencia*. Espasa Calpe. Madrid.
- Rutter, M.; Tizard, J., y Whitmore, K. (1970): *Education, Health and Behavior*. Longman. London.
- Rutter, M.; Taylor, E., y Hersov, L. (2005): *Child and adolescent psychiatry*. Blackwell Science.
- Sagiv, S. L.; Epstein, J. N.; Bellinger, D. C., y Korrnick, S. A. (2013): "Pre- and postnatal risk factors for ADHD in a nonclinical pediatric population". *J Atten Disord*, 17(1):47-57.
- San Sebastián, I., y San Sebastián, J. (2004). *A qué juegan nuestros niños*. La esfera de los libros. Madrid.
- Schmitt, J., y Romanos, M. (2012): "Prenatal and perinatal risk factors for attentiondeficit/hyperactivity disorder". *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(11):1074-1075.
- Shalev, I.; Moffitt, T. E.; Sudgen, K.; Williams, B.; Houts, R. M.; Danese, A.; Mill, J.; Arseneault, L., y Caspi, A. (2013): "Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study". *Mol Psychiatry*, 18(5):576-581.
- Sutherland, E. H. (1939): *Principles of Criminology*. Lippincott. Philadelphia.
- Teplin, L. A., et al. (2012): "Prevalence and persistence of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study". *Arch Gen Psychiatry*, 69(10).
- Tittle, C. R. (1995): *Control balance: Toward a general theory of deviance*. Westview. Boulder.
- Virkunen, M.; Kallio, E.; Rawlings, R.; Tokola, R.; Poland, R. E.; Guidotti, A.; Nemeroff, C.; Bissette, G.; Kalogeras, K.; Karonen, S. L.; Linnoila, M. (1994): "Personality profiles and state aggressiveness in Finnish alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers". *Archives of General Psychiatry*, 51:28-33.

# Índice

Portada	4
Página de derechos de autor	5
Índice	6
<b>PARTE I: TRASTORNOS ANTISOCIALES PRIMARIOS</b>	<b>13</b>
1. Trastornos antisociales primarios: definición y aspectos históricos	14
1.1. Adjetivar la conducta: traviesa, rebelde, pícara, delictiva, violenta o antisocial	16
1.1.1. Los primeros andares de la normatividad social: un breve repaso histórico	16
1.1.2. Travesura, picaresca y rebelión: el desarrollo de la moralidad en el joven	19
1.1.3. Delicuencia (criminalidad) y violencia: parte y no todo del fenómeno antisocial	23
1.2. Definición del objeto de estudio científico: trastorno de conducta, trastorno antisocial/disocial de personalidad y psicopatía	26
1.2.1. Trastorno disocialvs. Trastorno de conducta	27
1.2.2. Psicopatía vs. sadismo	28
1.2.3. Conclusiones y propuesta terminológica	32
2. Epidemiología para la prevención	33
2.1. La magnitud del problema	33
2.1.1. La cuestión del sexo en relación con las prevalencias	34
2.1.2. Ámbito rural y urbano. La influencia del fenómeno migratorio	36
2.1.3. Estudios epidemiológicos poblacionales: cifras en el adulto	37
2.2. Historia natural: el curso	38
2.2.1. La cuestión del sexo y de la edad como determinantes de la trayectoria	40
2.3. Estructura parental, presiones sociales, raza y estatus socioeconómico	42
2.3.1. Estructura parental y calidad de la crianza	43
2.3.2. Presiones sociales: ¿la chispa que enciende la mecha?	44
2.3.3. Raza y estatus socioeconómico	45
2.4. La epidemiología aplicada a la evaluación y a la prevención	47
2.4.1. Factores de riesgo para la conducta antisocial	48
2.4.2. Factores de protección	50
3. Determinantes biopsicológicos de la conducta antisocial	53
3.1. La socialización y su déficit: factores psicosociales favorecedores y perjudiciales	53

3.1.1. Relación maternofilial: el grupo de socialización primario	54
3.1.2. Presión por grupo de pares	55
3.1.3. Tolerancia al cambio y a la frustración	56
3.1.4. Experiencias traumáticas familiares	56
3.1.5. Composición familiar	56
3.1.6. Límites disciplinarios y normas familiares	57
3.2. Aspectos psicobiológicos	58
3.2.1. Estructuras cerebrales: el barro a ser modelado y modelarse	58
3.2.2. Fenómenos de aprendizaje y modelado neuronal: redes y poda sináptica	61
3.2.3. Hormonas y neuroquímica cerebral: agua que permite modelar el barro	61
3.3. La integración psicobiológica: las manos del alfarero	68
4. Descripción clínica	70
4.1. Los diagnósticos oficiales de los trastornos de conducta primarios: trastorno disocial, trastorno de conducta y conducta antisocial	70
4.2. La anamnesis crítica ante la conducta antisocial	74
4.2.1. Caracterizar con total precisión la disconduita y el escenario en que se produce	74
4.2.2. Descartar psicopatología grave y riesgo de suicidio	75
4.3. La exploración aplicada a la evaluación de la conducta antisocial	76
4.3.1. Atención, cognición, funciones ejecutivas	76
4.3.2. Temperamento y carácter	77
4.3.3. Curso y contenido del pensamiento	82
4.3.4. Afectividad	83
4.3.5. Psicomotricidad	85
4.3.6. Introspección y mundo interno	85
4.4. De la exploración a la intervención	86
4.4.1. Las dificultades del diagnóstico: la veracidad de los relatos	88
4.4.2. El profesional y su síndrome general de adaptación	89
4.4.3. La entrevista clínica individual en el adolescente y el niño mayor	90
4.4.4. La entrevista clínica familiar	93
5. El diagnóstico diferencial para una activación precoz	97
5.1. El diagnóstico precoz: oportunidades y limitaciones	97
5.2. Una dicotomía útil: trastornos externalizadores e internalizadores	98
5.2.1. Trastornos externalizadores	99
5.2.2. Trastornos por internalización	102

## PARTE II: EL FENÓMENO ANTISOCIAL COMO EXPRESIÓN

## DE OTRA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y SU COMORBILIDAD 109

6. TDAH, hiperactividad y trastornos conductuales	110
6.1. Epidemiología	110
6.2. Bases fisiopatogénicas	111
6.2.1. Neurotransmisores, otras proteínas, genes: “las muñecas rusas” de la investigación biológica	111
6.2.2. Factores ambientales: aplicación a situaciones especiales	115
6.3. Una aproximación clínica “para andar por casa” y para no perder de vista en el colegio	117
6.4. Del diagnóstico clínico a la eflorescencia neuropsicológica	120
6.5. Pronóstico: ¿únicamente una cuestión de tiempo?	121
7. Consumo de sustancias	122
7.1. Sustancias adictivas y tóxicas en relación con la edad	122
7.2. Alcohol: la “variable constante”	123
7.2.1. Neurobiología del consumo alcohólico	123
7.2.2. Violencia y alcohol	125
7.2.3. Aspectos críticos de la evaluación del joven con consumo alcohólico y conductas antisociales	128
7.3. Otros consumos tóxicos ilegales: aspectos de interés para las conductas antisociales	129
7.3.1. Cuándo sospechar del inicio en el consumo tóxico	131
7.3.2. Síntomas y signos abstinenciales de interés	133
7.3.3. Actitud ante la sospecha de consumos tóxicos incipientes	135
8. Trastornos del desarrollo intelectual, espectro autista y los trastornos de conducta	137
8.1. El desarrollo cerebral y la maduración emocional	137
8.1.1. Sustrato neuroanatómico diencefálico e influencias bioquímicas sobre el desarrollo y funcionamiento cerebral	138
8.1.2. El sistema límbico: nexo entre lo reptiliano y lo neocortical	139
8.1.3. Neocortex: asiento de la moralidad, la planificación ideomotora y regulador de instancias inferiores	140
8.2. El interjuego entre lo micro y lo macro	141
8.2.1. La cuestión de la conectividad neuronal	141
8.2.2. La reacción ambiental ante el sujeto con retraso mental	142
8.2.3. Empirismo frente a racionalismo: cómo aprende el ser humano y modifica sus estructuras neurales	143

8.2.4. Otros problemas de lo microsocia que alteran el mejor diagnóstico y tratamiento de estos sujetos	144
8.3. Trastornos del espectro autista	148
8.3.1. Algunas consideraciones terminológicas y para el manejo	150
8.3.2. Los períodos críticos en la evolución cognitiva y emocional	153
8.4. Causas de retraso mental asociadas a trastornos de conducta y antisociales	156
8.4.1. Cromosopatías	156
8.4.2. Genopatías simples y errores congénitos del metabolismo	157
Preguntas de autoevaluación	159
9. La impulsividad y sus trastornos	161
9.1. Definición operativa de la impulsividad	161
9.2. La visión dimensional de la impulsividad en el contexto del fenómeno antisocial	162
9.3. Otras formas de impulsividad con repercusión social en niños y adolescentes	165
9.3.1. Bulimia multiimpulsiva	165
9.3.2. Exhibicionismo y conductas masturbatorias en niños o adolescentes	166
9.3.3. Consumo de alcohol y otros tóxicos	166
9.3.4. Ludopatía	167
9.3.5. Otros trastornos de personalidad en ciernes: rasgos limítrofes o borderline de personalidad	169
Preguntas de autoevaluación	169
<b>PARTE III: TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA ANTISOCIAL</b>	<b>171</b>
10. Aspectos generales del tratamiento	172
10.1. La adherencia al tratamiento	172
10.1.1. Actitud de los padres ante el tratamiento	173
10.1.2. Actitud del sujeto ante el tratamiento	176
10.1.3. Factores relacionados con el tratamiento	178
10.2. Cómo mejorar el proceso comunicativo con el paciente y sus padres	182
11. Tratamiento farmacológico	184
11.1. Antiepilépticos	184
11.1.1. Fármacos antiepilépticos a considerar en el tratamiento de la disconducta impulsiva o agresiva: evidencia científica	185
11.1.2. Aspectos de interés sobre epilepsia y FAE para el tratamiento de la disconducta	187
11.1.3. Expectativas realistas en el tratamiento con FAE en los trastornos de conducta en práctica clínica	188

11.2. Antipsicóticos	191
11.2.1. Antipsicóticos de segunda generación (ASG)	192
11.3. Litio	194
11.4. Estimulantes	196
11.4.1. Metilfenidato	196
11.4.2. Anfetaminas	197
11.5. Atomoxetina	200
11.6. ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)	200
11.7. Benzodiacepinas	201
11.8. Tres opciones coadyuvantes actuales y una futura	202
11.8.1. Antiandrógenos	202
11.8.2. Beta-bloqueantes	203
11.8.3. Naltrexona	203
11.8.4. Guanfacina de liberación retardada	204
12. Psicoterapia: bases y cuándo no hacer terapia	205
12.1. El buen terapeuta: características básicas	206
12.2. La seguridad del marco terapéutico	207
12.3. La detección de la mentira en la evaluación	208
12.4. Simulación y disimulación	209
12.5. Aspectos familiares de interés para la psicoterapia	210
12.5.1. Violencia en el ámbito doméstico familiar: la importancia de los otros rasgos de personalidad	210
12.5.2. La selección de la víctima: del acosador escolar a la violencia en consulta	212
12.5.3. La difícil decisión de no tratar	213
12.6. Breves apuntes psicoterapéuticos	213
<b>PARTE IV: ASPECTOS EDUCATIVOS, LEGALES Y SOCIALES</b>	<b>217</b>
13. Implicaciones educativas y académicas	218
13.1. El papel del profesorado en la identificación precoz de la psicopatología y la comunicación con la familia	218
13.1.1. Identificación precoz de la situación psicosocial de riesgo	219
13.1.2. Primeros síntomas de la psicopatología infantil o juvenil	222
13.2. Fenómenos específicos del ámbito educativo y su traducción psicopatológica	224
13.2.1. Bullying o acoso escolar: caracterización de víctima y acosador	224
13.2.2. Manejo del alumno acosador	226
13.2.3. El fenómeno de la banda	227

13.3. Fracaso y abandono escolar	228
14. Aspectos legales	230
14.1. La relación Ley-Medicina en torno a la conducta antisocial	230
14.1.1. Delincuencia juvenil	232
14.1.2. Imputabilidad penal y edad	234
14.2. Salud mental en centros reformativos y de acogida	234
14.3. Confidencialidad	237
Preguntas de autoevaluación	237
15. Medios de masas, cine y nuevas comunicaciones: el impacto de lo audiovisual en lo antisocial	240
15.1. El impacto de lo audiovisual en la violencia sádica	240
15.2. Cinematografía de interés	242
15.2.1. La evasión (1960)	242
15.2.2. La naranja mecánica (1971)	243
15.2.3. El Padrino (1972)	244
15.2.4. El niño que gritó puta (1991)	244
15.2.5. Fargo (1996)	245
15.2.6. American Psycho (2000)	245
15.2.7. Monster (2003)	246
15.2.8. Ciudad de Dios (2002)	246
15.2.9. No es país para viejos (2007)	247
15.2.10. De Trainspotting (1996) a Slumdog millionaire (2008)	247
15.3. Directores de interés	248
15.3.1. Hitchcock	248
15.3.2. Martin Scorsese	248
15.3.3. Quentin Tarantino	249
15.4. Videojuegos: de lo violento a lo sádico grotesco, de Mortal Kombat a Grand Theft Auto IV y Bulletstorm	249
15.5. Música para depredadores	250
15.6. Series televisivas de ficción	252
15.6.1. CSI	252
15.6.2. Mentes criminales	252
15.6.3. Homeland	253
15.6.4. Breaking Bad	253
15.7. Series de animación	253
15.7.1. Los Simpson	254

15.7.2. Family Guy (Padre de familia)

254

Bibliografía

256