



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS**

Carmen Caballero Peláez, Sergio Sánchez Reales e Iciar Alonso García.

[carmencaballeropelaez@gmail.com](mailto:carmencaballeropelaez@gmail.com)

Trastorno disocial, diagnóstico, clasificación de los trastornos mentales

Conduct disorder, diagnosis, mental disorder classification

### **INTRODUCCIÓN**

En este trabajo se presenta una breve revisión de las clasificaciones diagnósticas en torno al denominado "Trastorno disocial" por las clasificaciones predominantes (DSM-IV y CIE-10). Se expone el concepto de psicopatología del niño y adolescente subyacente a cada clasificación, así como las implicaciones para el diagnóstico y tratamiento de dicha concepción. Se cuestiona la utilidad clínica y social de las clasificaciones categoriales, concebidas desde un modelo médico de la persona adulta, valorando como más adecuadas para su uso en la práctica diaria otras clasificaciones que parten de concepciones de la psicopatología del desarrollo (Sistema ASEBA) o que tienen en consideración el sistema psicológico general del niño y su contexto (Clasificación francesa. CFTMEA).

Detrás de cada taxonomía o sistema de clasificación de los problemas y trastornos mentales subyace un concepto de psicopatología del niño y del adolescente que rige la construcción de dicho sistema clasificatorio.

Las clasificaciones categoriales, de uso más extendido, parten de una concepción de la enfermedad mental propia del modelo médico adulto. Desde este planteamiento el niño o adolescente tiene o no un trastorno, desorden o enfermedad mental de la que se presupone un curso típico. En estas clasificaciones el denominado "Trastorno disocial" (TD) es un cuadro caracterizado por un conjunto de conductas mantenidas en el tiempo de carácter antisocial, en cuanto violan las normas sociales o no respetan los derechos de otras personas. Este comportamiento puede ser agresivo (amenazar, causar daño físico, maltratar animales, etc.) y/o no agresivo (falsedad y engaño para obtener aquello que de otra forma no se obtendría, pasar la noche fuera de casa, faltar a clase repetidamente, etc.).

Por otro lado, la corriente que caracteriza la psicopatología en dimensiones de comportamiento o en tipologías, está enmarcada en una perspectiva de la psicopatología del desarrollo. Los sistemas que se derivan de esta visión son de tipo dimensional, se basan en análisis estadísticos multivariados para la identificación de la co-ocurrencia de problemas emocionales y

## **EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS**

comportamentales. Si bien son menos empleados en el momento del diagnóstico en la práctica clínica infanto-juvenil, sí son de uso extendido los instrumentos de evaluación derivados. Desde la perspectiva del desarrollo se considera que la violencia y la agresividad forman parte de la naturaleza humana. Contribuyen de forma general a la supervivencia y a la adaptación. Por lo general al crecer la mayoría de los niños van interiorizando las normas sociales y aprenden a inhibir estos comportamientos agresivos, al mismo tiempo que van desarrollando un repertorio más complejo de conductas, mejor aceptadas socialmente, por medio de los cuales defender sus propios derechos, lograr sus intereses y expresar sus deseos. Algunos niños que continúan manifestando el comportamiento agresivo y de incumplimiento de normas no siguen esta vía habitual de desarrollo y pueden llegar a ser valorados por especialistas por presentar estas conductas en el extremo del continuo.

Otro sistema de clasificación ajeno a estas dos perspectivas pretende tener en cuenta el funcionamiento psicológico general del niño, yendo más allá de los síntomas y basándose en algo más que un análisis estadístico de las observaciones. Teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla el niño el diagnóstico podría excluirse si se entiende el uso de la agresividad y la violación de las normas sociales como un medio para moverse en un entorno hostil que permita la supervivencia social o incluso física. O bien puede ser el comportamiento habitual en su entorno familiar y social, sin que haya tenido oportunidad de aprender otros comportamientos.

En los párrafos anteriores se ha hecho referencia a CIE-10 y DSM-IV como sistemas categoriales; ASEBA como sistema dimensional; y CFTMEA, como sistema alternativo. A continuación se presenta una breve revisión de dichos sistemas clasificatorios en torno al denominado "Trastorno disocial".

### **CLASIFICACIÓN DIMENSIONAL: ASEBA**

El sistema ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach y Rescola, 2000; Achenbach y Edelbrock, 1978) está formado por un conjunto de instrumentos para la evaluación problemas, competencias y funcionamiento adaptativo del niño y el adulto. Estos instrumentos fueron creados para identificar síndromes, tomando como definición de síndrome la co-ocurrencia de problemas, sin entrar a discutir la causa ni origen primario de los mismos. Para el periodo de desarrollo que abarca desde el año y medio hasta los dieciocho años hay un conjunto específico de instrumentos dirigidos al niño, a los cuidadores principales y profesores. El ASEBA enfatiza que tomar en consideración las fortalezas de los niños es tan relevante como considerar sus problemas. Los cuestionarios incluyen una parte que recoge información sobre funcionamiento adaptativo y competencias propias del momento evolutivo, así como preguntas abiertas en las que se pide a los padres o profesores que describan cualidades positivas del niño, además de los conocidos listados de conductas.

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

El instrumento más conocido y empleado en la clínica e investigación es el *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991b; Achenbach y Edelbrock, 1983). Se trata de un instrumento dirigido a padres de niños de seis a dieciocho años que consta de dos partes. La primera se refiere a cuestiones de ajuste social y escolar mencionadas en el párrafo anterior y la segunda a conductas potencialmente problemáticas. Esta segunda parte consta de un listado de cientotrece ítems, cada ítem posee una escala de respuesta graduada de 0 a 2: 2 "casi siempre"; 1 "algunas veces"; 0 "raramente o nunca". Las subescalas obtenidas mediante análisis factorial se dividen en: *Ansiedad-Depresión*, *Aislamiento-Depresión*, *Quejas somáticas*, *Problemas sociales*, *Problemas de pensamiento*, *Problemas de atención*, *Conducta anormal* y *Conducta Agresiva*. Además de tres escalas globales: *Trastornos internalizantes* (recoge las tres primeras escalas), *Trastornos externalizantes* (recoge las dos últimas escalas) y *Total* (engloba todas las escalas). Además la corrección de la escala ofrece puntuaciones acordes con los trastornos del DSM, lo que resulta paradójico, la autora no sabe si se realizó este trabajo en un intento de buscar validez convergente o de permitir un uso más extendido de dichos instrumentos al hacerlos más comprensible a los clínicos, más familiarizados con el diagnóstico categorial.

El sistema de clasificación ASEBA se basa en el análisis factorial de la parte cuantitativa de estas pruebas. De este análisis se obtienen los *Síndromes de banda estrecha*, que son los trastornos específicos; y los *Síndromes de banda ancha*, resultantes de un análisis factorial de segundo orden, que son los conocidos Síndromes externalizantes, internalizantes y mixtos. Los síndromes internalizantes se denominan así porque principalmente se refieren a problemas con uno mismo, con el self. Los síndromes externalizantes toman este nombre porque las conductas características de los síndromes que agrupa reflejan conflictos con otras personas o las normas sociales. La dimensión externalizante, incluye los trastornos de conducta, agresividad, desobediencia, crueldad hacia los animales, destructividad y abuso de sustancias. La hiperactividad está incluida dentro de los síndromes mixtos.

Los síndromes externalizantes suelen crear problemas a las personas que los rodean, se asocian a comportamientos subcontrolados y son de más frecuente aparición en los niños que en las niñas (Roca y Alemán, 2000; Bongers, Kool, van der Ende y Verhulst, 2004). Si equiparamos esta clasificación a las categoriales, el TD estaría incluido en los trastornos externalizantes, pero en el ASEBA no se emplea esta denominación ni se considera a nivel de trastorno, si no que se habla de "conducta agresiva" y "conducta delictiva". La escala de *conducta agresiva* recoge, además de aspectos comportamentales: crueldad, desobediencia, destrucción, aspectos emocionales: cambios bruscos de humor celos, obstinación, mal genio.

En las clasificaciones categoriales los síntomas o comportamientos son constitutivos de trastorno, sin embargo en un sistema dimensional como el de Achenbach se consideran por el contrario rasgos, esto es, dimensiones de un continuo. Por tanto para esta clasificación los problemas de comportamiento o conductas agresivas no están presentes de manera dicotómica en el niño (ausente/presente) si no que sitúan a los niños a lo largo de un continuo en función

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

del nivel de la manifestación de estas conductas. En ese sentido los síndromes se sitúan en el extremo final de una dimensión o dimensiones a lo largo del continuo del desarrollo normal de los niños, lo que tiene grandes implicaciones clínicas ya que en el momento de la intervención o tratamiento no se trataría de curar un trastorno cualitativamente diferente del funcionamiento psicológico normal si no de volver o situarse en un nivel de funcionamiento por debajo del actual, bajando niveles en dicho continuo, que le permita relacionarse en sociedad y realizar las actividades propias de su edad e interés.

### CLASIFICACIONES CATEGORIALES: DSM-V Y CIE-10

Las clasificaciones diagnósticas más empleadas en los sistemas de salud mental, DSM-IV-Tr y V (APA, 2010, 2013) y CIE-10 (WMH, 1992) se asemejan en la descripción que hacen del trastorno y los criterios que emplean para hacer el diagnóstico.

### OMS (CIE-10)

La CIE-10 recoge en los apartados F91 y F92 los Trastornos disociales. Remitimos a la publicación original para consultar la descripción del cuadro y pautas para el diagnóstico:

El aspecto más destacado de esta clasificación diagnóstica es que tiene un carácter exhaustivo, incluyendo, como ocurre en otros grupos de diagnósticos, subtipos que recogen muchas de las situaciones clínicas que se atienden en consulta. A continuación una tabla con los subtipos de trastorno disocial incluidos en la CIE-10:

Cuadro 2: Listado de trastornos disociales según CIE-10

<b>F91 Trastornos disociales</b>	
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados
F91.3	Trastorno disocial desafiante y oposicionista
F91.8	Otros trastornos disociales
F91.9	Trastorno disocial sin especificación
<b>F 92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos</b>	
F92.0	Trastorno disocial depresivo
F92.8	Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos
F92.9	Trastorno disocial y de las emociones mixto s.e.

El *trastorno disocial limitado al contexto familiar* incluye los trastornos disociales en los que el comportamiento está casi completamente restringido al hogar o a las relaciones con los

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

miembros de la familia nuclear o allegados, sin que aparezcan manifestaciones clínicas en otros ambientes. Los subtipos *trastorno disocial en niños no socializados* y *trastorno disocial en niños socializados* hace la distinción en el caso de que haya presente una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros chicos o bien que el niño que presenta la sintomatología típica esté integrado de forma adecuada en grupos de compañeros. Por último incluye un grupo de *trastornos disociales y de las emociones mixtos* que se caracteriza por la ocurrencia al mismo tiempo que el comportamiento disocial referido, manifestaciones claras y marcadas de sintomatología anímica (depresión, ansiedad u otras alteraciones). Todas estas distinciones y especificaciones van a permitir registrar factores que van a dar más o menos gravedad al cuadro.

### APA (DSM-V)

En el DSM-V (APA, 2013) se mantienen los mismos criterios diagnósticos que en el DSM-IV-Tr (APA, 2000). También se mantiene la especificación de la gravedad, a realizar en función del criterio subjetivo del clínico: leve, moderado o grave. Nuevamente remitimos a la publicación original para consulta de los criterios diagnósticos.

Se mantiene asimismo la especificación de inicio infantil/inicio adolescente, cuando al menos uno de los criterios aparece antes de los 10 años se categoriza en el primer tipo. Esta distinción se basa en un estudio de revisión clásico (Moffit, 1993, 2006) en el que se encuentra que la prevalencia del TD de inicio temprano es relativamente baja comparada con el TD de inicio adolescente. Revisiones posteriores (Frick, 2009) añaden que estos dos tipos tienen diferentes correlatos:

- De inicio en la infancia (también llamado comportamiento antisocial persistente): se asocia con la persistencia en la etapa adulta; con inestabilidad y disfunción familiar temprana; con problemas temperamentales y cognitivos; y con un grado moderado de vulnerabilidad genética.
- De inicio adolescente: tiene asociaciones más débiles con factores negativos familiares, temperamentales y cognitivos; factores de riesgo genético más bajos; y por lo general es típicamente debido a aprendizaje por modelado en el entorno social. Este cuadro está relacionado con problemas en el desarrollo de la identidad propio de la adolescencia.

Sin embargo esta clasificación según el inicio del comportamiento disruptivo ha comenzado a cuestionarse, planteándose que se trata de un continuo más que de dos categorías diferenciadas (Walters, 2011). Proponen entonces que los comportamientos propios del TD constituyen una estructura dimensional, no categorial, según edad de inicio y gravedad, acercándose a la concepción en la que se basan sistemas de clasificación como el descrito en el apartado anterior.

En el DSM-V se realizan cambios relativos a aspectos de clasificación del TD dentro del conjunto de los trastornos mentales. Como novedad se puede diagnosticar al mismo tiempo un TD junto

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

a un Trastorno desafiante y oposicionista (TDO), lo que apenas tiene relevancia clínica. La otra cuestión, de mayor interés, es que desaparece la categoría "Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia", y aparece un nuevo epígrafe "Trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta", en el que se incluyen trastornos en los que el comportamiento característico viola los derechos de los demás o llevan a la persona a graves conflictos con las normas sociales. El TD queda así categorizado junto a otros trastornos variopintos, de tal modo que el TD pierde la consideración como trastorno propio de la infancia y adolescencia. Los trastornos que recoge este nuevo epígrafe además del TD y TDO son: Trastorno explosivo intermitente; Trastorno antisocial de la personalidad; Píromanía; Cleptomanía; otros trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de conducta especificados y no especificados.

### **Emociones prosociales limitadas**

La principal novedad en el DSM-V relativa al TD es que añade una nueva especificación que constituiría un subgrupo diferenciado de niños y adolescentes con TD. Este subgrupo del TD ha sido denominado en la literatura como "dureza e insensibilidad afectiva" ("callous-unemotional traits"). Sin embargo en la clasificación diagnóstica se denomina "con emociones prosociales limitadas", en un intento evidente de suavizar la descripción para evitar el riesgo de etiquetado que conlleva la denominación recogida en la investigación.

Esta nueva especificación se sustenta en investigaciones que proponen que dentro del subtipo de inicio en la infancia habría dos vías de desarrollo: en una de ellas ocurrirían problemas en la regulación emocional y comportamental y en la otra habría un problema o alteración en el desarrollo de la conciencia (Frick y Viding, 2009), entendiendo en este caso conciencia como conciencia social, incluyendo empatía y otros aspectos referidos a la identificación y experimentación de emociones en el otro. Si bien, según los criterios diagnósticos, a la hora de clasificar se puede emplear tanto cuando el inicio ha sido en la infancia como en la adolescencia. Este subtipo con emociones prosociales limitadas se caracteriza por ausencia de culpa y remordimiento, falta de preocupación por los sentimientos de los otros, expresión superficial de emociones y una falta de interés o preocupación en relación al rendimiento o implicación en actividades relevantes, mostrando estabilidad a lo largo del desarrollo. (Frick, 2009). La presencia de estos rasgos parece designar a un subgrupo de niños y adolescentes que muestran un patrón de comportamiento especialmente grave y agresivo y que muestran un conjunto de factores de riesgo emocionales, cognitivos, temperamentales y biológicos (Frick, Ray, Thornton y Kahn, 2013; Frick y White, 2008).

Hay revisiones más o menos recientes que encuentran que los rasgos de "emocionalidad prosocial limitada" se asocian con problemas severos de conducta en muestras de niños y adolescentes. Los estudios sugieren que dentro de los niños y adolescentes con diagnóstico de TD y comportamiento antisocial grave, aquellos con este tipo de rasgos forman un subgrupo particularmente agresivo. De hecho, más allá de los comportamientos agresivos, estos jóvenes muestran una agresividad más premeditada e instrumental (para conseguir ganancias

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

personales o situarse en una posición de dominancia) (Lawing, Frick, y Cruise, 2010; Marsee y Frick, 2007).

Este subgrupo por último señalar un aspecto interesante que puede ser relevante para el tratamiento. Se ha encontrado que según haya presente en el niño o no esta "emocionalidad prosocial limitada" hay asociadas pautas de crianza diferenciadas. En grupos de niños con problemas de conducta pero con niveles normativos del rasgo hay asociaciones con disciplina coercitiva, inconsistente y dura (Yeh, Chen, Raine, Baker y Jacobson, 2011). Por el contrario una crianza poco cálida o baja en afecto está más relacionada con los problemas de conducta en niños con emocionalidad prosocial limitada (Kroneman, Hipwell, Loeber, Koot y Pardini, 2011). Todo esto tomado en su conjunto orienta a que los procesos causales subyacentes a los problemas de conducta podrían ser diferentes en niños prosociales y no prosociales.

### **Cuestionando las clasificaciones categoriales**

A continuación se destacan varias frases, extraídas de las pautas diagnósticas para TD y TDO, no tratado en este escrito pero sí relevante para el tema que se aborda ya que en la práctica es la forma "leve" o "preliminar" del TD, de la CIE-10 y DSM-V, relevantes para el debate sobre como los aspectos socioculturales influyen en el potencial diagnóstico:

*"El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural."* (TDO)

*"Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños."* (TDO)

*"Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento".* (TD)

*"Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad."* (TD)

La definición del trastorno por las principales clasificaciones diagnósticas hace referencia a conceptos no propios de las ciencias sanitarias: normas y derechos sociales. Es criticable que la definición incluya entre sus criterios la desviación social. Esto puede estar provocando que se emplee un diagnóstico de trastorno mental cuando en verdad se trata de una "enfermedad social", esto es, una enfermedad que no existe como tal si no que es construida en base a los criterios sociales imperantes en la época, la grave disrupción de los mismos llevaría a catalogar a la persona como "enfermo". Asunto de mayor gravedad cuando las personas a las que se diagnostica son niños y adolescentes.

Si estamos de acuerdo en que los niños y adolescentes desobedecen, desafían, e incluso incumplen gravemente las normas como parte de su desarrollo, ¿Quién determina que una rabieta es frecuente y grave? ¿Cuál es la definición de desafío? ¿Durante cuánto tiempo ha de

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

durar el comportamiento provocador? Dependiendo de cómo el entorno responda a estas preguntas y a otras similares se valorará la conducta del niño como adecuada, propia de su momento evolutivo o fuera de la norma. Del mismo modo cada familia dará una respuesta diferente a preguntas como esta. Familias con un estilo parental autoritario pueden valorar de forma más grave el mismo comportamiento de desobediencia que familias con un estilo permisivo. Así es que teniendo las mismas conductas pero diferente entorno, social o familiar, un niño tendrá diagnóstico de trastorno disocial y otro no. Al niño con diagnóstico es probable que le embarquen en un proceso terapéutico que incluya psicofármacos mientras el otro niño, que exhibe las mismas conductas, podrá ser descrito como "movido" o "con carácter" y seguirá su curso propio de desarrollo. Esto es más relevante para el TDO que no incluye para su diagnóstico la agresividad y violación de las normas sociales graves.

Estas cuestiones si no se reflexionan en profundidad pueden acarrear, están acarreado en la actualidad, problemas severos con consecuencias graves en la población infantil. Nos encontramos ante la posibilidad del sobrediagnóstico, con la consecuencia clara que un número elevado de niños estén recibiendo tratamiento psicológico y farmacológico sin una razón que lo justifique. Aquí aparece también la cuestionable utilidad del diagnóstico temprano como medio de prevención, que puede tener por el contrario el efecto iatrogénico de la *profecía autocumplida*: el niño que es diagnosticado es etiquetado y puede que llegue a comportarse de la manera que corresponde a su diagnóstico cuando en verdad eran comportamientos propios del desarrollo, o incluso exagerar los comportamientos que le llevaron a salud mental por el hecho de haber sido diagnosticado.

El argumento principal del rechazo a las definiciones de las principales clasificaciones diagnósticas está en que la oposición, el desafío, la desobediencia y el fracaso en seguir las normas sociales no son en sí mismas signos (empleando el término con el significado propio de la medicina) de patología. Por el contrario, son habitualmente conductas del proceso de desarrollo habitual en los niños y adolescentes e incluso pueden ser manifestaciones propias de la capacidad del niño para protestar ante exigencias excesivas o del estrés de vivir en condiciones difíciles en un ambiente socioeconómico precario (Collectif Pasde0deconduite, 2007). Hay niños y adolescentes que tienen comportamientos agresivos en respuesta a un entorno hostil que no son más que conductas instrumentales como medio de lograr la autodefensa e incluso la supervivencia.

Con este apartado se quiere destacar que este diagnóstico, como tantos otros en salud mental, es cuestionable en base al peso que tiene el contexto social en los criterios para realizar el diagnóstico. Las cuestiones esbozadas en este apartado han de revisarse con el objetivo de mejorar las prácticas y políticas de salud mental dirigidas a los niños y sus familias. Todos aquellos que trabajan en sanidad o educación no deben desviarse del trabajo para el que se han formado para hacerse cargo de problemas que son esencialmente normativos (Collectif PasdeOdeconduite, 2007).



## **EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS**

En vez de poner énfasis en el diagnóstico la propuesta para el cambio en la intervención con niños en salud mental infanto-juvenil consiste en que el esfuerzo ha de ponerse en comprender que mensaje está enviando el niño a través de tal comportamiento. Esto puede hacer posible ofrecer el apoyo (que no necesariamente terapia) que el niño y su familia necesiten para resolver sus dificultades y desarrollar las habilidades propias.

A continuación se explica brevemente la clasificación francesa de las alteraciones en la infancia y la adolescencia, clasificación que es más cercana a esta última línea argumental.

### **CLASIFICACIÓN FRANCESA DE LAS ALTERACIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA - CFTMEA**

Francia tiene un sistema diagnóstico propio (Misès, Quemada, Botbol, Bursztejn, Durand, Garrabé, et al. (2000) diferenciado de las principales clasificaciones, aunque compatible con la clasificación de la OMS. Incluye dos ejes y un glosario. En su Eje I se incluyen las categorías clínicas de base. En el Eje II se incluyen los factores asociados o anteriores eventualmente etiológicos. Este eje a su vez está dividido en dos: uno para las enfermedades o condiciones orgánicas y otro para las condiciones del entorno o ambientales. Tiene un glosario explicativo de las categorías empleadas con los criterios de inclusión y exclusión, sería el equivalente a los criterios diagnósticos de las clasificaciones categoriales.

De esta clasificación destaca la importancia que se da a mantener una distinción esencial entre síntoma, diagnóstico y contexto. Actualmente este aspecto es de mayor relevancia ya que la clasificación americana ha eliminado los ejes que incluían estos factores en su nueva versión. Pretende tener en cuenta el funcionamiento psicológico general del niño, yendo más allá de los síntomas y basándose en algo más que un análisis estadístico de las observaciones.

En esta clasificación el trastorno disocial tampoco tiene la consideración de diagnóstico. Se incluye en la categoría clínica 9. "Variaciones de la normalidad" y queda recogido dentro de la subcategoría "conductas de oposición". En esta clasificación los trastornos que se expresan conductualmente como los enfados desproporcionados, las conductas oposicionistas y las conductas agresivas y antisociales se incluyen como síntomas relativos a procesos de desarrollo que tienen en cuenta varios factores externos, incluyendo la familia, las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas.

Por todo lo expuesto se cuestiona la utilidad clínica y social de las clasificaciones categoriales, concebidas desde un modelo médico de la persona adulta. Se valoran como más adecuadas para su uso en la práctica diaria otras clasificaciones que parten de concepciones de la psicopatología del desarrollo (Sistema ASEBA) o que tienen en consideración el sistema psicológico general del niño y su contexto (Clasificación francesa. CFTMEA) porque reducen los problemas mencionados de sobrediagnóstico, tratamientos iatrogénicos, etiquetación, etc. y tienen una visión más amplia del funcionamiento infantil y adolescente incluyendo, además de la situación problema que le lleva a consulta, su contexto y otras áreas de desarrollo del niño.

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

### BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the child behavior checklist 4/18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. Achenbach, T. M., y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
3. Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: a review of analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.
4. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
5. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edn. Washington, DC: Author.
7. Blair, R.J.R., Colledge, E., Murray, L., y Mitchell, D.V.G. (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 491-498.
8. Bongers, I.L., Koot, H.M., van der Ende, J. y Verhulst, F.C. (2004) Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Development*, 75(5), 1523 - 1537
9. Collectif Pasde0deconduite. (2007). Enfants turbulents: l'enfer est-il pavé de bonnes préventions? Ouvrage collectif, Actes du 2ème colloque. Toulouse: Erès.
10. Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
11. Frick, P.J. (2009). Extending the construct of psychopathy to youths: Implications for understanding, diagnosing, and treating antisocial children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 12, 803-812.
12. Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C. y Kahn, R.E. (2014). Annual Research Review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55(6), 532-548.
13. Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C., y Kahn, R.E. (2013). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? *A comprehensive review Psychological Bulletin*, 140, 1-57.
14. Frick, P.J., y Viding, E.M. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21, 1111-1131.
15. Frick, P.J., y White, S.F. (2008). The importance of callous-unemotional traits for the development of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 359-375.

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

16. Kimonis, E.R., Frick, P.J., Skeem, J., Marsee, M.A., Cruise, K., Muñoz, L.C., Aucoin, K.J. y Morris, A.S. (2008b). Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Journal of the International Association of Psychiatry and Law*, 31, 241-252.
17. Kroneman, L.M., Hipwell, A.E., Loeber, R., Koot, H.M., y Pardini, .A. (2011). Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: The moderating effect of callous-unemotional features. *Journal of Child and Adolescent Psychology and Psychiatry*, 52, 167-175.
18. Lafortune, D., Meilleur, D. (2014) Medically Defining, Screening, and Treating Conduct Disorder: A French Controversy. *Journal of Child and Family Studies* 23, 728-737
19. Lawing, K., Frick, P.J., y Cruise, K.R. (2010). Differences in offending patterns between adolescent sex offenders high or low in callous-unemotional traits. *Psychological Assessment*, 22, 298-305.
20. Marsee, M.A., y Frick, P.J. (2007). Exploring the cognitive and emotional correlates of proactive and reactive aggression in a sample of detained girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 969-981.
21. Marsh, A.A., Finger, E.C., Schechter, J.C., Jurkowitz, I.T.N., Reid, M.E., y Blair, R.J.R. (2011). Adolescents with psychopathic traits report reductions in physiological responses to fear. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 838-841
22. Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C. L., Durand, B., Garrabé, J., et al. (2000). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Paris: INSERM.
23. Moffitt, T. E. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 135-151.
24. Moffitt, T.E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation*, 2nd ed. (pp. 570-598). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
25. Odgers, C.L., Caspi, A., Broadbent, J.M., Dickson, N.P., Hancox, R., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M.R., Thomson, W.M., Moffitt, T.E. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1-9.
26. Odgers, C.L., Moffitt, T.E., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M.R., Thomson, M. y Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20: 673-716.
27. Pardini, D.A. y Byrd, A.L. (2012). Perceptions of aggressive conflicts and others' distress in children with callous-unemotional traits: "I'll show you who's boss, even if you suffer and I get in trouble". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 283-291.
28. Roca, M. y Alemán, L. (2000). Caracterización general de las alteraciones psicológicas como hiperactividad. *Revista Cubana de Psicología*, 17, 224-229.

## EL TRASTORNO DISOCIAL EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

29. Walters, G.D. (2011). The latent structure of life-course-persistent antisocial behavior: is Moffitt's developmental taxonomy a true taxonomy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 96-105.
30. World Health Organization (1992). *International Classification of Diseases (ICD-10)*. 10<sup>th</sup> rev. World Health Organization:Geneva.
31. Yeh, M.T., Chen, P., Raine, A., Baker, L.A., Jacobson, K.C. (2011) Child psychopathic traits moderate relationships between parental affect and child aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 50*(10), 1054-1064.