

TRASTORNO DE LA CONDUCTA

Stephen Scott

Edición: Matías Irrarázaval & Andres Martin

Traducción: Fernanda Prieto Tagle, Sofía Hacoheh Domené



Stephen Scott BSc, FRCP, FRCPsych

Profesor de Salud y Conducta del Niño; Director, Clínica Especializada Nacional de Problemas de Conducta; Director, Clínica Especializada Nacional de Adopción e Acogida y Director de Investigación de la Academia Nacional de Profesionales de Parentalidad, Londres, Reino Unido

Conflictos de interés: no se declaran.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de la IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de la [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe comentarios acerca de este libro o capítulo a jmreyATbigpond.net.au

Cita sugerida: Scott S. Trastorno de la conducta (Irrarázaval M, Martin A, eds; Prieto Tagle F, Hacoheh Domené S, trad). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2017.

Esta sección es la continuación del Capítulo D.2, trastorno negativista desafiante, pero se centra en el trastorno de la conducta, que tiende a presentarse en niños mayores y adolescentes.

CLASIFICACIÓN

CIE-10

La CIE-10 tiene una categoría para el trastorno de la conducta, F91. Las descripciones clínicas y las pautas para el diagnóstico establecen:

“Ejemplos de formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico incluyen las siguientes: peleas o intimidación excesivas, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.” (p267)

Para el diagnóstico debe estar presente un patrón persistente y reiterado de comportamiento disocial, pero no se indica un intervalo de tiempo específico y no se requiere un impacto negativo o efectos en el funcionamiento.

La CIE -10 *de criterios diagnósticos para la investigación* difiere de la anterior; requiere que los síntomas hayan estado presentes por lo menos durante 6 meses. El párrafo introductorio indica que es el impacto que la conducta tiene en los demás (en términos de violación de sus derechos básicos), más que el impacto negativo en el niño, lo que contribuye al diagnóstico. Los criterios de investigación adoptan el enfoque de un lista de síntomas donde un determinado número deben estar presentes. Se enumeran 15 conductas que deben ser consideradas para el diagnóstico de un *trastorno de la conducta*, que generalmente, pero no exclusivamente, se refieren a niños mayores y adolescentes. Se pueden agrupar en cuatro categorías:

- *Agresión a personas y animales*
 - Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios y favores o para eludir sus obligaciones
 - Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos)
 - Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros (p.e., ladrillos, botellas rotas, cuchillos, arma de fuego)
 - A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición paterna (comenzando antes de los 13 años de edad)
 - Crueldad física hacia otras personas (p.ej., ata, corta o quema a sus víctimas)
 - Crueldad física hacia animales.
- *Destrucción de propiedad privada*
 - Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios)
 - Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.

- *Engaño y robo*
 - Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, bien en el hogar o fuera de él (p.ej. en tiendas, casas ajenas, falsificaciones).
- *Incumplimiento grave de las normas*
 - Ausencias reiteradas de la escuela, que comienzan antes de los 13 años
 - Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche (a no ser que sea para evitar abusos físicos o sexuales)
 - Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima (incluyendo “tirones”, atracos, extorsión)
 - Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales
 - Intimidación frecuentes a otras personas (p.ej., infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación, abusos deshonestos o torturas)
 - Allanamiento de morada o del vehículo de otros.

Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes tres o más síntomas de esta lista, y al menos uno de ellos tiene que haber estado presente durante al menos seis meses. No hay un criterio del impacto negativo. Se especifican tres subtipos: *trastorno de la conducta limitado al ámbito familiar* (F91.0), *trastorno de la conducta en niños no socializados* (F91.1, donde el niño o adolescente no tiene amigos y es rechazado por sus pares), y *trastorno de la conducta en niños socializados* (F91.2, donde las relaciones con los pares están dentro de los límites normales). Se recomienda especificar la edad de inicio, el *de inicio en la infancia* se manifiesta antes de los 10 años de edad, y el *de inicio en la adolescencia* después de los 10 años. La gravedad del trastorno se divide en *leve*, *moderada*, y *grave* dependiendo del número de síntomas o de los efectos que produce en los demás (p.ej., daños físicos graves, vandalismo o robo).

Cuando existen síntomas suficientes para diagnosticar un trastorno comórbido, la CIE-10 desaconseja el uso de un segundo diagnóstico; en cambio propone categorías únicas y combinadas. Hay dos tipos principales: los trastornos de la conducta y de las emociones mixtos, de los cuales el *trastorno de la conducta depresivo* (F92.0) es el más estudiado; y el *trastorno hiperactivo de la conducta* (F90.1). Existe evidencia modesta que sugiere que estos cuadros clínicos combinados pueden ser diferentes de sus elementos constitutivos.

DSM-5

Los criterios del DSM-5 son muy similares a los criterios de investigación de la CIE-10, y no tiene pautas clínicas separadas. Se describen las mismas 15 conductas para el diagnóstico del trastorno de la conducta (312.8), con una redacción casi idéntica. Al igual que la CIE-10, para realizar el diagnóstico deben estar presentes tres síntomas. El nivel de gravedad, y la edad de inicio en la infancia o adolescencia se especifican de la misma manera. Sin embargo, a diferencia de la CIE-10, no hay división en tipos socializados/no socializados, o sólo limitados al ámbito familiar, y *si* se requiere que la conducta provoque un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral. En el DSM-5 la comorbilidad se aborda asignando tantos diagnósticos separados como sea necesario, en lugar de asignar categorías únicas combinadas.

Diagnóstico diferencial

Realizar un diagnóstico de un trastorno de la conducta suele ser sencillo, pero a menudo se pasan por alto los cuadros comórbidos. El diagnóstico diferencial puede incluir:

Trastorno hiperactivo/trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Estos son los nombres dados por la CIE-10 y el DSM-5 respectivamente, para cuadros clínicos similares, excepto que el primero es más grave. Por conveniencia se utilizará aquí el término *hiperactividad*. Se caracteriza por la impulsividad, la falta de atención y la hiperactividad motora. Cualquiera de estos tres conjuntos de síntomas puede ser interpretados como antisocial, particularmente la impulsividad, que también puede estar presente en el trastorno de la conducta. Sin embargo, ninguno de los síntomas del trastorno de la conducta están presentes en la hiperactividad, por lo tanto, excluir el trastorno de la conducta no debe ser difícil. Un error frecuente es pasar por alto la hiperactividad cuando definitivamente existe un trastorno de la conducta. Los cuestionarios estandarizados son muy útiles en estos casos, como el Cuestionario de Capacidades y Dificultades, que es breve y tan efectivo para detectar la hiperactividad como las alternativas más extensas.

Trastorno de adaptación a un estresor agudo

Este puede ser diagnosticado cuando los síntomas se inician en respuesta a un estresor psicosocial identificable, como el divorcio, duelo, trauma, abuso o adopción. Para la CIE-10, el inicio de los síntomas debe producirse en el mes después de la exposición, y para el DSM-5, dentro de los primeros tres meses, y los síntomas no deben persistir más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias.

Trastornos del ánimo

La depresión puede presentarse con síntomas de irritabilidad y oposición, pero al contrario de lo que ocurre en el trastorno de la conducta, el estado del ánimo es evidentemente bajo y tiene características neurovegetativas; además no se observan problemas de conducta graves. El trastorno del ánimo maníaco depresivo de inicio temprano puede ser difícil de distinguir, ya que frecuentemente presenta conductas desafiantes e irritabilidad, con indiferencia a las normas, y conductas que violan los derechos de los demás. La baja autoestima y la ausencia de amigos y pasatiempos constructivos es la norma en el trastorno de la conducta. Por lo tanto, es fácil pasar por alto los síntomas depresivos. Las encuestas sistemáticas revelan que alrededor de un tercio de los niños con un trastorno de la conducta presentan síntomas depresivos u otros síntomas emocionales lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico.

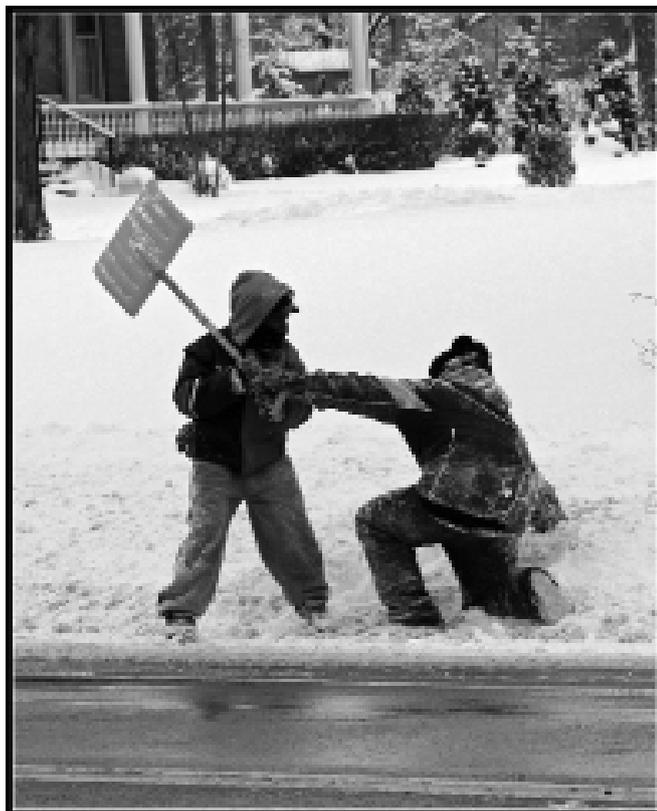
Trastornos del espectro del autismo

Estos a menudo están acompañados de las rabietas y conductas destructivas características, que pueden ser la razón de derivación o de consulta. Es importante evaluar la presencia de otros síntomas del trastorno del espectro del autismo, que revelen el diagnóstico.

¿Puede identificarse al "psicópata incipiente" en la infancia, como un objetivo de alta prioridad en la prevención? Ya en los niños pueden observarse los rasgos de insensibilidad y carencia de emociones, como la falta de culpa, ausencia de empatía y emociones superficiales y restringidas.

Trastorno de la personalidad disocial/antisocial

En la CIE-10 se sugiere que una persona debe tener 17 o más años de edad para considerar la presencia de un trastorno de la personalidad antisocial. Dado que a los 18 años de edad ya no aplican la mayoría de los diagnósticos específicos de la infancia y la adolescencia, en la práctica rara vez hay dificultad con lo anterior. En el DSM-5 se puede diagnosticar un trastorno de la conducta más allá de los 18 años, por lo que existe una potencial superposición con un trastorno de la personalidad antisocial. Una diferencia entre ambos es la gravedad y omnipresencia de los síntomas en el caso del trastorno de la personalidad, donde todas las relaciones del individuo se ven afectadas por el patrón de conducta, y las creencias que tiene el individuo respecto a su conducta antisocial se caracterizan por su insensibilidad y ausencia de remordimiento. El *rasgo de psicopatía* puede coexistir con un trastorno de la conducta. Entre las características del psicópata se encuentran la grandiosidad, la insensibilidad, el engaño, el afecto superficial y la falta de remordimiento. Se ha demostrado que estos rasgos—evaluados por la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare—, predicen qué individuos tendrán trayectorias criminales más graves y violentas. ¿Es posible identificar en la infancia a los “psicópatas incipientes”, como objetivos prioritarios de prevención? Los rasgos de insensibilidad emocional, como la falta de remordimiento, ausencia de empatía, y emociones superficiales y restringidas se pueden observar en la infancia. Actualmente hay una serie de instrumentos fiables para la evaluación y el diagnóstico de los rasgos psicopáticos en pacientes jóvenes (Salekin & Lynam, 2010).



Los niños con un trastorno de la conducta a menudo se involucran en peleas físicas.

Fotografía: Tony Fischer

Desviación subcultural

Algunos jóvenes son antisociales y cometen delitos pero no son particularmente agresivos o desafiantes. Se adaptan bien en una cultura de pares desviada que aprueba el uso de drogas, robar en tiendas, etc. En algunas localidades, un tercio o más de los adolescentes varones encajan en esta descripción y cumplirían los criterios diagnósticos de la CIE-10 para el trastorno de la conducta en individuos socializados. Algunos profesionales no se sienten cómodos con etiquetar con un trastorno psiquiátrico a una proporción tan grande de la población. El uso de los criterios diagnósticos del DSM-5 impediría el diagnóstico del trastorno en estos jóvenes, dado su requerimiento de la presencia de un impacto negativo significativo.

Evaluación por ejes

La CIE-10 recomienda el uso de la evaluación por ejes en los niños y adolescentes, mientras que el DSM-5 ya no sigue este enfoque. El *eje uno* se utiliza para los trastornos psiquiátricos, analizados anteriormente. Los últimos tres ejes abarcan las enfermedades médicas generales, los problemas psicosociales y el nivel de funcionamiento respectivamente; estos temas se revisarán más adelante en la sección de etiología. Al centro, existen dos ejes en la CIE-10, que corresponden a trastornos específicos (*Eje dos*) y generales (*Eje tres*) del aprendizaje.

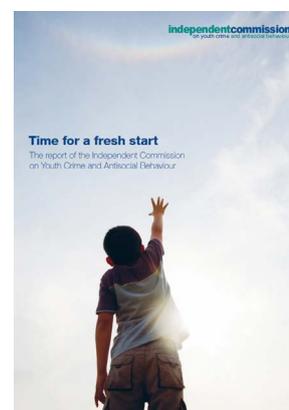
Es imprescindible evaluar la existencia tanto de *problemas generales como específicos en el aprendizaje* en los individuos con trastorno de la conducta. Un tercio de los niños con trastorno de la conducta también presentan un retraso específico de la lectura, definido como tener un nivel de lectura dos desviaciones estándar por debajo de lo predicho por el CI del individuo (ver también el Capítulo C.3). Si bien esto en parte puede deberse a la falta de escolaridad adecuada, existe evidencia que a menudo los déficits cognitivos preceden a los problemas de comportamiento. La discapacidad intelectual (retraso mental) a menudo se pasa por alto en los niños con trastorno de conducta, a menos que se realice una evaluación del CI. La tasa de trastorno de conducta aumenta varias veces a medida que el coeficiente intelectual baja por debajo de 70.

EPIDEMIOLOGÍA

Entre un 2% y un 8% de los niños y adolescentes tienen un trastorno de la conducta. Con respecto al período histórico, al comparar los datos de tres cohortes de nacimiento realizados en Inglaterra, se observa un alza moderada en el diagnóstico de trastorno de la conducta durante la segunda mitad del siglo XX, con una gradiente marcada según la clase social. Con respecto a la etnicidad, los autoreportes de los jóvenes de sus conductas antisociales y los informes de encuestas respecto a la etnicidad del perpetrador en víctimas de delitos, muestran que un gran número de los delincuentes tiene ascendencia afroamericana. Es importante destacar que los hispanos en los EE.UU. y los asiáticos en el Reino Unido no tienden a mostrar un exceso de ofensas en comparación con sus semejantes blancos, en efecto estos últimos tienen tasas más bajas de delincuencia que la población blanca nativa.

Género

La proporción por género en general es aproximadamente de 4 a 10 hombres por cada mujer; los hombres superan a las mujeres en la frecuencia y gravedad de



Haga clic en la imagen para acceder al reporte *Time for a fresh Start* (Tiempo para un nuevo comienzo) realizado el 2010 por la Comisión Independiente para la Delincuencia Juvenil y la Conducta Antisocial del Reino Unido

las conductas. Los datos sugieren que las causas son las mismas para ambos géneros, pero que los varones presentan más trastornos de conducta porque experimentan más factores de riesgo a nivel individual (p.ej., hiperactividad, retrasos en el neurodesarrollo). Sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento del número de niñas que requieren tratamiento por su conducta antisocial.

Subtipos de acuerdo a la etapa del desarrollo

Persistente a lo largo de la vida versus limitado a la adolescencia

Se ha prestado considerable atención a la distinción entre los comportamientos agresivos y perturbadores que se observan por primera vez en la primera infancia versus aquellos que comienzan en la adolescencia (Moffitt, 1993a, Patterson & Yoerger, 1993), y estos dos subtipos están codificados en el diagnóstico de trastorno de la conducta en el DSM-5. El inicio temprano predice persistencia de los problemas, y una aparición temprana de delincuencia es más probable que persista en la vida adulta. Los hallazgos del estudio longitudinal de Dunedin, basados en una cohorte de nacimiento de 1972-73, han demostrado que aquellos con inicio temprano de síntomas difieren de aquellos con aparición más tardía, en que los primeros tienen un CI más bajo, problemas de atención e impulsividad, puntuaciones más pobres en pruebas neuropsicológicas, y es más probable que provengan de circunstancias familiares adversas (Moffitt et al, 2001). En cambio, aquellos que tienen un inicio más tardío se vuelven delincuentes predominantemente como resultado de influencias sociales, tales como las relaciones que establecen con otros jóvenes delincuentes, o la búsqueda de estatus social a través de comportamientos delictivos. Moffitt (1993a) denominó al grupo de inicio temprano “persistentes a lo largo del ciclo vital”, y al grupo de inicio tardío “limitado a la adolescencia”, vinculando así el curso de desarrollo con las diferencias en los déficits subyacentes. La distinción entre los dos grupos ha sido ampliamente respaldada en los estudios longitudinales de varias cohortes de una docena de países (Moffitt, 2006). El seguimiento de la cohorte de Dunedin evidencia resultados relativamente peores para los adultos en el grupo de inicio temprano en las áreas de violencia, salud mental, abuso de sustancias, trabajo y vida familiar (Moffitt et al, 2002). El seguimiento hasta la edad de 32 años, reveló que el grupo de inicio temprano persistente tenía peor salud física en comparación con los otros hombres de la cohorte, como lo demostraban el aumento de accidentes, el número de visitas a los servicios de atención primaria y hospitales, enfermedades de transmisión sexual, inflamación sistémica, enfermedad periodontal, dientes cariados y bronquitis crónica.

Sin embargo, el grupo “limitado a la adolescencia” también presentaba dificultades en la vida adulta (Moffitt et al, 2002). Como adultos, todavía se involucraban en ofensas (auto-reportadas), y también tenían problemas con el alcohol y las drogas. El Estudio de Cambridge sobre el Desarrollo Delincuente, un estudio longitudinal de 411 hombres de Londres de 8 a 46 años de edad, también encontró que aquellos con comportamientos antisociales que comenzaban en la adolescencia probablemente continúan cometiendo delitos no detectados durante la vida adulta, si bien estos no tienen un impacto negativo en su desempeño laboral y sus relaciones cercanas (McGee & Farrington, 2010). Por lo tanto, la distinción de los subtipos de edad de inicio tiene una fuerte validez predictiva, pero los comportamientos antisociales de inicio de la adolescencia pueden tener consecuencias más duraderas de lo que se suponía anteriormente y, por tanto,



Lee N Robins (1922-2009) hizo una contribución significativa a la comprensión de la historia natural del trastorno de la conducta en su libro seminal *Los niños con problemas crecen (Deviant Children Grown Up)*.

ambos problemas de conducta, de inicio de la niñez y en la adolescencia, justifican la atención clínica.

Problemas de conducta limitados a la infancia

Robins (1966) fue la primera en señalar que la mitad de los niños con problemas de conducta no se convierten en adultos con una personalidad antisocial. Los estudios longitudinales realizados para documentar la continuidad del comportamiento antisocial desde la infancia a la adolescencia, han revelado repetidamente la existencia de un grupo excepcional de niños que no presentan tal continuidad. A estos problemas de conducta se los denomina “limitados a la infancia” (Moffitt, 2006). Algunos estudios definen este grupo limitado a la infancia de manera amplia (niños con un comportamiento disruptivo), y resaltan la ubicuidad de los problemas de conducta transitorios en la población sana de niños. Ellos sugieren que mientras que los niveles de los problemas de conducta leves no persistan, no tienen por qué presagiar mal pronóstico (Tremblay, 2003). En contraste, otros estudios definen este grupo limitado a la infancia de manera más estrecha (un pequeño grupo de niños que presentan problemas de conducta antisocial extrema, omnipresente y persistente sólo durante la infancia). Estos estudios encontraron que estos niños antisociales limitados a la infancia se convierten en hombres adultos deprimidos, ansiosos, socialmente aislados y con trabajos mal pagados (Farrington et al, 1988; Moffitt et al, 2002). Por lo tanto, los niños cuyos problemas de conducta son graves y persistentes, lo suficiente como para justificar un diagnóstico clínico, pueden no desarrollar posteriormente una personalidad antisocial, pero pueden sufrir otras formas de inadaptación como adultos. Por lo tanto, todos los niños con trastornos conductuales merecen atención clínica.

Cuando un niño pequeño asiste a una evaluación diagnóstica, la tarea del profesional es realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno de conducta de inicio en la infancia que será sólo limitado a esta etapa, versus el de inicio en la infancia que persistirá a lo largo de la vida, con un pronóstico patológico. La distinción de la edad de inicio en el DSM-5 no es de ayuda en estos casos, ya que todos los niños con un trastorno de conducta tienen, por definición, un inicio en la infancia. Algunos investigadores han tratado de distinguir los grupos “persistente a lo largo de la vida” y “limitado a la infancia” utilizando factores de riesgo en la infancia, sin mucho éxito (Moffitt, 2006). Sin embargo, la evidencia preliminar indica que un TDAH comórbido y la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares caracterizan al subtipo persistente, pero no al limitado a la infancia.

ETIOLOGÍA

Características a nivel individual

Genotipos

La búsqueda de polimorfismos genéticos específicos asociados a los problemas de conducta es una iniciativa científica muy nueva y todavía poco se ha logrado. Un estudio de asociación del genoma completo identificó las regiones cromosómicas que son buenas apuestas para albergar los polimorfismos relacionados con los problemas de conducta, pero aún no se han podido especificar estos polimorfismos, ni replicar las regiones (Stallings et al, 2005). El gen candidato más estudiado en relación a los problemas de conducta es el polimorfismo del promotor de la monoaminoxidasa A (MAO-A). Este gen codifica para la enzima

MAO-A, que metaboliza los neurotransmisores asociados a la conducta agresiva en estudios realizados en ratas, y entre hombres en un linaje familiar holandés. Por tanto, la MAO-A fue elegida como el gen candidato para probar la hipótesis de que la vulnerabilidad genética podría moderar el efecto del maltrato infantil en los posteriores problemas de conducta y el ciclo de la violencia (Caspi et al, 2002). La historia de maltrato y el genotipo interactuaron prediciendo cuatro posibles resultados antisociales: un diagnóstico de trastorno de conducta en la adolescencia, una personalidad agresiva, síntomas de un trastorno de personalidad antisocial en el adulto—basados en informes de una persona que conocía bien al participante del estudio—, y una condena judicial por un crimen violento. La replicación de este estudio es de suma importancia, ya que asociaciones entre genes y trastornos son conocidos por su baja tasa de replicación. Hay estudios de replicación positiva y negativa, y un metanálisis de estos estudios demostró que la asociación entre el genotipo MAO-A y problemas de conducta es modesta pero estadísticamente significativa (Kim-Cohen et al, 2006). Los hallazgos de polimorfismos genéticos específicos asociados a la conducta antisocial probablemente no se podrán usar con fines de diagnóstico genético debido a la complejidad inherente de las conexiones entre genes y conducta. Más bien, la investigación genético-ambiental beneficiará a los esfuerzos por entender cómo los mecanismos cerebrales conectan los factores de riesgo externos y la variación genómica con los trastornos de la conducta (Meyer-Lindenberg et al, 2006).

Complicaciones perinatales

Las complicaciones en el parto pueden ser un factor que contribuye a los déficits neuropsicológicos asociados a los problemas de conducta (Moffitt, 1993). La evidencia a este respecto es mixta, pero informes recientes de estudios en gran escala realizados en la población general han encontrado asociaciones entre los problemas de conducta persistentes a lo largo de la vida y complicaciones perinatales, anomalías físicas menores y el bajo peso al nacer (Brennan et al, 2003). La mayoría de los estudios respaldan el modelo biosocial, donde las complicaciones obstétricas podrían conferir una vulnerabilidad a otros riesgos concurrentes, como un estilo de crianza hostil o inconsistente (Arseneault et al, 2002; Kratzer & Hodgins, 1999; Tibbetts & Piquero, 1999; Raine et al, 1997). Otros estudios han demostrado además que fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de problemas de conducta en la descendencia (Brennan et al, 2003), pero no se ha establecido aún una relación causal entre el tabaquismo y los problemas de conducta (Fergusson, 1999).

Temperamento

Las diferencias individuales en la infancia que podrían contribuir al riesgo subsiguiente de psicopatología fueron conceptualizadas por Thomas y Chess con el término de “temperamento”. Thomas y Chess consideraban el temperamento como hereditario y no influenciado significativamente por la experiencia (Thomas et al, 1968). Una serie de estudios prospectivos han mostrado una asociación entre temperamento y problemas de conducta (Keenan & Shaw, 2003), e incluso han pronosticado el trastorno de personalidad antisocial y ofensas criminales en la vida adulta (Caspi et al, 1996). El temperamento, tal como fue concebido originalmente, sería fuertemente heredable y no influenciado por la experiencia. Sin embargo, las medidas de temperamento son sólo moderadamente heredables y el involucramiento del niño en el mundo social desde el nacimiento significa que



Haga clic en la imagen para acceder a un informe exhaustivo realizado por el US Surgeon General sobre la violencia juvenil

las medidas del temperamento inevitablemente evalúan el resultado de procesos sociales. Puede ser que las contribuciones del temperamento se consideren cada vez más consistentemente en combinación con los factores de riesgo ambientales (Nigg, 2006).

Neurotransmisores

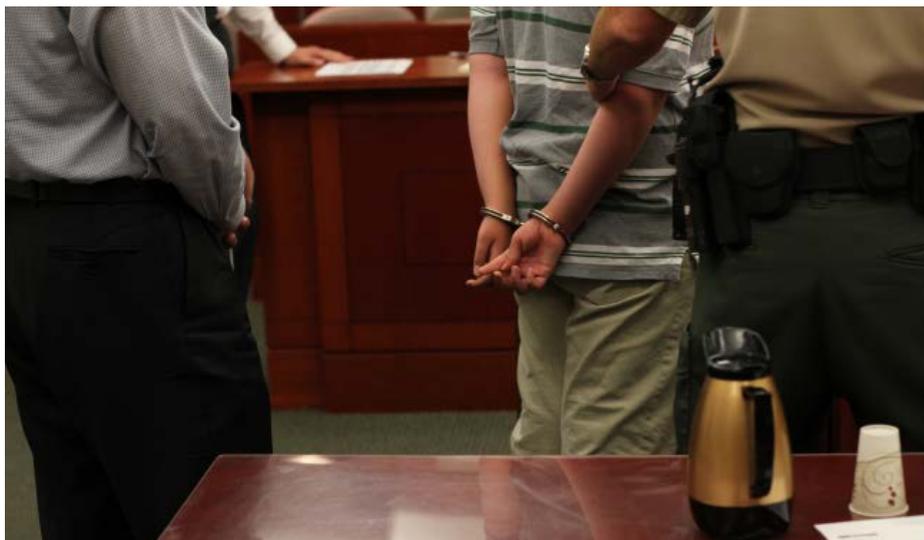
Algunos neurotransmisores han sido asociados a la conducta antisocial tanto en muestras de personas adultas como en modelos animales no humanos (Nelson, 2006). Sería un gran avance si fuera posible vincular los niveles y la actividad de neurotransmisores específicos a los problemas de conducta en los niños. Sin embargo, en general, los hallazgos no han sido consistentes (Hill, 2002). Por ejemplo, en el estudio de la cohorte “Juventud de Pittsburgh”, los niños con problemas de conducta crónicos mostraron una reducción en el nivel de epinefrina urinaria después de una tarea de desafío estresante, mientras que los niños prosociales mostraron un aumento (McBurnett et al, 2005). Sin embargo, otros estudios no han encontrado una asociación entre el trastorno de conducta y medidas de noradrenalina en los niños (Hill, 2002). Algunos estudios respaldan la idea de que, como en los adultos, en los niños la serotonina está relacionada con la agresión, pero los hallazgos son muy inconsistentes (Pine et al, 1997). Debe tenerse en cuenta que, en el cerebro, los neurotransmisores sólo se miden indirectamente—la mayoría de las mediciones son indicadores brutos de la actividad de estos—y poco se sabe acerca de los neurotransmisores en el cerebro juvenil.

Dificultades verbales

Se ha observado que los niños con problemas de conducta tienen consistentemente más dificultades en habilidades basadas en el lenguaje (Lynam & Henry, 2001; Nigg et al, 2003). Los niños con un trastorno de conducta, los adolescentes que delinquen y los adultos disociales muestran puntajes más bajos en pruebas estandarizadas de habilidad verbal y en pruebas de CI, con puntuaciones bajas en las escalas verbal y completa. Estas asociaciones persisten después de controlar por variables confundentes potenciales, como la raza, el nivel socioeconómico, el logro académico y la motivación ante la prueba (Lynam et al, 1993). Los estudios longitudinales muestran que un CI verbal bajo en la infancia predice la conducta antisocial persistente (Farrington & Hawkins, 1991; Lahey et al, 1995; Lynam & Henry, 2001). También se han encontrado dificultades en las habilidades verbales en niños preescolares con un trastorno negativista desafiante (Speltz et al, 1999). De la teoría de Luria sobre el papel de la memoria verbal y el razonamiento verbal abstracto en el desarrollo del autocontrol pueden extraerse varias formas posibles en que las habilidades verbales deficientes pueden influir en la conducta (Luria, 1961). La habilidad de recordar instrucciones orales y de usar el lenguaje para analizar las consecuencias de las acciones, contribuyen al control efectivo de las acciones. Los niños que no pueden razonar o afianzarse verbalmente, tienden a tratar de ganar control de los intercambios sociales utilizando la agresión (Dodge, 1993). Es probable que también haya efectos indirectos, en los que el bajo coeficiente intelectual verbal contribuye a dificultades académicas, lo que a su vez significa que la experiencia del niño en la escuela es poco gratificante en lugar de ser una fuente de autoestima y apoyo.

Funciones ejecutivas

El término “funciones ejecutivas” se utiliza para describir los procesos cognitivos que activan, organizan, integran y manejan otras funciones, como planeamiento, solución de problemas, razonamiento verbal, inhibición, flexibilidad cognitiva y realización de múltiples tareas.



Los adolescentes con un trastorno de conducta son responsables de una gran parte de los crímenes en la mayoría de las comunidades.

Disfunción ejecutiva

Los niños y adolescentes con problemas de conducta han demostrado consistentemente un peor desempeño en las pruebas de función ejecutiva (Ishikawa & Raine, 2003; Lynam & Henry, 2001; Moffitt 1993b; Nigg & Huang-Pollock, 2003; Hobson et al, 2011). Las funciones ejecutivas comprenden las habilidades implicadas en el alcanzar metas a través de acciones adecuadas y efectivas. Las habilidades específicas incluyen aprender y aplicar reglas de contingencia, razonamiento abstracto, resolución de problemas, auto-monitorización, atención y concentración sostenidas, relacionando acciones anteriores con metas futuras e inhibiendo respuestas inapropiadas. Estas funciones mentales están generalmente asociadas, aunque no exclusivamente, con los lóbulos frontales (Pennington & Ozonoff, 1996). En relación a esto, hay datos importantes en una cohorte de Montreal estudiada a partir de los seis años de edad (Séguin et al, 1999). El estudio utilizó pruebas de funciones ejecutivas asociadas a diferentes estructuras anatómicas en el cerebro, en base a estudios de lesiones y de imagen funcional. Se observó que la agresión crónica estaba asociada con puntuaciones más bajas en las pruebas que evaluaban las funciones ejecutivas de la región frontal del cerebro, y esta asociación se mantenía incluso cuando se controlaba para las variables de memoria general, CI y presencia de un TDAH. Aun cuando la mayoría de los estudios de dificultades en las funciones ejecutivas han sido realizados en adolescentes, también se ha encontrado que estas funciones se relacionan con las conductas disruptivas en niños preescolares (Hughes et al, 1998; Speltz et al, 1999).

Procesamiento de la información y cognición social

Dodge (1993) propuso un modelo de cómo algunas formas de procesar información en contextos sociales pueden generar comportamientos agresivos. El modelo plantea la hipótesis de que los niños propensos a responder agresivamente se fijan especialmente en los aspectos amenazantes de las acciones de otros, es decir, interpretan una intención hostil en acciones de los demás que son neutras, y tienden a favorecer una solución agresiva en situaciones sociales desafiantes. Varios estudios han demostrado que los niños agresivos cometen errores de cognición social. Dodge (1993) planteó la hipótesis de que la tendencia a codificar los aspectos hostiles de las situaciones, a atribuir una intención hostil a señales sociales

ambiguas y a favorecer las respuestas agresivas en situaciones sociales desafiantes son el resultado de la exposición repetida a malos tratos físicos. Esta predicción se probó prospectivamente (Dodge et al, 1995). El abuso físico documentado en el jardín de infantes está fuertemente asociado a problemas de conducta en la escuela primaria; y un 28% del grupo maltratado físicamente desarrolló problemas de conducta en comparación con un 6% en el grupo que no había sido maltratado. Los errores de codificación, las atribuciones hostiles y los sesgos de seleccionar y favorecer respuestas agresivas están asociados a futuros problemas de conducta y a haber sido víctima de maltrato físico. Los errores de codificación y la selección de respuestas agresivas median la relación entre el maltrato físico y los problemas de conducta, pero no las atribuciones hostiles y la selección de respuestas agresivas. Este estudio prospectivo proporcionó un cierto respaldo al modelo de cognición social.

Riesgos dentro de la familia

Carga genética

Hay evidencia sólida proveniente de estudios en gemelos y de adopción que muestra que los problemas de conducta (evaluados tanto categóricamente como dimensionalmente) son substancialmente hereditarios (Moffitt, 2005a; Rhee & Waldman, 2002). Sin embargo, el saber que los problemas de conducta están bajo alguna influencia genética es menos útil clínicamente que saber que esta influencia parece aumentar o disminuir dependiendo de la interacción con las circunstancias ambientales del niño. Varios estudios genéticamente sensibles han permitido examinar la interacción entre la carga genética familiar y el ambiente de crianza. Los estudios de adopción han demostrado una interacción entre la conducta antisocial del padre biológico y las condiciones adversas del hogar adoptivo, que predice la presencia de conductas antisociales en el niño (Bohman 1996; Cadoret et al, 1995). El riesgo genético se modificaba por el ambiente de la crianza. Otro estudio realizado en gemelos también arrojó evidencia de una interacción entre la carga genética familiar y los riesgos ambientales (Jaffee et al, 2005). En este estudio, la experiencia de maltrato estaba asociada a un aumento de un 24% de la probabilidad de un diagnóstico de trastorno de conducta en los niños de alto riesgo genético, y a un aumento de sólo un 2% entre los niños con bajo riesgo genético. Por tanto, la existencia de una carga genética familiar aumenta la urgencia de intervenir para mejorar el ambiente social de los niños.

Bajos ingresos

Existe una relación entre la pobreza grave y los problemas de conducta en la infancia temprana (Murray & Farrington, 2010). Las primeras teorías propusieron que la pobreza tenía efectos directos, relacionados con las tensiones que surgen de la brecha entre las aspiraciones y la realidad, y con la falta de oportunidades para adquirir estatus y prestigio social. Las investigaciones posteriores indican que la relación entre los bajos ingresos y los problemas de conducta en los niños es indirecta, y es mediada a través de procesos familiares tales como la discordia marital y problemas en la parentalidad (Maughan, 2001). Un ejemplo de estas investigaciones es el estudio longitudinal de Iowa, donde participaron 378 familias rurales. En este estudio se encontró que el estrés económico familiar estaba asociado a los problemas de conducta en los adolescentes, pero esto estaba mediado por la depresión de uno de los padres, el conflicto marital y la hostilidad por parte de

" En suma, la diferencia más marcada entre las prácticas disciplinarias de los padres de delincuentes y las de los no delincuentes se encuentra en el grado considerablemente mayor en que los primeros recurrían al castigo físico y en el grado considerablemente menor en que razonaban con sus niños sobre su mala conducta" (Glueck & Glueck, 1950).

uno de los padres (Conger et al, 1994). Otro estudio aprovechó un experimento que estaba ocurriendo naturalmente (Costello et al, 2003). Las familias nativas americanas en Carolina del Norte, que vivían por debajo de la línea de pobreza, fueron beneficiadas con los altos ingresos de los nuevos casinos de juego. Un resultado de esto fue que, en muchas familias, los problemas de comportamiento de los niños disminuyeron marcadamente. Sin embargo, el efecto del aumento de los ingresos estaba mediado por una mejoría en las relaciones entre padres e hijos. Esta mediación no se limita a la pobreza. El estudio de Glueck sobre la delincuencia en el período histórico de la depresión económica también encontró que la disciplina severa, la baja supervisión y el apego inseguro entre padres e hijos explicaban los efectos de la pobreza en los comportamientos antisociales de los niños en los años treinta (Sampson & Laub, 1984).

Apego padres-hijos

Los estudios iniciales en muestras de bajo riesgo, que utilizaron la clasificación de apego seguro/inseguro, no encontraron asociaciones sólidas entre el tipo de apego y los problemas externalizantes. Sin embargo, los estudios posteriores en muestras de alto riesgo, que utilizaron la clasificación de apego seguro/inseguro/desorganizado, demostraron que un apego desorganizado predecía futuros problemas de conducta (Van Ijzendoorn et al, 1999). El apego desorganizado se identifica mediante la Prueba de la Situación Extraña de Ainsworth, si el niño muestra una conducta bizarra o contradictoria cuando se reúne con su cuidador después de una separación (Main & Solomon, 1986). Sin embargo, las bajas tasas de niños con apego desorganizado en las muestras del estudio indican que estos hallazgos deben ser considerados cuidadosamente. Aunque parece obvio que, en general, una mala relación padre-hijo predice problemas de conducta, aún no se ha establecido si las dificultades en el apego, medidas por los paradigmas observacionales, tienen un papel causal independiente en el desarrollo de los problemas conductuales. Los patrones de apego podrían marcar otros riesgos familiares relevantes. Sin embargo, Futh y colaboradores (2008) encontraron una asociación independiente entre el patrón de apego inseguro y los problemas de conducta, utilizando una tarea de juego libre con una muñeca en niños de 6 años, y Scott y colaboradores (2011) encontraron que en adolescentes, un patrón de apego inseguro (medido utilizando la Entrevista de Apego en Niños) predecía problemas conductuales, incluso cuando se consideraban la calidad de la parentalidad actual, lo que sugiere que el patrón de apego tiene al menos un papel mantenedor.

Disciplina y parentalidad

Los padres de los niños con trastornos de la conducta son más inconsistentes en el uso de las reglas, dan más órdenes que son más confusas, son más propensos a responder a sus hijos en base a su propio estado de ánimo en lugar de en base a las características del comportamiento del niño, no controlan el paradero de sus hijos, y notan menos su comportamiento prosocial. Patterson propuso un mecanismo específico que fomenta las conductas de oposición y agresividad en los niños. Un padre responde a una conducta de oposición leve por parte de un niño con una prohibición, a la cual el niño responde escalando su comportamiento que resulta en una escalada mutua hasta que el padre cede finalmente, reforzando así negativamente el comportamiento del niño. La conducta inconsistente del padre aumenta la probabilidad de que el niño muestre una conducta oposicionista o agresiva en el futuro. Además de la evidencia específica que respalda el modelo



Haga clic en la imagen para acceder al programa *Blueprints para la Prevención de la Violencia* de la Universidad de Colorado.



de refuerzo de Patterson (Gardner, 1989; Snyder & Patterson, 1995), existen amplia evidencia de que los problemas de conducta están asociados a una crianza hostil, crítica, punitiva y coercitiva (Rutter et al, 1998). Niños con un trastorno de conducta provocan más reacciones negativas en los padres que niños sin trastornos de la conducta.

El hecho que la conducta de los niños elicit una parentalidad negativa no significa que la parentalidad negativa no tiene un impacto en la conducta de los niños. Un estudio observó que el control materno negativo a los cuatro años se asociaba significativamente a problemas de conducta a los nueve años, incluso después de controlar por el efecto de los problemas de conducta a los cuatro años (Campbell et al, 1996). Un estudio longitudinal de riesgo ambiental realizado en gemelos de familias británicas examinó los efectos de la parentalidad en la agresión de niños pequeños (Jaffee et al, 2003). Como era de esperar, la *ausencia* de un padre prosocial predijo más agresión en los hijos. La *presencia* de un padre antisocial también predijo más agresión en los hijos, pero el efecto perjudicial se agravaba cuanto más tiempo pasaba el padre cada semana cuidando a los niños. En otro informe del mismo estudio se evaluó la hipótesis de que, debido a que las madres deprimidas son menos capaces de cuidar de sus hijos, la depresión materna promueve la agresión en los niños (Kim-Cohen et al, 2005). Los hijos de madres deprimidas a menudo desarrollan problemas de conducta, pero no hay evidencia de que esta asociación representa una transmisión ambiental. Si bien la relación entre la depresión materna y los problemas de conducta en los niños disminuyó levemente cuando se controló por la carga genética familiar de psicopatología, aún permaneció estadísticamente significativa. Además, como

resultado de la depresión las madres deprimidas pueden exagerar su percepción de la conducta problemática de sus hijos, pero los hallazgos fueron similares cuando los educadores juzgaron la conducta de los niños. Un análisis temporal mostró que si las madres estaban deprimidas sólo antes del nacimiento de sus hijos, los niños no eran inusualmente agresivos. En cambio, si las madres sufrían depresión más tarde, mientras criaban a sus hijos, los niños tenían más probabilidades de desarrollar agresión. Finalmente, la posibilidad de que la asociación fuera espuria—porque la agresión de los niños había provocado la depresión de las madres—fue descartada porque niños expuestos a un episodio de depresión materna entre las edades de cinco y siete se volvieron aún más agresivos a los siete años de lo que habían sido a los cinco. En conjunto, estos y otros hallazgos proporcionan evidencia que explica el papel de la disciplina en los problemas de conducta (Moffitt, 2005b).

Exposición al conflicto marital y la violencia doméstica

Es probable que otros procesos familiares, además de las habilidades parentales y la calidad del vínculo entre padres e hijos, tengan un papel en el desarrollo de los problemas de conducta. Muchos estudios han demostrado que niños expuestos a la violencia doméstica entre adultos son más propensos a volverse violentos (Moffitt y Caspi, 1998). Davies y Cummings (1994) propusieron que el conflicto marital influye en el comportamiento de los niños, debido a su efecto en la regulación de la emoción. Por ejemplo, un niño puede responder a las emociones aterradoras que genera el conflicto conyugal, regulando sus propias emociones a través de la negación de la situación. Esto a su vez puede conducir a una evaluación inexacta de otras situaciones sociales, y a una resolución ineficaz de los problemas. Se piensa que la exposición repetida a conflictos familiares disminuye el umbral de desregulación psicológica de los niños, lo que da como resultado una mayor reactividad conductual al estrés (Cummings & Davies, 2002). El conflicto conyugal también puede aumentar la agresión en los niños, ya que los niños tienden a imitar la conducta agresiva modelada por sus padres (Bandura, 1977). A través de la agresión parental, los niños pueden aprender que la agresión es un aspecto normativo de las relaciones familiares, que es una manera efectiva de controlar a los demás y que la agresión está autorizada y no es castigada (Osofsky, 1995).

Maltrato

El castigo físico es ampliamente utilizado y los padres de niños con problemas de conducta frecuentemente recurren al castigo físico por desesperación. Sin embargo, la relación entre el maltrato y los problemas de conducta no es directa. Un estudio encontró que el castigo físico estaba asociado a los problemas de conducta en los niños blancos americanos pero no en los afroamericanos (Deater-Deckard et al, 1996). Además, el riesgo de presentar problemas de conducta no es igual para todas las formas de castigo físico. El estudio longitudinal de riesgo ambiental realizado en gemelos ingleses comparó los efectos del castigo corporal (golpes, azotes) con el maltrato físico grave, utilizando informes específicos de ambas experiencias por cada gemelo (Jaffee et al, 2004). Los resultados mostraron que la dotación genética de los niños representaba prácticamente toda la asociación entre el castigo corporal y sus problemas de conducta. Esto indica *un efecto del niño*—en el cual la mala conducta de los niños hacía que sus padres utilizaran más el castigo corporal, en lugar de lo contrario. Los resultados respecto al maltrato físico grave mostraron lo opuesto. No había ningún efecto del niño que favoreciera el maltrato y, además, se mantuvieron los efectos significativos del maltrato sobre la

agresión en los niños después de controlar por cualquier transmisión de la carga genética de la agresión por parte de los padres antisociales.

En general, las relaciones entre el maltrato físico y los problemas de conducta están bien establecidas (Hill, 2002). En la cohorte de Christchurch, el abuso sexual infantil predijo problemas de conducta después de controlar para otros eventos adversos en la infancia (Ferguson et al, 1996). En un gran estudio prospectivo de casos de abuso y negligencia, un 26% de los adolescentes maltratados y abandonados eran antisociales, en contraste con el 17% en un grupo control similar, lo que indica un efecto modesto pero duradero del abuso y la negligencia (Widom, 1997). Investigar la relación entre el maltrato infantil y la psicopatología es particularmente difícil por razones éticas. Poco se sabe acerca de los posibles mecanismos que vinculan el maltrato con los problemas de conducta, si bien es probable que las amenazas a la seguridad del apego, las dificultades en la regulación del afecto, las distorsiones del procesamiento de la información y el autoconcepto, que se examinan en otras partes de este capítulo, sean pertinentes.

Riesgos fuera de la familia

Vecindario y comunidad

Durante mucho tiempo se ha asumido que los malos barrios tienen el efecto de alentar problemas de conducta en los niños. Los padres se esfuerzan por asegurar para sus hijos el mejor vecindario y escuela que puedan pagar. Aunque es obvio que algunas áreas tienen tasas de criminalidad más altas que otras, ha sido difícil documentar una relación directa entre las características del vecindario y la conducta de los niños por varias razones. Por ejemplo, las características del vecindario han sido conceptualizadas en términos estructurales demográficos demasiado simples, como el porcentaje de residentes no blancos o el porcentaje de hogares monoparentales. Por otra parte, los diseños de investigación no pueden descartar la posibilidad alternativa de que familias cuyos miembros son antisociales se muden selectivamente a barrios malos. Debido a lo anterior, una nueva generación de estudios sobre los vecindarios está abordando estos desafíos (Beyers et al, 2003; Caspi et al, 2000; Sampson et al, 1997). Los nuevos estudios sugieren que los factores específicos del vecindario que son relevantes van más allá de las características estructurales-demográficas. Los procesos sociales a nivel del barrio como la “eficacia colectiva” y el “control social” influyen en los problemas de conducta de niños pequeños, probablemente apoyando o no apoyando a los padres en sus esfuerzos por criar a los niños.

Pares

Los niños con problemas de conducta tienen peores relaciones con sus pares que los que no presentan estos problemas, ya que tienden a relacionarse con niños con conductas antisociales similares, tienen interacciones discordantes con otros niños y experimentan rechazo por parte de sus compañeros que no presentan problemas (Vitaro et al, 2001). Se han estudiado tres explicaciones para este fenómeno, y se ha encontrado evidencia para las tres. Puede ser que las conductas antisociales llevan a los niños a tener problemas con sus pares, que los problemas en las relaciones con sus pares los llevan a desarrollar problemas conductuales, o que algún factor común provoque ambos.

En cuanto a la posibilidad de que los problemas de conducta lleven a tener dificultades con los pares, existe una amplia evidencia de que los niños con problemas de conducta son más propensos a tener más conflictos con sus compañeros y a ser rechazados por compañeros sin problemas (Coie, 2004). Se ha demostrado que este rechazo contribuye a una disminución en el logro académico y aumenta la agresión durante el primer año de educación primaria (Coie, 2004). Una consecuencia del rechazo por parte de los compañeros sin problemas es que, a partir de los cinco años de edad, los niños agresivos-antisociales están obligados a relacionarse con otros niños con problemas similares (Farver, 1996; Fergusson et al, 1999).

A la luz de la limitada evidencia disponible de que las dificultades con los pares facilitan el inicio de los problemas de conducta en la infancia, y la evidencia más sustancial de que las dificultades con los pares son una consecuencia de sus problemas de conducta ¿Existe alguna razón para pensar que estos procesos influyen en el curso a largo plazo de los problemas de conducta?. En cuanto a la posibilidad de que los pares lleven al desarrollo de los problemas de conducta, se ha demostrado que esto ocurre de varias maneras. Los niños y adolescentes que son agresivos se sienten atraídos unos a otros, y aquellos que presentan problemas de conducta refuerzan los comportamientos y actitudes antisociales de los demás (Boivin & Vitaro, 1995). La evidencia de que la influencia de los pares aumenta las conductas antisociales es aplicable principalmente a la adolescencia (Warr, 2002). Los ensayos clínicos proporcionan pruebas contundentes: en dos ensayos clínicos controlados, los adolescentes que recibían el tratamiento en grupo tenían peores resultados que los grupos control que no recibían tratamiento: un aumento de los problemas de conducta y peores resultados (Dishion et al, 1999). El tratamiento de grupo reúne al adolescente problemático con otros similares, reforzando las actividades antisociales de uno y otros. Los resultados de este estudio respaldan la idea de un enfoque individual del tratamiento de los problemas de conducta es preferible. Un estudio evaluó cambios en el comportamiento antisocial de niños y adolescentes que se unían a una pandilla, y encontró que juntar una pandilla aumentaba el número de delitos y transgresiones de cada adolescente en relación con su línea base previa, mientras que dejar la pandilla las disminuía (Thornberry et al, 1993). En general, debemos considerar la forma dinámica y recíproca en la que los problemas de conducta influyen en quiénes son sus amigos y en la cual esos amigos más tarde promueven los problemas de conducta del niño o adolescente (Vitaro et al, 2001).

De la predicción del riesgo a la evidencia de la causalidad

A lo largo del capítulo, se ha documentado la relación entre los problemas de conducta y una serie de factores de riesgo. Una variable se denomina como *factor de riesgo* si tiene una relación predictiva documentada con los resultados antisociales, independientemente de que la relación sea causal o no. El estatus causal de la mayoría de estos factores de riesgo aún es desconocido; sabemos que predicen los problemas de conducta pero no sabemos cómo o por qué (Kraemer, 2003). Establecer un papel causal para un factor de riesgo no es sencillo, especialmente porque no es ético exponer experimentalmente a niños sanos a factores de riesgo para observar si esos factores generan nuevos problemas. No existe una solución única, si bien el uso de diseños genéticamente sensibles y el estudio del cambio intraindividual en experimentos naturales y en estudios de tratamiento tienen considerables ventajas

metodológicas para encontrar influencias causales en los problemas de conducta (Moffitt, 2005b; Rutter, 2000; Rutter et al, 2006). Este capítulo ha subrayado los factores de riesgo con evidencia científica que respalda su papel causal en los problemas de conducta. Por ejemplo, anteriormente hemos citado estudios que respaldan la causalidad de la baja disciplina en las madres deprimidas (Kim-Cohen et al, 2005), del maltrato infantil (Dodge et al, 1995; Jaffee et al, 2004), de la pobreza (Costello et al, 2003), de la carga genética (Moffitt, 2005a), y del agruparse con pares antisociales (Dishion et al, 1999; Thornberry et al, 1993). Estos diseños aprovecharon la existencia de experimentos naturales, o fueron capaces de descartar explicaciones alternativas (Moffitt, 2005b). Con respecto a los otros factores de riesgo descritos aquí, hasta el momento no se ha probado en forma decisiva su causalidad, pero sí existe evidencia de que son importantes en muchos estudios realizados en diferentes contextos (p.e., complicaciones perinatales, temperamento, déficit verbal y ejecutivo, ritmo cardíaco lento, cognición social, exposición a conflictos parentales). Otros factores de riesgo también tienen una relación causal teórica, y por tanto garantizan su inclusión en este capítulo, pero la evidencia científica de su causalidad en los problemas de conducta aún no es suficientemente fuerte (p.e., patrón de apego, neurotransmisores, genotipo MAO-A, tabaquismo durante el embarazo, barrio y comunidad).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

De los niños que desarrollan un trastorno de la conducta de inicio temprano (antes de los ocho años de edad) aproximadamente la mitad continúan presentando problemas graves en la vida adulta. De aquellos con un inicio en la adolescencia, la gran mayoría (más del 85%) desisten de su conducta antisocial cuando tienen alrededor de veinte años. Los factores que predicen resultados negativos se enumeran en la Tabla D.3.1.

Para detectar factores protectores se han realizado estudios en niños que tienen buenos resultados a pesar de los factores de riesgo—denominados *resilientes*. Sin embargo, estos niños resilientes tienden a tener menos factores de riesgo; por ejemplo, un niño con conducta antisocial y un CI bajo que vive en un vecindario con alto nivel de delincuencia, pero que tiene unos padres que lo apoyan y se preocupan por él. Los factores protectores son, en su mayoría, el extremo opuesto del espectro del mismo factor de riesgo, por lo tanto, una buena crianza de los hijos y un alto coeficiente intelectual son factores protectores. No obstante, hay factores que están relacionados con la resiliencia independientemente de las influencias adversas conocidas. Entre estos se incluyen una buena relación con al menos un adulto, que no necesariamente tiene que ser uno de los padres; una buena autoestima y autoconcepto, y tener alguna habilidad o competencia positiva.

Resultados en la vida adulta

Los estudios realizados en niños con un trastorno de conducta de inicio temprano indican que estos presentan un rango amplio de problemas, que no se reducen solamente a actos antisociales, como se muestra en la Tabla D.3.2.

Lo que es evidente es que no sólo hay un aumento sustancial de las tasas de actos antisociales en la vida adulta sino también que el funcionamiento psicosocial general de los niños con trastorno de conducta cuando se convierten en adultos es sorprendentemente pobre. Para la mayoría de las características que se muestran en

la Tabla D.3.2, el aumento en las tasas es de al menos el doble para los niños que nunca fueron derivados a un servicio de salud mental, y de tres a cuatro veces para los niños que si fueron derivados, en comparación a los controles.

Trayectorias

La trayectoria del trastorno de conducta de la infancia a la vida adulta no es ni inevitable ni linear. Diferentes influencias inciden sobre el individuo en desarrollo y van dando forma al curso de la vida, y muchas de ellas pueden acentuar los problemas. Por lo tanto, un niño pequeño con un temperamento irritable y problemas de atención puede no aprender habilidades sociales positivas si se cría en una familia que no las tiene, y donde sólo puede conseguir lo que quiere si se comporta antisocialmente y agarra lo que necesita. En la escuela, puede terminar relacionándose con un grupo de pares con problemas, que usan violencia y otros actos antisociales, lo que le da una sensación de valía. Sus pobres habilidades académicas y comportamiento difícil en el aula pueden llevar a que se ausente cada vez más de la escuela, lo que a su vez hace que se atrase cada vez más. Puede ser que entonces salga de la escuela sin buenas calificaciones, y por tanto tenga dificultades para encontrar trabajo y recurra a las drogas. Para financiar las drogas, es probable que recurra a la delincuencia y, una vez que encarcelado, le sea aún más difícil encontrar trabajo. En este ejemplo, se puede ver que las experiencias adversas no sólo surgen pasivamente e independientemente de la conducta de la persona, más bien, la conducta lo predispone a ambientes cada vez más peligrosos y dañinos. En consecuencia, el número de eventos de vida adversos aumenta considerablemente. La trayectoria de una hiperactividad temprana a un trastorno de conducta posterior tampoco es inevitable y mucho menos probable en un clima familiar cálido y acogedor—comparado con crecer con padres críticos y hostiles.

La presencia de otras influencias también puede alejar al individuo de la trayectoria antisocial. Por ejemplo, un estudio de seguimiento fascinante realizado por Laub y Sampson en niños antisociales hasta la edad de 70 años, observó que las siguientes situaciones alejaban a los individuos de la trayectoria antisocial: dejar de pertenecer a una pandilla de delincuentes, contraer matrimonio con una pareja sin problemas, mudarse lejos de un vecindario pobre, hacer un servicio militar en el que aprende un oficio.

Tabla D.3.1 Factores que predicen resultados desfavorables

Edad de Inicio	Inicio temprano de problemas graves, antes de los 8 años de edad
Fenomenología	Actos antisociales que son graves, frecuentes y variados
Comorbilidad	Hiperactividad y problemas de atención
Inteligencia	Bajo CI
Historia Familiar	Criminalidad parental; alcoholismo parental
Parentalidad	Crianza severa, inconsistente, con alto nivel de críticas, baja afectuosidad, bajo involucramiento y baja supervisión.
Entorno amplio	Familia de bajos ingresos en barrio pobre con escuelas inefectivas.

Tabla D.3.2 Resultados en la vida adulta

Conducta antisocial	Mayores crímenes violentos y no violentos, p.e. asalto, daño corporal grave, robo, crímenes con automóviles, fraude.
Problemas psiquiátricos	Tasas elevadas de personalidad antisocial, consumo de alcohol y drogas, ansiedad, depresión, quejas somáticas, episodios de autolesión deliberada y suicidio, hospitalización psiquiátrica
Educación	Bajos resultados académicos, absentismo escolar y abandono de los estudios, peores calificaciones profesionales
Trabajo	Desempleo, mantienen los empleos por corto tiempo, peores trabajos con peores salarios, aumento de la dependencia en ayudas económicas y subsidios gubernamentales
Red social	Pocos o sin amigos, bajo involucramiento con familiares, vecinos, comunidades y organizaciones
Relaciones íntimas	Aumento de las relaciones de cohabitación violentas y de corta duración; las parejas a menudo también son violentas
Niños	Aumento de la tasa de maltrato y abuso infantil, problemas de conducta en los hijos, los hijos son llevados a menudo al sistema de protección social
Salud	Mayores problemas médicos, muerte más temprana

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

1. Involucrar a la familia

La mayoría de las familias que asisten a un servicio de salud mental temen ser juzgadas como malas y, posiblemente, desequilibradas. Las familias de niños con trastornos de conducta tienden a ser desorganizadas y desfavorecidas, de haber tenido problemas con instituciones como la escuela y los programas de bienestar infantil, y de desconfiar de la burocracia. Las tasas de abandono del tratamiento en estas familias son altas – a menudo de hasta un 60% (Kazdin, 1996). Medidas prácticas, como ayudar con el transporte, la provisión de guarderías para los niños, y tener las sesiones por la noche o a horas cómodas para la familia, pueden facilitar la adherencia al tratamiento. Es especialmente importante establecer una buena alianza con la familia. Prinz y Miller (1994) demostraron que usando estrategias de involucramiento durante la evaluación, como mostrar a los padres que el terapeuta comprende claramente su punto de vista, condujo a una mayor asistencia a las sesiones. Una vez que la familia está involucrada, la calidad de la alianza entre el terapeuta y la familia influye en el éxito del tratamiento, representando el 15% de la varianza de los resultados, como se indica en el metanálisis de Shirk y Carver (2003).

2. Seleccionar el tipo de tratamiento a utilizar y quién debe suministrarlo

Si es posible, las intervenciones deben abordar específicamente cada contexto, en lugar de suponer que un tratamiento exitoso en un área se generalizará a otras. Por ejemplo, mejoría de la conducta en el hogar como resultado de un exitoso programa de entrenamiento para padres no conducirá necesariamente a una disminución de la conducta antisocial en



Haga clic en la imagen para acceder al informe *Previniendo la Violencia y las Conductas de Riesgo para la Salud en los Adolescentes*, realizado por el Estado del Consenso Científico de la NIH.

la escuela (Scott, 2008). Si el comportamiento en el aula es un problema, y en la visita realizada a la escuela se observa que los educadores no están utilizando estrategias efectivas, asesorar los educadores y el personal de la escuela puede ser muy efectivo. Cuando existen problemas generalizados, como peleas con los compañeros, es necesario añadir una terapia individual centrada en el manejo de la ira y las habilidades sociales. El uso de fármacos es controvertido, y es preferible evitarlo; indicaciones posibles se discuten más adelante. En general, debido a la fuerte evidencia de su efectividad, la primera línea de tratamiento debe ser la capacitación de los padres.

La mayoría de los países no tienen recursos suficientes para tratar a todos los trastornos de la conducta en la infancia, por lo que será necesario decidir si es posible involucrar a otras instituciones. De este modo, muchas instituciones del sector voluntario actualmente proveen programas de entrenamiento para padres, y muchas escuelas también han puesto en marcha programas cognitivo-conductuales para estos problemas.

3. Desarrollar fortalezas

Es crucial identificar las fortalezas del niño y de la familia. Esto favorece el que la familia y el terapeuta trabajen juntos y aumenta la probabilidad de que el tratamiento sea efectivo. Fomentar las habilidades que tiene el niño favorece que éste pase más tiempo comportándose constructivamente que destructivamente – p.ej., más tiempo jugando fútbol es menos tiempo deambulando en las calles en busca de problemas. Fomentar las actividades prosociales – por ejemplo, dibujar o tocar un instrumento – también aumenta la sensación de logro, la autoestima y la esperanza en el futuro.

4. Tratar los trastornos comórbidos

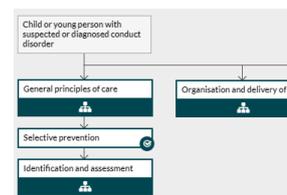
La conducta antisocial del niño a menudo afecta tan profundamente a los demás que los trastornos comórbidos pueden fácilmente pasarse por alto. Sin embargo, en las derivaciones clínicas, la comorbilidad es la regla y no la excepción. Entre las comorbilidades frecuentes se incluyen la depresión y el TDAH, y algunos tendrán un TEPT, por ejemplo, en el contexto de la violencia infligida por un padre, o como testigos de palizas recibidas por la madre por parte de su pareja.

5. Promover el aprendizaje social y escolar

Se trata de conseguir más que la disminución de las conductas antisociales. Por lo tanto, eliminar las rabietas y las explosiones agresivas, aunque útil, no conducirá a un buen funcionamiento si el niño carece de la capacidad de hacer amigos o de negociar: también deben enseñarse conductas positivas. Es necesario tratar las dificultades específicas del aprendizaje, como el retraso en la lectura (que es particularmente común en estos niños), al igual que dificultades más generales como la planificación de las tareas.

6. Usar guías de recomendaciones

La Asociación Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente ha publicado parámetros de prácticas sensatas para la evaluación y tratamiento del trastorno de conducta (AACAP 1997). Así mismo, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) publicó una “evaluación tecnológica” de la efectividad clínica y la rentabilidad de



Haga clic en la imagen para acceder a la guía sobre la evaluación y el tratamiento de los trastornos de la conducta del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE)

los programas de entrenamiento para padres (2006) y una guía sobre la evaluación y el tratamiento de los trastornos de la conducta (NICE, 2017).

7. Tratar al niño en su ambiente natural

La mayoría de las intervenciones descritas a continuación están dirigidas a pacientes ambulatorios o comunitarios. Rara vez es necesaria la hospitalización psiquiátrica, y no existe evidencia de que el tratamiento hospitalario conduzca a beneficios que se mantienen después de que el niño es devuelto a su familia.

Intervenciones específicas

Basadas en la familia

En el contexto de la delincuencia, la intervención más conocida es la Terapia Familiar Funcional (TFF), creada en 1969 por James Alexander y colaboradores (Alexander et al, 2000). Está diseñada para ser práctica y relativamente barata; 8 a 12 sesiones de una hora en el hogar familiar—para disminuir los problemas de asistencia comunes en este grupo de individuos. Para los casos más difíciles, se realizan 26 a 30 sesiones, que por lo general se extienden durante más de tres meses. El rango de edad es de 11 a 18 años. El tratamiento tiene cuatro fases. Las dos primeras son las fases de *involucramiento* y *motivación*. En éstas, el terapeuta trabaja duro para mejorar la percepción de que cambio es posible y para minimizar las percepciones que podrían significar insensibilidad o inadecuación (p.ej., mala percepción del programa, acceso difícil, derivación insensible al programa). El objetivo es mantener a la familia en el tratamiento, y luego seguir adelante para encontrar qué es lo que la familia quiere. Entre las técnicas utilizadas se incluye la *reformulación*, donde se realzan los atributos positivos (p.ej., un joven que frecuentemente delinque pero que no es capturado se etiqueta como inteligente) y se pone de manifiesto la motivación emocional (p.ej., una madre que continuamente regaña puede ser etiquetada como preocupada, disgustada o herida).

Se anima a las familias a visualizarse a sí mismas como haciendo lo mejor que pueden bajo las circunstancias. La *resolución de problemas* y el *cambio de conducta* no comienza hasta que la motivación aumenta, la negatividad disminuye y se establece una alianza positiva con la familia. Se realizan intentos explícitos para reducir las espirales negativas en las interacciones familiares, interrumpiendo y desviando el flujo de comentarios negativos y culpabilizadores. Las reformulaciones no deben disminuir el impacto del comportamiento negativo, pero al final de estas dos etapas iniciales cada miembro de la familia debe sentir que:

- No son intrínsecamente malos, es la forma en que han realizado las cosas lo que no ha ido bien
- A pesar de que han cometido errores, el terapeuta *tomó partido* con ellos tanto como con todos los demás
- A pesar de que experimentan los problemas de forma diferente, cada miembro de la familia debe contribuir a la solución
- A pesar de que pueden tener mucho que cambiar, el terapeuta trabajará duro para protegerlos a ellos y a todos los otros miembros de la familia
- Quieren asistir a la próxima sesión porque parece que finalmente las cosas podrían mejorar.



La tercera fase de la TFF tiene como objetivo el *cambio de conducta*. Este cambio tiene dos elementos, el entrenamiento de la comunicación y la formación de los padres. El éxito de esta etapa depende de que se logren estos dos elementos, y no comienza hasta que se hayan logrado (esto difiere de algunos programas en los que hay un número predeterminado de sesiones asignadas a cada tema, independientemente del progreso de la familia). Esta etapa se desarrolla de forma flexible, de acuerdo a las necesidades de la familia. Por lo tanto, si hay dos padres que continuamente discuten, y esto está afectando al niño o adolescente, se abordará el “subsistema marital”, utilizando técnicas estándar, entre las que se incluyen:

1. Usar la primera persona en lugar de la segunda (en vez de “eres vago y perezoso”, “Me molesta cuando dejas tus calcetines en el suelo”)
2. Ser directo (en vez de reclamar a la pareja “él nunca...”, decírselo directamente al niño o adolescente)
3. Comentarios breves en vez de largos discursos
4. Especificidad sobre la conducta deseada
5. Ofrecer alternativas al niño o adolescente y
6. Escuchar activamente.

Las técnicas del entrenamiento para padres son similares a las que se encuentran en los enfoques tradicionales, e incluyen el uso de elogios, refuerzos (denominado contrato en la TFF – p.e., “si llegas a casa a las 6pm cada noche, te llevaré al cine el sábado”), establecimiento de límites, consecuencias y coste de respuesta (p.ej., perder tiempo de mirar la TV por decir malas palabras).

La cuarta fase y final de la TFF es la *generalización*. Aquí el objetivo es lograr que los avances logrados en algunas situaciones específicas se generalicen a otras situaciones similares, ayudar al niño o adolescente y a su familia a negociar positivamente con instituciones como la escuela, y ayudarles a obtener los recursos que necesitan. A veces este último objetivo puede requerir que el terapeuta sea un

Hasta el momento, no existen intervenciones farmacológicas aprobadas específicamente para el trastorno de conducta.

administrador de casos para la familia. Por lo tanto, para hacer esto se requiere que el terapeuta conozca las instituciones sociales y cómo funciona el sistema.

Efectividad

La eficacia de TFF ha sido ampliamente documentada, y se han realizado más de 10 estudios de replicación (Alexander et al, 2000), de los cuales más de la mitad han sido independientes de los desarrolladores, y cuatro de ellos aún están en marcha en Suecia. Todos los ensayos clínicos publicados hasta la fecha han sido positivos, con tasas de reincidencia de un 20% a un 30% menos que la de los controles.

Intervenciones de componentes múltiples

Terapia multisistémica

Se abordará el ejemplo de la Terapia Multisistémica (TMS), ya que es uno de los mejores tratamientos de este tipo. La TMS fue desarrollada por Henggeler y colaboradores en los Estados Unidos (Huey et al, 2000). Tiene nueve principios de tratamiento:

1. Se debe realizar una evaluación para determinar el ajuste entre los problemas y el entorno: las dificultades se entienden como una reacción a un contexto específico, y no se consideran necesariamente dificultades intrínsecas
2. Los contactos terapéuticos enfatizan lo positivo, y utilizan los recursos positivos del sistema como palancas de cambio. La evaluación ya habrá identificado las fortalezas del individuo (como por ejemplo ser bueno para los deportes, llevarse bien con la abuela, la presencia de pares prosociales en el vecindario de la abuela). La implementación de este principio implica que cada contacto debe reconocer y reforzar estas fortalezas.
3. Las intervenciones están diseñadas para promover las conductas responsables y disminuir las conductas irresponsables.
4. Las intervenciones están centradas en el presente, están orientadas a la acción, y tienen objetivos específicos y bien definidos. El foco es lo que se puede hacer aquí y ahora, en contraste con otras terapias que subrayan la necesidad de comprender el pasado del niño o adolescente y la familia.
5. Las intervenciones tienen como objetivo las secuencias de conducta en múltiples sistemas que mantienen los problemas.
6. Las intervenciones son congruentes con la etapa del desarrollo. Deben ajustarse a la etapa de la vida y al nivel individual de los miembros de la familia.
7. Las intervenciones requieren de un esfuerzo diario o semanal por parte de los miembros de la familia. Esto permite la práctica frecuente de las nuevas habilidades, y la retroalimentación frecuente de los esfuerzos realizados. La falta de adherencia a los acuerdos del tratamiento se hace evidente rápidamente.
8. La efectividad de la intervención se evalúa continuamente desde múltiples perspectivas, y el equipo de intervención asume la responsabilidad de superar las barreras para lograr los resultados.

9. Las intervenciones están diseñadas para promover la generalización del tratamiento, empoderando a los padres a abordar las necesidades del niño o adolescente en múltiples contextos.

La forma en que se administra la terapia es controlada estrechamente. Debido a una revisión semanal del progreso, si hay barreras que impiden el avance, éstas deben ser abordadas rápidamente, y las hipótesis de lo que está sucediendo en la familia y los sistemas alrededor del niño o adolescente deben ser revisadas a la luz de la mejoría. Los profesionales sólo tratan 4 a 6 casos a la vez, ya que el trabajo es intensivo. Se pone mucha atención al control de la calidad de la terapia por medio de una supervisión semanal donde se revisan el plan, y los niños y adolescentes y sus padres completan cuestionarios semanales acerca de si han estado recibiendo la terapia según lo planeado. La terapia se administra durante tres meses.

Efectividad

Los resultados de la primera serie de estudios llevados a cabo por los creadores del programa fueron positivos. El metanálisis de las publicaciones hasta el año 2002—que incluye a uno de los creadores del programa, Charles Borduin—encontró que en 7 estudios que comparaban la TMS con el tratamiento usual o una alternativa, en un total de 708 niños y adolescentes y 35 terapeutas, el tamaño del efecto general transversal para una variedad de dominios fue de 0,55 (Curtis et al, 2004). Los dominios estudiados incluían infracciones (arrestos, días en prisión, criminalidad autoreportada, consumo de drogas autoreportado) – donde el tamaño del efecto (TE) promedio era de 0.50 –, las relaciones con los pares (TE: 0.11), relaciones familiares (autoreportadas TE: 0.57, observadas TE: 0.76), y los síntomas psicopatológicos individuales de los niños y adolescentes y sus padres (TE: 0.28). Sin embargo, los tres estudios que utilizaron estudiantes de postgrado de los creadores como terapeutas lograron tamaños de efecto notablemente mayores (media 0.81) que cuando los creadores supervisaban a terapeutas de la comunidad local, donde la media del tamaño del efecto fue de un 0.26.

Los estudios de seguimiento a largo plazo realizados 14 años después (cuando la edad media de los participantes era de 29 años) por los realizadores de uno de los primeros ensayos clínicos (con 176 casos asignados a TMS o a la terapia individual usual) mostraron tasas de reincidencia de 50% y 81% respectivamente. Sin embargo, en el proceso de evaluación, el siguiente paso de cualquier terapia es medir su efectividad cuando se lleva a cabo por equipos que no tienen vínculos económicos o de empleo con los creadores (aunque puedan pagar a los creadores por los materiales y la supervisión) y con un equipo de evaluación independiente (Littell, 2005). La única evaluación independiente fue también la única que utilizó análisis adecuados, de intención de tratar (en lugar de excluir a los que rechazaban el tratamiento, etc.), en una muestra grande (n = 409) en Ontario, Canadá. Se encontró que la TMS no produjo una mejoría en comparación con el tratamiento usual en ninguno de los resultados, ya sea inmediatamente o en el seguimiento de tres años (Lescheid & Cunningham, 2002). Un estudio independiente más pequeño (n = 75) en Noruega (Ogden & Hagen, 2006) fue más positivo, encontrando tamaños de efecto de un 0.26 para la delincuencia autoreportada, de un 0.50 para los reportes de los padres y de un 0.68 para los docentes, si bien hubo una pérdida del 40% de los datos.

Intervenciones que no funcionan

Las terapias de tipo militar, denominadas “campamentos de entrenamiento”, todavía son populares para el tratamiento de los delincuentes jóvenes en los Estados Unidos, promovidos por la Oficina de la Justicia Juvenil y la Prevención de la Delincuencia en 1992, cuando se montaron 3 programas piloto. Sin embargo, varias revisiones han concluido que son ineficaces en el tratamiento de los trastornos de conducta (Tyler et al, 2001, Stinchcomb, 2005, Benda, 2005, Cullen et al, 2005). Un ensayo controlado aleatorio realizado por la Autoridad de la Juventud de California que incluyó datos de detención a largo plazo, no encontró diferencias entre el campamento de entrenamiento, la custodia estándar y libertad condicional (Bottcher & Ezell, 2005). Por el contrario, un metanálisis de 28 estudios de programas de vida silvestre encontró un tamaño de efecto total de 0.18, con tasas de reincidencia de 29% vs 37% para los controles (Wilson y Lipsey 2000). Los programas con actividad física intensa y un componente terapéutico fueron los más efectivos. Otro enfoque es tratar de asustar a los jóvenes delincuentes con visitas a cárceles en un intento de disuadirlos, como por ejemplo en el programa “Scared Straight”. Sin embargo, un metanálisis de nueve ensayos controlados encontró que la intervención es en promedio más perjudicial que no hacer nada; y condujo a peores resultados en los participantes (Petrosino et al, 2003).

Terapia farmacológica

Hasta ahora no hay intervenciones farmacológicas aprobadas específicamente para el trastorno de la conducta. Sin embargo, en los Estados Unidos se usan cada vez más los medicamentos (Steiner et al, 2003; Turgay, 2004). A menudo, los médicos de atención primaria son los encargados de administrar dichos medicamentos. Esto es preocupante porque los médicos de atención primaria carecen de formación en psicopatología del desarrollo y no disponen de tiempo suficiente para realizar una evaluación y un seguimiento adecuado (Vitiello, 2001). En el Reino Unido, la terapia farmacológica no se considera una buena práctica ya que, como se discute más adelante, estudios de su efectividad replicados son escasos, particularmente en niños sin TDAH.

La terapia farmacológica más estudiada es el uso de psicoestimulantes (metilfenidato y dexanfetamina), tal como se utiliza con niños con un trastorno de conducta y TDAH comórbido. En estas circunstancias, hay evidencia de que la reducción de la hiperactividad/impulsividad también resulta en una disminución de los problemas de conducta (Connor et al, 2002; Gerardin et al, 2002). No existe suficiente evidencia fiable para decidir si los estimulantes reducen la agresión en ausencia de un TDAH. Un estudio de Klein y colaboradores (1997) encontró que la disminución de los síntomas del trastorno de conducta eran independientes de la reducción de los síntomas de TDAH, pero estos resultados necesitan ser replicados.

Otros enfoques farmacológicos para la conducta antisocial apuntan a la agresión reactiva y la hiperexcitabilidad, principalmente en jóvenes altamente agresivos y hospitalizados en un servicio psiquiátrico. Entre los fármacos utilizados en estas condiciones se incluyen aquellos que tienen como objetivo reducir la disregulación de los afectos (por ejemplo, buspirona, clonidina) y los estabilizadores del estado de ánimo (por ejemplo, litio, carbamazepina). Mientras que Campbell y colaboradores encontraron que el uso de litio reducía agresión y hostilidad en niños y adolescentes hospitalizados en un servicio psiquiátrico (Campbell et al,

1995, Malone et al, 2000), otros estudios no encontraron que fuera efectivo en muestras ambulatorias (p.e., Klein, 1991) y en estudios de tratamiento breve (p.e., 2 semanas o menos) (Rifkin et al, 1997). La carbamazepina no superó el efecto del placebo en un estudio controlado doble ciego con placebo (Cueva et al, 1996). Hazell y Stuart (2003), en un ensayo controlado aleatorizado del uso de estimulantes más placebo versus estimulantes más clonidina en niños con agresividad e hiperactividad, encontraron que el uso de estimulantes más clonidina fue más eficaz. Sin embargo, cabe señalar que la polifarmacia tiene el riesgo de aumentar de los efectos secundarios (Impicciatore et al, 2001).

En los últimos años, el uso de antipsicóticos, como la risperidona, y de otros fármacos, como la clonidina, ha ido en aumento en los contextos ambulatorios. Sin embargo, sólo hay evidencia modesta de su efectividad en el trastorno de la conducta en niños con un CI normal y sin TDAH. La revisión de Pappadopoulos y colaboradores (2006) encontró que los tamaños de efecto eran más grandes cuando había presencia de TDAH o una discapacidad intelectual. Findling y colaboradores (2000), en un ensayo doble ciego controlado con placebo (n=10 por grupo), encontraron una disminución significativa a corto plazo de la agresión. El Grupo de Estudio del Uso de la Risperidona en la Conducta Disruptiva, utilizó un diseño experimental controlado placebo doble ciego, para examinar los efectos de la risperidona en 110 niños con un CI bajo el promedio y problemas de conducta. Los resultados sugieren que, en comparación al placebo, la risperidona tiene efectos positivos en la conducta (Aman et al, 2002; Snyder et al, 2002) pero aún es necesario esclarecer si estos resultados son aplicables a niños con un CI normal. Los antipsicóticos más nuevos, aunque no son especialmente sedantes, tienen efectos secundarios sustanciales. Por ejemplo, la risperidona frecuentemente conduce a un aumento considerable del peso y la incidencia de trastornos del movimiento a largo plazo es desconocida (Reyes et al, 2006). ¿Cuándo debe considerarse el uso de los antipsicóticos? La experiencia clínica sugiere que su uso puede producir una disminución dramática de la agresión en algunos casos, especialmente cuando existe una regulación emocional pobre caracterizada por períodos de ira prolongada. A veces, prescribir un antipsicótico durante un período de tiempo relativamente corto (por ejemplo, hasta 4 meses) en dosis bajas (por ejemplo, no más de 1 mg a 1,5 mg de risperidona por día) puede ayudar a las familias a sobrellevar la situación. Durante este tiempo, es crucial introducir una intervención psicológica más eficaz. Sin embargo, los antipsicóticos no se recomiendan para nada más que en circunstancias especiales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander J, Pugh C, Parsons B et al (2000). *Blueprints for Violence Prevention: Functional Family Therapy*. University of Colorado: Institute of Behavioral Science.
- Aman MG, De Smedt G, Derivan A et al (2002). Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry*, 159:1337-1346.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:122S-139S.
- Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B et al (2002). Obstetric complications and adolescent violent behaviors: Testing two developmental pathways. *Child Development*, 73:496-508.
- Bandura A (1997). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Benda BB (2005). Introduction: boot camps revisited: issues, problems, prospects. In BB Benda & NJ Pallone (eds), *Rehabilitation Issues, Problems, and Prospects in Boot Camp*. New York, NY: Haworth Press, pp1-25.
- Beyers JM, Bates JE, Pettit GS et al (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multi-level analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31:35-53.
- Bohman M (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In GR Bock, JA Goode (eds), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour*. Ciba Foundation Symposium no 194. Chichester: Wiley, pp99-114.
- Boivin N, Vitaro F (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: inhibition through coercion or promotion through peer support. In J McCord (ed), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp183-197.
- Bottcher, J. & Ezell, M. E. (2005). Examining the Effectiveness of Boot Camps: A Randomized Experiment with a Long-Term Follow Up. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42, 309-332.
- Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA (2003). Prenatal and perinatal influences on conduct disorder and serious delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp319-344.
- Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E et al (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52:916-924.
- Campbell M, Adams PB, Small AM et al (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:445-453.
- Campbell SB, Pierce EW, Moore G et al (1996) Boys' externalising problems at elementary school age: pathways from early behaviour problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8:701-719.
- Caspi A, McClay J, Moffitt T et al (2002). Evidence that the cycle of violence in maltreated children depends on genotype. *Science*, 297:851-854.
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL et al (1996). Behavioural observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53:1033-1039.
- Caspi A, Taylor A, Moffitt T et al (2000). Neighborhood deprivation affects children's mental health: Environmental risks identified using a genetic design. *Psychological Science*, 11:338-342.
- Coie JD (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behaviour. In JB Kupersmidt, KA Dodge (eds). *Children's Peer Relations: From Development to Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, pp243-267.
- Conger RD, Ge X, Elder GH et al (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65:541-561.
- Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID et al (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:253-261.
- Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290:2023-2029.
- Cueva JE, Overall JE, Small AM et al (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:480-490.
- Cullen FT, Blevins KR, Trager JS et al (2005). The rise and fall of boot camps: a case study in common-sense corrections. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40:53-70.
- Cummings EM, Davies P (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43:31-64.

- Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18:411-419.
- Davies PT, Cummings EM (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116:387-411.
- Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE et al (1996). Physical discipline among African American and European American mothers: links to children's externalising behaviours. *Developmental Psychology*, 32:1065-1072.
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behaviour. *American Psychologist*, 54:755-764.
- Dodge KA (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. In LW Porter, MR Rosenweig (eds), *Annual Review of Psychology*, 44:559-584.
- Dodge KA, Pettit GS, Bates JE et al (1995). Social information – processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of abnormal psychology*, 104:632-643.
- Farrington DP, Gallagher B, Morley L et al (1988). Are there any successful men from criminogenic backgrounds? *Psychiatry*, 51:116-130.
- Farrington DP, Hawkins JD (1991). Predicting participation, early onset, and later persistence and official recorded offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1:1-33.
- Farver JAM (1996). Aggressive behaviour in pre-schoolers' social networks: do birds of a feather flock together? *Early Childhood Research Quarterly*, 11:333-350.
- Fergusson DM (1999). Prenatal smoking and antisocial behaviour: commentary. *Archives of General Psychiatry*, 56:223-224.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1365-1374.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27:357-370.
- Futh A, O'Connor TG, Matias C et al (2008). Attachment narratives and behavioural and emotional symptoms in an ethnically diverse, at-risk sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:709-718.
- Gardner FEM (1989). Inconsistent parenting: is there evidence for a link with children's conduct problems? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17:223-233.
- Gerardin P, Cohen D, Mazet P et al (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12:361-370.
- Glueck S, Glueck E (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*, New York, NY: The Commonwealth Fund, p133.
- Hazell PL, Stuart JE (2003). A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:886-894.
- Hill J (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:133-164.
- Hobson C, Scott S, Rubia K (2011). Cool and hot executive function deficits are associated with ODD/CD symptoms independently of ADHD in adolescents with early onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:1035-1043.
- Huey SJ, Henggeler SW, Brondino MJ et al (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:451-467.
- Hughes C, Dunn J, White A (1998). Trick or treat? Patterns of cognitive performance and executive dysfunction among hard to manage preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:981-994.
- Impicciatore P, Choonara I, Clarkson A et al (2001). Incidence of adverse drug reactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 52:77-83.
- Ishikawa SS, Raine A (2003). Prefrontal deficits and antisocial behaviour: A causal model. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp277-304.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2004). The limits of child effects: Evidence for genetically mediated child effects on corporal punishment, but not on physical maltreatment. *Developmental Psychology*, 40:1047-1058.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2005). Nature x nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17:67-84.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kazdin AE (1996). Dropping out of child therapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1:133-156.
- Keenan K, Shaw DS (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp153-181.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al (2006). MAOA, early adversity, and gene-environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 11:903-913.

- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and child antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Klein R (1991). *Preliminary Results: Lithium Effects in Conduct Disorders*. In CME Syllabus and Proceedings Summary, 144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans, 119-120.
- Klein RG, Abikoff H, Klass E et al (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54:1073-1080.
- Kraemer HC (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16:421-430.
- Lahey BB, Loeber R, Hart EL et al (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104:83-93.
- Leschied AW, Cunningham A (2002). *Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders: Interim Results of a Four-Year Randomized Study of Multisystemic Therapy in Ontario, Canada*. London, Ontario: Centre for Children and Families in the Justice System.
- Littell JH (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 27:445-463.
- Luria AR (1961). *The Role of Speech and the Regulation of Normal and Abnormal Behaviour*. New York: Basic Books.
- Lynam DR, Henry W (2001). The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lynam DR, Moffitt T, Stouthamer-Loeber M (1993). Explaining the relationship between IQ and delinquency: class, race, test motivation, school failure or self-control? *Journal of Abnormal Psychology*, 102:187-196.
- Main M, Solomon J (1986) Discovery of a new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern. In TB Brazelton, MW Yogman (eds), *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex, pp95-124.
- Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF et al (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57:649-54.
- Maughan B (2001). Conduct disorder in context. In J Hill, B Maughan (eds) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp169-201.
- McGee TR, Farrington DP (2010). Are there any true adult onset offenders? *British Journal of Criminology*, 50:530-549.
- Moffitt TE (1993a). "Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE (1993b). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5:135-51.
- Moffitt TE (2005a). Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: Evidence from behavioral-genetic research. *Advances in Genetics*, 55:41-104.
- Moffitt TE (2005b). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene – environment interplay in antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
- Moffitt TE, Caspi A (1998). Annotation: implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:137-144.
- Moffitt T E, Caspi A, Harrington H et al (2002) Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26. *Development and Psychopathology*, 14:179-206.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M et al (2001). *Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M et al (2001) *Sex differences in Antisocial Behaviour*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moffitt TE (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behaviour. In D Cicchetti, DJ Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 3: Risk, Disorder and Adaptation* (2nd ed), Hoboken, NJ: John Wiley, pp570-598.
- Murray J, Farrington DP (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:633-642.
- Nelson RJ (2006). *Biology of Aggression*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006). *Conduct Disorder in Children - Parent-Training/Education Programmes (TA102)*
- Nigg JT (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:395-422.
- Nigg JT, Huang-Pollock C (2003). An earlyonset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, ACaspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp227-253.
- Ogden T, Hagen KA (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11:142-149
- Osofsky JD (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50:782-788.
- Pappadopulos E, Woolston S, Chait A et al (2006). Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: Efficacy and effect size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15:27-39.
- Patterson GR, Yoerger K (1993). Developmental models for delinquent behaviour. In S Hodgins (ed), *Mental Disorder and Crime*, Newbury Park: Sage, pp140-172.

- Pennington BF, Ozonoff S (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37:51-88.
- Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Buehler J (2003). Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589:41-62.
- Pine DS, Coplan JD, Wasserman GA et al (1997). Neuroendocrine response to fenfluramine challenge in boys. *Archives of General Psychiatry*, 54:839-846.
- Prinz RJ, Miller GE (1994). Family-Based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:645-650.
- Raine A, Brennan P, Mednick SA (1997). Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early onset violence. *American Journal of Psychiatry*, 154:1265-1271.
- Reyes MB (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163:402-410.
- Rhee SH, Waldman ID (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128:490-529.
- Rifkin A, Karajgi B, Dicker R et al (1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154:554-555.
- Robins LN (1966). *Deviant Children Grown-Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personalities*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Rutter M (2000). Psychosocial influences: critiques, findings and research tools. *Development and Psychopathology*, 12:375-406.
- Rutter M, Giller H, Hagell A (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Rutter M, Moffitt TE, Caspi A (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:226-261.
- Salekin RT, Lynam DR (eds) (2010). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Guilford Press, New York.
- Sampson R J, Laub JH (1984). Urban poverty and the family context of delinquency: a new look at structure and process in a classic study. *Child Development*, 65:523-540.
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F (1997). Neighbourhoods and violent crime: A multi-level study of collective efficacy. *Science*, 277:918-924.
- Scott S (2008). Parent training programs. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds), *Child and Adolescent Psychiatry* (5th edition), Oxford, UK: Blackwell.
- Scott S, Briskman J, Woolgar M et al (2011) Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:1052-1062.
- Séguin JR, Boulerice B, Harden PW et al (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, general memory, and IQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:1197-1208.
- Shirk SR, Karver M (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71:452-464.
- Snyder J, Patterson GR (1995). Individual differences in social aggression: a test of a reinforcement model of socialisation in the natural environment. *Behaviour Therapy*, 26:371-391.
- Snyder R, Turgay A, Aman M et al (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1026-1036.
- Speltz ML, McClellan J, DeKlyen M et al (1999). Pre-school boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38:838-845.
- Speltz ML, DeKlyen M, Calderon R et al (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviours of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108:315-325.
- Stallings MC, Corley RP, Denney B et al (2005). A genome-wide search for quantitative trait loci that influence antisocial drug dependence in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 62:1042-1051.
- Steiner H, Saxena K, Chang K (2003). Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectrums*, 8:298-308.
- Stinchcomb JB (2005). From optimistic policies to pessimistic outcomes: why won't boot camps either succeed pragmatically or succumb politically? In BB Benda, N J Pallone (eds), *Rehabilitation Issues, Problems and Prospects in Boot Camp*, New York, NY: Haworth Press, pp27-52.
- Thomas A, Chess S, Birch HG (1968). *Temperament and Behaviour Disorders in Children*. New York: New York University Press.
- Thornberry TP, Krohn MD, Lizotte AJ et al (1993). The role of juvenile gangs in facilitating delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30:55-87.
- Tibbetts S, Piquero A (1999). The influence of gender, low birth weight and disadvantaged environment on predicting early onset of offending: A test of Moffitt's interactional hypothesis. *Criminology*, 37:843-878.
- Tremblay RE (2003). Why socialization fails. In B Lahey, TE Moffitt, ACaspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*, New York, NY: Guilford Press, pp182-226.

- Turgay A (2004). Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4:623-632.
- Tyler J, Darville R, Stalnaker K (2001). Juvenile boot camps: A descriptive analysis of program diversity and effectiveness. *Social Science Journal*, 38:445-460.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakerman-Kranenburg MJ (1999). Disorganised attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development & Psychopathology*, 11:225-249.
- Vitaro F, Tremblay RE, Bukowski WM (2001) Friends, friendships and conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds), *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge. UK: Cambridge University Press, pp346-376.
- Vitiello B (2001). Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, 108:983-9.
- Warr M (2002). *Companions in Crime*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Widom CS (1997). Child abuse, neglect and witnessing violence. In D Stoff, J Breiling, JD Maser (eds), *Handbook of Antisocial Behaviour*, New York, NY: John Wiley and Sons, pp159-170.
- Wilson SJ, Lipsey MW (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A metaanalysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23:1-12.
-