

**Rebeca Hernández Antón (1);
Sofía Gómez Sánchez (1);
Beatriz Mongil López (2);
Soraya Geijo Uribe (2);
Isabel Sevillano Benito (3);
Guillermo Isidro García (4)**

(1): MIR Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

(2): FEA Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

(3): FEA Psiquiatría Complejo Asistencial de Ávila.

(4): FEA Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Correspondencia:

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Planta 11.
Secretaría de Psiquiatría. C/Ramón y Cajal, 3.
47005. Valladolid

*“QUIERO SER COMO JEFF,
THE KILLER” Lo disocial en
menores, un diagnóstico difícil*

*“I WANT TO BE LIKE JEFF,
THE KILLER” The disocial in
minors, a difficult diagnosis*

RESUMEN

Presentamos en caso clínico de una paciente de 15 años, sin antecedentes de Salud Mental, que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por alteraciones conductuales y agresividad en escalada, tanto en el domicilio, como en el colegio.

Es un ejemplo de que la psicopatología en edades tempranas no está tan claramente definida, y que puede adoptar formas muy diversas. Es difícil establecer una línea divisoria entre lo psicótico y lo afectivo, lo afectivo y lo caracterial e incluso lo normal de la patología. Encontramos compatibilidad con un Trastorno del espectro autista; Esquizotipia y Trastorno disocial de la personalidad.

En la discusión expondremos el diagnóstico diferencial y nos centraremos en el Trastorno Disocial, ya que continúa siendo un tema controvertido en Psiquiatría; ¿qué es?, ¿presenta dificultades en el diagnóstico?, ¿existe relación entre niños y adulto? y ¿cuál es el tratamiento?

Palabras claves: conducta disruptiva; insensibilidad afectiva; extravagancia; normas sociales.

ABSTRACT

We present the clinical case of a 15-year-old patient, with no history of Mental Health, who ingresses the

Child and Adolescent Psychiatry Unit due to behavioral alterations and aggressiveness at home and at school.

It is an example that psychopathology in children and adolescents is not so clearly defined, and that it can take many different forms. It is difficult to establish a dividing line between the psychotic and the affective, between the affective and the personality and even between the normal of the pathology.

We found compatibility with an Autism Spectrum Disorder; Schizotypia and Dissocial Personality Disorder.

In the discussion we will discuss the differential diagnosis; focusing on the Disocial Disorder, since it continues to be a controversial topic in Psychiatry; what is it? Is there a difficulty in the diagnosis? Is there a relationship between children and adults? And what is treatment?

Keywords: disruptive behavior; affective insensibility; extravagance; social norms.

CASO CLÍNICO INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una adolescente de 15 años, que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por alteraciones de conducta y episodios de heteroagresividad.

Rebeca Hernández Antón
Sofía Gómez Sánchez
Beatriz Mongil López
Soraya Geijo Uribe
Isabel Sevillano Benito
Guillermo Isidro García

“QUIERO SER COMO JEFF, THE KILLER” Lo disocial en menores, un diagnóstico difícil

32

En la discusión nos centramos en el diagnóstico diferencial: predominan rasgos aspergerianos y de personalidad esquizotípicos y disociales. Y ahondamos más en el trastorno disocial: ¿qué es?, ¿cuál es su repercusión legal?, ¿es difícil diagnosticarlo en la clínica?, ¿preferimos no remarcarlo en la historia clínica por las implicaciones legales y sociolaborales que implicarían?, ¿existe tratamiento?, ¿existe asociación entre Trastorno Disocial del niño y Trastorno Disocial del adulto?

El Trastorno disocial es una de las entidades más controvertidas en Psiquiatría. Los sentidos con que se ha empleado la expresión son muy diversos y la problemática penal al respecto no está claramente planteada.

En la cuarta edición revisada del manual The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), el Trastorno Disocial (TD) se localizaba en la desaparecida categoría “Trastornos de Inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aparece agrupado bajo el nuevo epígrafe “Trastornos Perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta”, junto con el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Explosivo Intermitente, el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP), la Piromanía, la Cleptomanía y otros trastornos perturbadores, del control de impulsos y de conducta especificados y no especificados.

Se trata de un conjunto persistente de comportamientos que evolucionan con el tiempo. Se caracteriza por comportamientos destructores en contra de la sociedad, que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas adecuadas para la edad y utilizan el engaño para lograr sus objetivos. Estas manifestaciones van unidas a una serie de situaciones familiares, sociales y escolares que las pueden iniciar o mantener: aunque aparecen en etapas infantiles pueden continuar en la adolescencia y se extienden a la edad adulta.

ANAMNESIS

Motivo de consulta: paciente derivada para ingreso por alteraciones de conducta en escalada.

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes sociolaborales:

Mujer de 15 años, padres separados, que reside con su madre y la pareja de ésta en un medio urbano.

Contacto exclusivamente telefónico con su padre biológico desde hace 2 años.

Hija única.

En el momento actual cursa 3ºE.S.O. En cuanto al rendimiento, refieren que “en clase está en otro mundo, dibujando y que antes no era así”. Previamente había estado en otro centro escolar donde la adaptación fue buena.

Antecedentes médicos:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Crisis epilépticas desde el primer año de vida, se filian como crisis de ausencia. Estuvo en tratamiento con ácido valproico, que se retiró, sin reaparición de la clínica
- Desarrollo: Embarazo de 39 semanas. Parto eutócico sin complicaciones. Pesó al nacer 2,900 Kg y midió 47 cm. Lactancia natural hasta los 9 meses, buena adaptación a la alimentación complementaria. Lo describen como un bebé muy llorón. Desarrollo psicomotor y del lenguaje adecuado. Control esfinteriano muy temprano. Niña autónoma. Inicia socialización extrafamiliar (guardería) a los 2 años y escolarización a los 3 años con buena adaptación, sin dificultades conductuales y buenos resultados en Educación Primaria.
- Ha consumido alcohol de forma puntual. Niega consumo de otros tóxicos.

Antecedentes en Salud Mental: No constan

Antecedentes familiares:

- Madre: 37 años. Trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio. Divorciada, convive con su pareja. Es la mayor de 2 hermanos. Sana.
- Padre: 39 años. Natural de Argentina. Mapuche. Vive en Alemania. No mantiene contacto con la paciente. Desconocen antecedentes somáticos y/o psicopatológicos pero le describen como “huraño, temeroso, suspicaz. Muy irritable y mentiroso” Posible enfermedad mental en la familia del padre que no saben filiar.
- Abuelo materno 69 años, sano.
- Abuela materna 59 años, sana.
- Prima carnal con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

- Pareja madre: 47 años. Barítono y director de escena. Ejerce la figura paterna. Sano.

Proceso actual:

Mujer de 15 años, que reside con su madre y la pareja de ésta en una población urbana. Sin antecedentes psiquiátricos hasta hace dos meses, cuando consulta a Psiquiatría Infanto Juvenil Psicología en el ámbito privado, por iniciativa de los padres, debido a alteraciones de conducta y comportamientos inadecuados y agresivos en el colegio y en su domicilio; pautándose Clomipramina 25 mg/día y Risperidona 1,5 mg/ día. El día del ingreso, tras intentar agredir a un compañero con un cuchillo fue llevada al Servicio de Urgencias, decidiéndose ingreso a la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil.

La paciente refiere que desde muy pequeña se ha sentido diferente al resto de niños. Siempre ha escogido actividades solitarias. Refiere haber sido objeto de burlas y rechazo de sus compañeros desde la infancia, que se han agravado en los últimos meses. Manifiesta que sus compañeros de clase le han insultado “por ser diferente”. En dos ocasiones ha intentado agredir con unas tijeras a uno de sus compañeros quien comenta que la insultaba, con la intención de matarlo. Sus padres han encontrado escritos con sus objetivos, así como una lista de otras personas a las que quería agredir. “X va a morir de la siguiente manera: le voy a clavar unas tijeras en el cuello y después voy a cortarle una oreja”. “Voy a tirar a su amigo por las escaleras.”

Interés excesivo por el manga violento, en el creepypasta (historias cortas de horror recogidas y compartidas a través de Internet con la intención de asustar o inquietar al lector, similares a leyendas urbanas), “Quiero hacerme la sonrisa eterna y ser como Jeff, The Killer” (se trata un muchacho de 14 años de edad quien es invitado a una fiesta de cumpleaños, sólo para ser atacado por otros tres adolescentes que antes ya lo habían atacado y enviado a su hermano al reformatorio. Durante el ataque, Jeff es rociado con lejía y alcohol y luego fuego. Después, él comienza a perder la cordura y quema sus párpados para no volver a parpadear cuando se mira al espejo, y desfigura su boca de una manera que sólo pueda sonreír. Cuando la madre de Jeff le dice a su padre que consiga un arma, Jeff los apuñala hasta matarlos. Luego se dirige hacia su hermano y lo mata); “Me gustan los dibujos manga, sádicos y homosexuales”. Actividades y gustos limitados a: leer, ver o dibujar manga y, en

general, cuestiones relacionadas con el mundo oriental cuyo contenido suele ser poco apropiado para su edad (marginal, sexual...).

Dice tener amigas, pero reconoce dificultades para relacionarse y tener poca capacidad para mantener relaciones estrechas (imagen 1).

Se define como una persona poco sociable, introvertida, poco empática, con dificultades para manifestar sus sentimientos, rara, con pensamiento mágico y a la que no le gusta cumplir las normas.

Por la información de su madre y su pareja, el desarrollo evolutivo impresiona normal, aunque quedan dudas en las áreas de desarrollo social y emocional. Ambos refieren un empeoramiento conductual en estos últimos dos años, calificando este último como “horrible” por los cambios de humor frecuentes, baja tolerancia a la frustración e interés excesivo en el manga con identificación e imitación de los personajes más violentos o de temática homosexual. Definen patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamiento.

Se niega a ceder y/o negociar con compañeros o adultos. No cumple las normas.

Cada vez se aprecia mayor irritabilidad con episodios de agresividad ante mínimas frustraciones. Ante la dificultad de manejo de estos episodios acuden en varias ocasiones a Urgencias. Se pospone la reincorporación a las aulas por la clínica conductual, acudiendo sólo en un par de ocasiones que la paciente vive como negativas.

Ante la imposibilidad de manejo ambulatorio se decidió el ingreso.

Exploración física:

Exploración psicopatológica: Al ingreso consciente y orientada auto-alopsíquicamente. Aspecto extraño, vestimentas ambiguas. Se muestra tensa con rigidez troncular y andar robótico. Escaso contacto ocular e inexpresividad facial. Tiende a ponerse la mano en la

boca y mantener una postura rígida. Frotamiento de manos y movimientos repetitivos peribucales que la llevan a autolesionarse en situaciones de ansiedad social importante. Leguaje circunstancial; temática centrada en el manga, ocasionalmente provocadora con el discurso. Frases estereotipadas. Le es difícil expresar sus emociones. Eutímica. Afecto inapropiado. Mantiene una actitud fría, con el tema de la violencia, mostrándose indiferente ante las consecuencias negativas de la violencia e incluso sonriendo al hablar de ello; y nula

Rebeca Hernández Antón
Sofía Gómez Sánchez
Beatriz Mongil López
Soraya Geijo Uribe
Isabel Sevillano Benito
Guillermo Isidro García

“QUIERO SER COMO JEFF, THE KILLER” Lo
disocial en menores, un diagnóstico difícil

34

repercusión emocional, únicamente cuando habla del tema del manga y sus intenciones de agredir a su compañero. Ansiedad ideica y somáticas leves. Irritabilidad. Pensamiento inflexible y mágico sobre la necesidad de venganza ante la situación que ella percibe como acoso escolar. Búsqueda de comportamientos excéntricos, reconoce querer generar miedo como defensa ante posibles agresiones. Incumplimiento de normas sociales. Dificultades para empatizar con los demás. No aprende de las reacciones de las personas de su alrededor. Dificultad de relación con sus iguales. Susplicacia centrada en un compañero de clase. Sin alteraciones sensorio-perceptivas ni de la vivencia del yo. No auto- ni heteroagresividad en el momento actual. Crítica parcial de los episodios de agresividad familiar. No ideas de muerte, ideación de autolisis como forma de controlar su frustración. Ritmos biológicos conservados. FIS aparentemente conservadas. Poca tolerancia a la frustración. Incumplimiento de las normas sociales. Buen apoyo social y familiar.

Exploraciones complementarias:

- *EKG*: Ritmo sinusal. PR 120 mseg. QRS 100 mseg. Sin alteraciones agudas de la repolarización.
- *Análítica hemática*: Hemograma normal en sus tres series. Bioquímica sanguínea: Perfiles hidrocarbonado, lipídico, hepático, renal y hormonas (T3 total, T3 libre, T4 total, T4 libre, TSH y prolactina basal) dentro de los límites normales.
- *Análítica orina*: Sistemático normal. Sedimento: Hematíes aislados. Leucocitos 4 a 6 campo. Flora negativa.
- *RM cerebral sin contraste*: estructura encefálica supra e infratentoriales de morfología e intensidad de señal dentro de la normalidad. Línea media centrada. Sistema ventricular de tamaño normal, cisternas basales y peritronculares libres.
- *Exploraciones psicológicas*:
 - Subpruebas cognición social de Batería Neuropsicológica NEPSY-II:
 - -Subprueba reconocimiento de emociones: rendimiento en el límite inferior de la media de su grupo normativo.
 - -Subprueba de teoría de la mente: Percentil; 11-25.
 - Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI): altas puntuaciones obtenidas en los prototipos Rudo y Egocéntrico y Personalidad Rebelde (equivalente al Trastorno Antisocial),

clínicamente significativas.

- *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV)*:
CI total: 88; Razonamiento perceptivo: 91; Memoria de trabajo: 97; Velocidad de proceso: 82; Comprensión Verbal: 97
- *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)*:
Refleja una excesiva rigidez cognitiva tal y como se observa en el elevado número de errores perseverativos y la dificultad para completar categorías (2 categorías completadas). No es capaz de cambiar el criterio de decisión a pesar del feedback negativo sobre su ejecución.

DIAGNÓSTICO

Este es un ejemplo de que la psicopatología en edades tempranas no está tan claramente definida, y que puede adoptar formas muy diversas. Es difícil establecer una línea divisoria entre lo psicótico y lo afectivo, lo afectivo y lo caracterial e incluso lo normal de la patología. Se decide mantener el diagnóstico aplazado. Encontramos compatibilidad con:

- Rasgos del espectro autista.
- Rasgos esquizotípicos de la personalidad.
- Rasgos disociales de la personalidad.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Psicofarmacológico: Se suspende el primer día tratamiento con clomipramina y unos días después la risperidona, manteniéndose únicamente con zonisamida. Se evidencia entonces una mejoría en el contacto ocular y de la latencia en la respuesta, pero con un incremento de la ansiedad social, de irritabilidad e impulsividad ante mínimas frustraciones y labilidad emocional, razones por la que se reinicia tratamiento con Fluoxetina 20mg/día y Tranxilium 5 mg si ansiedad; con notable mejoría. Tras contactar con Neurología se plantea retirada paulatina de zonisamida con buena tolerancia.

Se realizan las **siguientes intervenciones**: Se trabajan habilidades de entrevista, relajación, psicomotricidad; planificación y seguimiento de las actividades diarias (Figura 2).

La paciente evolucionó de forma positiva en la Unidad, asumiendo las normas y límites que se le impusieron; mostrándose más relajada y expresiva, tanto en su discurso como en su gesto. Buscaba en los compañeros

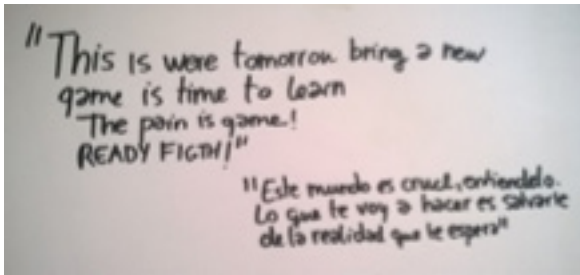


Figura 1. Escrito que pone en la puerta de su habitación el día de ingreso.



Figura 2. Dibujo realizado por la paciente en actividades de Terapia Ocupacional.

comportamientos excéntricos en los que ella pudiera sentirse identificada y se relacionaba con ellos conforme a sus propios intereses, y muestra mayor complicidad por aquéllos que define como raros. Evita mostrar sentimientos, se esfuerza a parecer fría y distante. Utiliza el discurso estereotipado de manga como medio

de venganza. En ocasiones, se ha mostrado un poco reflexiva y con un discurso incoherente y poco realista, no piensa en las consecuencias de su comportamiento.

Durante el ingreso presenta varios conflictos con una compañera de habitación que resuelve de forma correcta. En ningún momento se muestra agresiva.

Ante el déficit significativo de flexibilidad cognitiva en situaciones de estrés que hace que recurra de forma estereotipada a los mismos pensamientos agresivos ante lo que ella cree haber vivido como acoso escolar; así como por la adecuada capacidad de adaptación en este ingreso y el proporcionado afrontamiento a nuevas situaciones de conflicto, recomendamos un cambio de centro escolar. Al alta retoma una vida normalizada, yendo al colegio y se apunta a hípica.

A los 6 meses nos ponemos en contacto con su Psiquiatra de referencia, quién refiere mejoría en el

comportamiento y en su angustia y cambios en la dinámica familiar. La familia no ha tenido que emplear medidas legales. Durante este tiempo no ha precisado ajuste de tratamiento ni visitas al Servicio de urgencias.

DISCUSIÓN

1) Diagnóstico diferencial:

Teniendo en cuenta la información recogida, la psicobiografía, la exploración, la evolución y la respuesta al tratamiento, encontramos compatibilidades con diferentes cuadros clínico:

Rasgos esquizotípicos compatibles:

- Discurso peculiar o característico, a menudo requiere de interpretación.
- Desconocen sus propios sentimientos, aunque son muy conscientes de los de los demás.
- Supersticiosos o pretender que poseen cualidades de clarividencia.
- Su mundo interior se alimenta de relaciones imaginarias muy intensas, de miedos y de fantasías infantiles.
- Relaciones interpersonales deficientes.
- Actúan de manera inapropiada.
- Pueden presentar rasgos propios del trastorno de personalidad límite.
- En situaciones de estrés pueden presentar síntomas psicóticos: ideas de referencia, ilusiones y desrealización.
- Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
- Afecto inapropiado.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

Rasgos autistas compatibles:

- Falta de empatía y habilidad para hacer amistades.
- Extremo interés por temas particulares.
- Motricidad torpe.
- Manierismos.
- Deterioro de la comprensión y comunicación no verbal.
- Conductas repetitivas.
- Reacciona con excesiva angustia y ansiedad cuando se rompe una idea preestablecida.

Rasgos disociales compatibles:

- Incumplimiento de las normas.
- Engaños y mentiras.
- Irritabilidad y agresividad.
- Ausencia de remordimientos, indiferencia o racionalización de los hechos y pensamientos de maltrato hacia los demás.

2) ¿Qué es el Trastorno Disocial?

Las personalidades disociales son una de las entidades más controvertidas en Psiquiatría. Han sido una fuente de controversia y confusión.

La terminología empleada ha sido muy variada (psicopatía, sociopatía, personalidad disocial, trastorno antisocial de la personalidad). Y ello ha generado una confusión terminológica, con tres significados diferentes:

1. Patrón conductual antisocial + insensibilidad afectiva + falta de remordimiento + irresponsabilidad + agresividad.
2. Trastorno de personalidad en general.
3. Niveles de criminalidad grave y persistente (concepto legal).

Se trataría de una forma de manía sin déficit en las facultades cognitivas, pero con un severo daño en la capacidad afectiva.

A continuación, exponemos algunos términos relacionados con el trastorno disocial a lo largo de la historia:

- Pichot describe tres desarrollos históricos parcialmente relacionados:
 - Personalidad anormal = Inadaptación social.
 - Degeneración mental = fragilidad de personalidad, que predispone a ciertos estados psicóticos.
 - Tipos de personalidades anormales (personalidades psicopáticas) que excluyen conducta antisocial.
- Pinel (1809): Manie sans délire: inestabilidad mental y desviación social. Trastorno de las funciones afectivas + impulso ciego para actuar con violencia SIN alteraciones de la función intelectual, la percepción, el juicio, la imaginación y la memoria.
- Kurt Scheneider: Personalidades psicopáticas (1923): Cuando habla de personalidades

psicopáticas se refiere a aquellas que sufren por su anormalidad o que debido a ella hacen sufrir a la sociedad. La personalidad disocial, quedaría encajada en los psicópatas desalmados; dice de ellos que carecen de compasión, vergüenza, sentido del honor, remordimientos, conciencia; que con frecuencia tienen un modo de ser sombrío, frío, gruñón, impulsivos, brutales y crueles; que son fundamentalmente incorregibles e ineducables. Añade: “no debemos olvidar, al tratar de los criminales desalmados, que también existen desalmados absolutamente “sociales” y que “caminan sobre cadáveres”. La inteligencia es frecuentemente notable en estos casos”.

- Pritchard, Inglaterra (1835). Locura moral. Trastorno de las facultades morales SIN trastorno del intelecto, del conocimiento o del razonamiento.
- Esquirol (1838): Monomanía instintiva, Impulsives Irresein
- Morel (1857): Folie Morale. Se trataría de una predisposición a reaccionar fácilmente al estrés mediante manifestaciones psicóticas de características peculiares.
- Craft (1966) entiende la psicopatía como la carencia de sentimientos hacia otros seres y tendencia a actuar compulsivamente; agresividad, ausencia de vergüenza y arrepentimiento, incapacidad de sacar provecho de la experiencia y falta de unidad o motivación.
- Partridge (1930): “inadaptación persistente que no puede ser corregida mediante métodos comunes de educación y castigo”.
- DSM-III (1980): trastorno antisocial de la personalidad.
- Kraepelin: mentirosos, estafadores, timadores...
- Otto Kernberg: Narcisismo maligno
- Vallejo J. Relacionado con una gestación temprana. Niños que mienten, roban, se fugan... y permanecen impasibles ante el castigo. Frialdad y falta de miedo, extraversión e impulsividad (Eysenck, 1981). Gratificación inmediata, sin motivación para el esfuerzo sostenido. Inconstantes y volubles, no reparan en las consecuencias de sus actos. Consumo de alcohol y tóxicos. En ocasiones agradables y seductores. Aumento de la criminalidad.

3) ¿Existe dificultad a la hora de diagnosticar Trastorno Disocial?

- Difícil de identificar por sus repercusiones legales y sociolaborales.

- Sintomatología muy variada (mentiras, actos vandálicos, violaciones, homicidios...). El individuo infringe los derechos básicos de los demás. De inicio infantil (padres antisociales y adversidad familiar, complicaciones perinatales, bajo CI, TDAH y problemas escolares)/de inicio en la adolescencia. Limitado al contexto familiar/socializado/no socializado.

- Se necesita una anamnesis muy completa. Idealmente exploración psiquiátrica, neuropsicológica, psicométrica, neurológica y pediátrica. Detectar consumo de drogas.

- Problemas en el diagnóstico diferencial:

- Trastorno negativista desafiante (TND): patrón de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia los padres y figuras de autoridad.
- Trastorno Hiperactivo.
- Contexto sociocultural (extrema pobreza, zonas de alta criminalidad, revolución y guerra).
- Normalidad. Pataletas y berrinches a los tres años.
- Otros trastornos que se deben descartar son los siguientes: trastornos del estado de ánimo; trastorno depresivo mayor grave; trastorno bipolar, TDAH; trastornos del aprendizaje; trastornos inducidos por consumo de sustancias; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de Gilles de la Tourette; trastornos psicóticos.

4) ¿Existe asociación entre Trastorno Disocial del niño y Trastorno Disocial del adulto?:

- El Trastorno Disocial antes de los 15 años es un criterio diagnóstico de Trastorno Disocial en adultos.

- Algunos autores hablan de evolución a trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

- Relación “dosis-respuesta” (Colman, 2009; Fergusson, 2008).

• Comorbilidades:

- TDAH: 10 veces más frecuente de lo esperable. Trastorno hiperactivo de la conducta.
- Depresión: 7 veces. Trastorno mixto de las emociones y el comportamiento.
- Abuso de sustancias: 4 veces.

5) ¿Existe tratamiento?

- ¿Se debe proceder en estos casos al ingreso en una Unidad de Hospitalización? ¿O es mejor derivar a otro dispositivo como el CSM o el Hospital de Día? ¿Derivación a programa específico (si existiera)?

- ¿Se debe iniciar tratamiento psicofarmacológico? ¿De qué tipo? ¿Durante cuánto tiempo?

- ¿Sería útil iniciar algún tipo de psicoterapia? ¿Qué otro tipo de intervenciones podrían llevarse a cabo? ¿Rehabilitación cognitiva?

° El capítulo más corto de cualquier manual de Psicopatía es el del tratamiento, ya que no se ha demostrado que ninguno sea exitoso.

° La terapia psicosocial es la base del tratamiento. El tratamiento psicofarmacológico debe reservarse al fracaso del resto de intervenciones, para las crisis de agresividad y para el tratamiento de patología comórbida.

° Implicar activamente a los padres y a la escuela en el tratamiento: descubrir, reforzar y desarrollar los recursos emocionales y rasgos positivos de cada miembro de la familia y no centrarse en los problemas y malos hábitos.

° Reforzar las relaciones con jóvenes no problemáticos.

° Programas de entrenamiento de padres. NICE (2005). Enseñan a usar el refuerzo positivo, negociar mejor con los hijos y resolver conflictos positivamente. Triple P, Los Años Increíbles, Terapia de Interacción padres-hijos.

° Tratamientos multimodales. Terapia Multisistémica, Familias y escuelas unidas, Acogida terapéutica. Terapia familiar funcional.

° Terapias individuales. Terapia cognitivo-conductual.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Berrios G, Porter R. Una historia de la Psiquiatría clínica. 1ª ed. Madrid: Triacastela; 2012.
3. Rutter M. Biological implications of gene-environment interaction. J Abnorm Child Psychol, 2008; 36: 969-975.
4. Soutullo C, Mardomingo MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. 1ª Edición: Madrid; 2010.
5. Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2011.