

Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?



© Copyright: Hospital Sant Joan de Déu
Hospital Sant Joan de Déu
Direcció d'Innovació, Recerca i Gestió del Coneixement
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
www.hsjdbcn.org

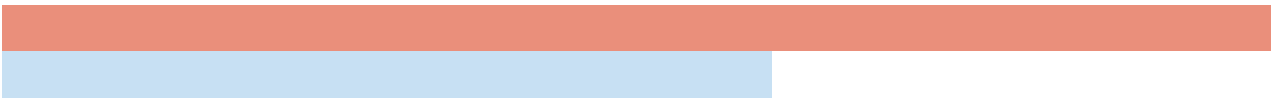
Las opiniones expresadas en este documento son las del autor y no reflejan, necesariamente, las del Hospital Sant Joan de Déu.

Para citar este documento: Alda, José Ángel; Arango, Celso; Castro, Josefina; Petitbò, M. Dolors; Soutullo, César; San, Luís (coord.). 2009. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.


89 págs, 21 cm x 27,9 cm

CDU: 314.4-053.2; 614.1
D. L.: B -29992 2009.

Impresión: Gráficas Campás, S.A.



FAROS tiene la misión de recoger y analizar información de relevancia en el ámbito de la salud infantil y de la adolescencia, para así generar y difundir conocimiento de calidad en este campo. Un conocimiento de calidad dirigido al profesional de la salud, al educador, y a la sociedad en general, partiendo de la premisa que es necesario **conocer para poder actuar** de forma responsable.



Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?

Coordinadores:

Lluís San, director del Area de Salud Mental de l'Hospital Sant Joan de Déu

Autores:

Maria Dolors Petitbò. Servicio de Psiquiatria y Psicología Infantojuvenil.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

José Angel Alda. Servicio de Psiquiatria y Psicología Infantojuvenil.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Josefina Castro. Servicio de Psiquiatria y Psicología Infantil y Juvenil.
Institut de Neurociències, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

César Soutullo. Departamento de Psiquiatria y Psicología Médica.
Clínica Universitaria. Pamplona.

Celso Arango. Servicio de Psiquiatria Infantojuvenil.
Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Con la colaboración de:

Edición: Faros Sant Joan de Déu

FAROS Sant Joan de Déu es el Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

FAROS tiene la misión de recoger y analizar información de relevancia en el ámbito de la salud infantil y de la adolescencia, para así generar y difundir conocimiento de calidad en este campo. Un conocimiento de calidad dirigido al profesional de la salud, al educador, así como a la sociedad en general, partiendo de la premisa que es necesario conocer para poder actuar de forma responsable.

Todos los documentos producidos por FAROS Sant Joan de Déu están disponibles y de libre acceso en www.faroshsjd.net.

Dirección: Jaume Pérez Payarols
Comité Asesor: Jaume Campistol
Manuel del Castillo
Rubén Díaz
Santiago García-Tornel
Xavier Krauel
Josep Maria Lailla
Milagros Pérez Oliva
Esther Planas
Antoni Plasencia
Eduard Portella
Francesc Torralba
Lander Unzueta
Jorge Wagensberg

Indice

1. Introducción	7
2. El trastorno de conducta en la infancia	9
2.1. Introducción	9
2.2. Definición	10
2.3. Prevalencia del trastorno	11
2.4. Características del trastorno de conducta en función de la edad de inicio y el sexo	12
2.5. Etiología del trastorno de conducta	13
2.6. Comorbilidad con otros trastornos	14
2.7. Evaluación y diagnóstico de los trastornos de conducta	15
2.8. Tratamiento	17
2.9. Prevención	19
2.10. Conclusiones	20
2.11. Bibliografía	21
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	23
3.1. Introducción	23
3.2. ¿Qué entendemos por trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?	23
3.3. ¿Cómo se manifiesta el TDAH en niños y adolescentes?	25
3.4. Información epidemiológica	26
3.5. ¿Cómo evoluciona el TDAH a lo largo de la vida?	27
3.6. ¿Cuál es la etiopatogenia del TDAH?	28
3.7. ¿Cómo se diagnostica el TDAH?	28
3.8. ¿Existe un sobrediagnóstico del TDAH?	29
3.9. ¿Cuáles son las repercusiones sanitarias del TDAH?	30
3.10. ¿Cuáles son las repercusiones económicas del TDAH?	31
3.11. ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?	32
3.12. ¿Qué fármacos hay disponibles en España?	33
3.13. ¿Qué fármaco elegir?	33
3.14. Conclusiones	36
3.15. Bibliografía	37
4. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados	41
4.1. Introducción	41
4.2. Clínica y epidemiología	41
4.3. Diagnóstico	43
4.4. Tratamiento	48
4.5. Conclusiones	55
4.6. Bibliografía	56
5. Trastorno Negativista Desafiante	59
5.1. Introducción y definición	59
5.2. Características Clínicas	60
5.3. Prevalencia del TND	62
5.4. Etiología de los trastornos	62
5.5. Diagnóstico diferencial del TND	63
5.6. Tratamiento	63

5.7. Prevención	66
5.8. Conclusiones	68
5.9. Bibliografía	69
6. Trastorno de personalidad en la edad infanto-juvenil	71
6.1. Introducción	71
6.2. Trastornos de la personalidad	73
6.3. Tipos de trastorno	75
6.4. Complicaciones	77
6.5. Tratamiento	78
6.6. Conclusiones	81
6.7. Bibliografía	82
7. Glosario	87

1. Introducción

La niñez se reconoce en psiquiatría como un período de vulnerabilidad y plasticidad en el desarrollo progresivo hacia la personalidad adulta. Por ello y por su especificidad, en la mayoría de textos de psiquiatría general, los trastornos que afectan la niñez y la adolescencia se presentan por separado de los trastornos propios de la edad adulta. Sin embargo, en muchos de los trastornos psiquiátricos de adultos pueden identificarse retrospectivamente alteraciones que se iniciaron en la infancia de modo que su abordaje requiere siempre integrar aspectos neurobiológicos, psicológicos, familiares y sociales.

A pesar de que en general la enfermedad mental infantil supone un hecho sorprendente para el adulto, actualmente los trastornos psiquiátricos infantiles se están convirtiendo en un centro de atención por su frecuencia, gravedad, por ser tratables y como posibles entidades precursoras de la psicopatología adulta. Hasta hace unos años, se creía que los trastornos afectivos no aparecían antes de la mitad o el final de la adolescencia y actualmente se acepta que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos del adulto pueden tener su inicio durante la niñez o la adolescencia. Por consiguiente surge una pregunta ¿Dónde estaban estos pacientes psiquiátricos adultos en su niñez?

A partir de esta pregunta, en este tercer informe del Observatorio FAROS se ha intentado plasmar el conocimiento existente en relación a los principales trastornos del comportamiento que se pueden observar en la infancia y la adolescencia y que tienen una especial relevancia tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Si bien no se trata de las patologías más graves en este campo, sí que son motivo de controversia en los foros científicos y académicos debido a la dificultad de precisar tanto los límites de sus manifestaciones clínicas como los abordajes terapéuticos que se consideran de elección.

Para establecer el diagnóstico, el niño o adolescente y sus padres son entrevistados acerca de su vida y los síntomas para reunir datos tanto a partir de las observaciones del clínico como de las respuestas obtenidas. En algunas esferas tales como los sentimientos de ansiedad y depresión o los problemas conductuales encubiertos, los niños pueden ser mejores informadores, mientras que sus padres pueden aportar un punto de vista más objetivo. Por otro lado, si los problemas son de origen agudo, la evaluación debe incluir un examen médico realizado en los últimos seis meses, para buscar las causas médicas y descubrir y tratar cualquier trastorno médico que aún no estando relacionado sea coexistente.

Las funciones de afrontamiento en las capacidades adaptativas no se relacionan de manera simple con la edad cronológica, sino que algunas pautas de conducta pueden ser normales en determinados estadios del desarrollo, pero pueden ser diagnosticadas como patológicas cuando aparecen más tarde. Por otro lado, es cierto también, que la mayoría de estos trastornos no pueden considerarse normales a ninguna edad.

A pesar de los esfuerzos en el diagnóstico de los trastornos de inicio en la infancia, a menudo, éstos aparecen combinados, interactuando entre sí a lo largo del tiempo, cambian de presentación durante la madurez, y pueden enmascarse o amplificarse por la acción de acontecimientos que tienen lugar durante el desarrollo. Las descripciones rígidas y cristalizadas de los trastornos no resaltan la vivacidad y energía de los niños, ni la realidad que supone crecer afrontando estos trastornos. Así pues, el mensaje principal de este informe es la dinámica subyacente. Es decir, debemos centrarnos en la influencia y el cambio que estas entidades ejercen en las vidas de los niños y la de los adultos en los que éstos se convertirán.

En esta publicación se ofrece una visión global y una orientación del tratamiento psiquiátrico en niños y adolescentes. Hasta hace poco tiempo, éste ha sido casi exclusivamente un arte más que una ciencia. Y en el pasado los tratamientos, algunos de ellos extrapolados de la experiencia con adultos, se han aplicado de manera muy genérica. Con las técnicas de evaluación cada vez más rigurosas, el desarrollo de criterios diagnósticos con una base empírica más sólida y una mayor atención a la especificidad terapéutica, se está evolucionando de forma progresiva y estable hacia el ajuste de los tratamientos a los pacientes menores. La finalidad de todos los tratamientos, es reducir los síntomas, mejorar el funcionamiento emocional y conductual, paliar los déficits en las habilidades y eliminar los obstáculos que impiden un desarrollo normal. A diferencia del tratamiento de adultos, un niño o un adolescente viene acompañado normalmente por alguien y en cada caso hay como mínimo dos personas: uno de los padres y el niño, cuyas necesidades y expectativas pueden ser diferentes.

En este informe se han elaborado cinco capítulos pertenecientes al espectro de los trastornos de conducta. Éstos son: 1) los trastornos del comportamiento, 2) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 3) los trastornos de la conducta alimentaria, 4) el trastorno negativista desafiante y 5) los trastornos de personalidad. Para ello se ha contado con la colaboración de profesionales de reconocido prestigio en el campo de la psiquiatría y la psicología infanto-juvenil. En cada uno de los capítulos se ha intentado plasmar una definición del mismo con datos de tipo epidemiológico y una descripción clínica de las principales manifestaciones clínicas para efectuar un correcto diagnóstico y un apartado de tratamiento. Al tratarse de entidades diagnósticas con sus propias características diferenciales no siempre se ha podido mantener esta estructura nuclear si bien se ha intentado mantener la coherencia que corresponde a cada proceso diagnóstico. Además, en todos ellos se aporta una bibliografía especialmente seleccionada y actualizada que permita al lector ampliar sus conocimientos si así lo desea.

Dr Luís San Molina
Director del Área de Salud Mental
Hospital Sant Joan de Déu Barcelona
Coordinador del informe

2. El trastorno de conducta en la infancia

Dra. M. Dolors Petitbò Rafart; Dr. Josep Lluís Matalí Costa; Dr. Eduard Serrano Troncoso. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

2.1. Introducción

A los niños de entre dos y tres años les cuesta obedecer, intentan oponerse a las normas que les imponen los padres y se ponen agresivos cuando los padres no aciertan a comprender lo que piden o no acceden a sus deseos. El adolescente también cuestiona las normas y se rebela. Estas actitudes son normales, porque corresponden a etapas evolutivas en las que se adquiere la autonomía y la oposición aparece como vía de consolidación de la identidad.

Los padres y cuidadores tienen un papel fundamental en la regulación de la conducta del niño para que aprenda a comportarse según las exigencias propias de la edad y de los diversos lugares y personas con quienes interactúa. Los estilos educativos en los que predomina la flexibilidad y el afecto suelen ser más efectivos que los autoritarios. El riesgo de padecer un trastorno de conducta empieza cuando un niño o un adolescente no respeta a los demás, incumple las normas con actitud desafiante y la relación con los padres y profesores se deteriora.

El trastorno de conducta en la infancia y adolescencia se denomina también "trastorno disocial" porque el niño o adolescente que lo padece rompe normas sociales importantes y se salta los derechos de las personas, pudiendo llegar a delinquir. No se trata de gamberrismo esporádico sino de una manera de actuar persistente. Los padres deben solicitar ayuda si observan que sus hijos son crueles con los animales, roban en lugar de pedir, mienten habitualmente, hacen novillos en la escuela o destruyen intencionadamente objetos de los demás. Cuando un niño o un adolescente intimida a los demás, provoca peleas y agrede con frecuencia, indica que no ha aprendido a relacionarse ni a resolver los conflictos adecuadamente. Los padres han de consultar a los profesionales de salud mental para que efectúen un detallado estudio de las capacidades y las dificultades del niño y puedan orientar a la familia.

Este trastorno provoca consecuencias que afectan la vida familiar, social y escolar del niño, por ello en el tratamiento han de intervenir diversos especialistas. Los profesionales de salud mental enseñan a los padres a establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos, reducir reproches verbales y utilizar métodos disciplinarios cuando la conducta requiere un castigo. En los casos más graves se recetan medicamentos para reducir la agresividad y la impulsividad o para mejorar los síntomas de otros trastornos que pueden coexistir con el trastorno de conducta. Cuando el niño rechaza ir a la escuela o es expulsado frecuentemente por su conducta, el psicopedagogo ayuda a evitar el retraso escolar y mejorar la relación con los profesores y con los compañeros de clase. El éxito del tratamiento depende de la implicación de los padres y la motivación del niño para introducir cambios en su comportamiento.

El trastorno de conducta se caracteriza por la persistencia de síntomas como las agresiones a personas y animales, la destrucción o robo de bienes ajenos y la violación grave de normas familiares y sociales.

Para el diagnóstico deben darse interferencias significativas en el ámbito académico, social y ocupacional.

2.2. Definición

El trastorno de conducta, también denominado trastorno disocial, se caracteriza por la persistencia y reiteración de conductas que violan las normas sociales y los derechos de las personas. Los síntomas pueden comportar agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas, absentismo escolar o vagabundeo antes de los 13 años.

Siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (1995), para diagnosticar el trastorno se requiere la existencia de tres o más de los 15 síntomas durante un período de 12 meses y, al menos uno, en los últimos seis meses (Tabla 1). Las alteraciones del comportamiento han de provocar interferencias significativas en el ámbito académico, social y ocupacional.

Tabla 1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno de conducta	
Criterio A	
Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y, por lo menos, de un criterio en los últimos 6 meses:	
Agresión a personas o animales	
<ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a los demás 2. A menudo inicia peleas físicas 3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo, un bate de béisbol, un ladrillo, una botella rota, una navaja, una pistola) 4. Ha mostrado crueldad física con personas 5. Ha mostrado crueldad física con animales 6. Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo atraco, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada) 7. Ha forzado a alguien a tener una relación sexual 	
Destrucción de la propiedad	
<ol style="list-style-type: none"> 8. Ha provocado deliberadamente un incendio con la intención de causar un daño importante 9. Ha destruido deliberadamente la propiedad ajena (diferente de provocar un incendio) 	
Engaño o robo	
<ol style="list-style-type: none"> 10. Ha entrado a la fuerza en una casa, edificio o automóvil ajeno 11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (engaña a los demás) 12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (por ejemplo, roba en tiendas, pero sin violencia) 	
Violaciones graves de normas	
<ol style="list-style-type: none"> 13. A menudo pasa la noche fuera de casa a pesar de las prohibiciones de sus padres, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad. 14. Se ha escapado de casa por la noche por lo menos dos veces, viviendo en casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo) 15. A menudo hace novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad 	
Criterio B	
El trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad	
Criterio C	
Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad	

La diversidad de síntomas del TC hace que los casos sean muy variados. Por este motivo el diagnóstico puede ser: leve, moderado o grave.

Con la aplicación de estos criterios el trastorno de conducta se diferencia de otras situaciones en las que el comportamiento del niño o el adolescente presenta alteraciones propias del desarrollo, como es el oposicionismo en la infancia o la rebeldía en la adolescencia. También queda claramente establecido que los problemas de conducta aislados y transitorios no deben ser diagnosticados como trastorno de conducta.

Debido a la diversidad de síntomas que incluye el trastorno de conducta, los pacientes diagnosticados presentan características heterogéneas. Algunos muestran un comportamiento muy agresivo, que causa importantes daños a los demás, mientras que otros evidencian su problemática sin componente agresivo a través de mentiras, engaños, hurtos, absentismo escolar o fugas. Para reflejar estas diferencias y obtener mayor precisión el DSM-IV establece tres niveles de intensidad del trastorno (leve, moderado y grave) en función de los síntomas que sobrepasan el mínimo establecido y el daño provocado.

El diagnóstico también se clasifica en tres subtipos relacionados con la edad de inicio: el de inicio en la infancia, antes de los 10 años, el que se inicia en la adolescencia sin antecedentes previos, y el subtipo en el que se desconoce la edad de inicio.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) de la OMS, el trastorno de conducta se clasifica teniendo en cuenta el ámbito donde se manifiestan los síntomas y el nivel de socialización. El trastorno disocial limitado al contexto familiar implica que los síntomas se producen sólo en el hogar o en las relaciones con los miembros de la familia nuclear. Las manifestaciones más frecuentes son los robos de dinero o pertenencias de miembros de la familia, el deterioro o destrucción deliberada de objetos apreciados por personas del hogar, o la provocación de incendios deliberados en casa.

El trastorno disocial en niños no socializados implica que, además del comportamiento agresivo persistente, el niño presenta dificultades generalizadas y significativas en las relaciones interpersonales, que suelen provocar aislamiento y rechazo por parte de los demás. Las relaciones con los adultos tienden a ser hostiles y predomina el resentimiento.

En cambio, en el trastorno disocial en niños socializados, el paciente está bien integrado con sus compañeros, mantiene amistades duraderas con chicos de su misma edad, con quienes a menudo comparte sus actividades delictivas.

2.3. Prevalencia del trastorno

Los datos recogidos en estudios de prevalencia muestran que las tasas del trastorno de conducta varían en función de la edad y el sexo. En un estudio realizado en población clínica por Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez Sutil (2000) el trastorno de conducta tiene una prevalencia del 15,4% entre los 6 y 9 años y aumenta hasta el 29% entre los 10 y los 13 años. En los chicos la prevalencia es del 24,2% y en las chicas del 21%.

El número de casos varía según la edad y sexo. En general suele presentarse más en niños que en niñas: Los casos no clínicos en un estudio en Cataluña (2006) alcanzaron el 9% de niños y 4,1% de niñas, con diferentes pesos relativos según la edad. En el ámbito clínico, no existen diferencias tan claras en el número de casos por sexo.

Frick (1998) indica que en casos no clínicos el porcentaje es menor, pero también significativo. En la Encuesta de Salud de Cataluña (2006) efectuada con una muestra de 2.200 niños de 4 a 14 años, la prevalencia del trastorno de conducta es de 9% en niños y 4,1% en niñas. Analizando estos datos en función de la edad, la prevalencia en niños de 4 años es del 5,8% y alcanza el 10,6% en el grupo de entre 10 y 14 años. La prevalencia en las niñas oscila desde el 0,9% a los 4 años al 4,8% entre los 10 y 14 años.

A pesar de que el trastorno de conducta suele ser más prevalente en niños que en niñas, un estudio de López-Soler et al. (2009) en población clínica de 6 a 12 años, utilizando las puntuaciones del CBCL de Achenbach (1991), no observa diferencias significativas.

2.4. Características del trastorno de conducta en función de la edad de inicio y el sexo

En chicos, la conducta problemática aparece en la etapa escolar y va aumentando en gravedad.

Se ha observado que los casos de inicio en la adolescencia son más leves y tienen mejor pronóstico que los casos de inicio en la infancia.

En el trastorno de conducta de inicio en la infancia en chicos, la conducta problemática aparece en la etapa preescolar y va aumentando en gravedad. Entre los 7 y 10 años, los niños muestran conductas agresivas y tendencia a mentir; entre los 11 y 13 años aparece la crueldad física y actuaciones antisociales como robos, vagabundeo o fugas.

Frick (2006) señala que este grupo no es homogéneo y observa que hay diferencias importantes en función de la presencia de rasgos de insensibilidad emocional ("callous-unemotional"), que interfieren el desarrollo de la empatía y de los sentimientos de culpa. Sus problemas de conducta son más frecuentes y las agresiones más graves. Los niños que no tienen estos rasgos tienen mayores factores de riesgo a nivel emocional, cognitivo y contextual. Muestran dificultad en la regulación de sus emociones y su conducta responde a reacciones impulsivas.

Las chicas con trastorno de conducta suelen proceder de familias problemáticas y presentan déficits cognitivos y neuropsicológicos.

El pronóstico en chicas es peor que el de los chicos, sobretudo con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia.

Los chicos adolescentes que inician el trastorno de conducta sin antecedentes previos, suelen ser menos agresivos y violentos, menos impulsivos, presentan menos déficits cognitivos y neuropsicológicos, proceden de familias menos problemáticas y muestran más recursos adaptativos, que los adolescentes de inicio infantil.

El patrón de trastorno de conducta de inicio en la adolescencia en las chicas presenta características diferentes que en los chicos. Las chicas suelen proceder de familias problemáticas y presentan déficits cognitivos y neuropsicológicos semejantes a los adolescentes que han iniciado el trastorno en la infancia. El pronóstico en las chicas también es peor que en los chicos con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia. Frick (1998) propone que se distinga este patrón del trastorno en las chicas denominándolo de inicio retrasado ("delayed-onset").

El trastorno de conducta se mantiene en algunos casos desde la infancia a la adolescencia y la edad adulta. Odgers et al. (2008) analizan en el estudio longitudinal de Dunedin, el origen y las consecuencias en la edad adulta de la conducta antisocial de las mujeres en comparación con las de los hombres. En la infancia de hombres y mujeres con trastorno persis-

En algunos casos los trastornos de conducta que comienzan en la infancia se mantienen hasta la edad adulta.

Según un estudio (Odgers et al. 2008), estos casos a los 32 años están implicados en problemas de violencia, dificultades económicas y problemas de salud física y mental.

tente a lo largo de la vida había factores de riesgo sociales, familiares y neuropsicológicos, que los diferenciaban de los que sólo habían presentado trastornos de conducta durante la adolescencia. Tanto los hombres como las mujeres de este estudio con trastorno de conducta persistente, a los 32 años estaban implicados en problemas de violencia y tenían problemas de salud física y mental, y dificultades económicas.

En la tabla 2 se sintetizan los factores que predicen la continuidad del trastorno de conducta en la edad adulta.

Tabla 2. Factores que predicen la continuidad del trastorno de conducta en la edad adulta

- 1. Existencia de trastornos de conducta graves antes de los 11 años**
- 2. Elevada frecuencia, intensidad y diversidad de los síntomas**
- 3. Problemas de conducta con componente agresivo**
- 4. Comorbilidad con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**
- 5. Bajo nivel intelectual**
- 6. Antecedentes familiares de trastornos antisociales crónicos o delincuencia**
- 7. Disfuncionalidad a nivel familiar**
- 8. Dificultades socio-económicas**

En el desarrollo y mantenimiento del trastorno de conducta intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan.

Otros estudios longitudinales sobre la continuidad de los trastornos de conducta de inicio en la infancia indican que existe un grupo de niños que sólo presentan el trastorno en la infancia. El seguimiento de estos niños muestra que, en la edad adulta no presentan conductas antisociales, pero tienden a presentar depresión, ansiedad, aislamiento social y dependencia económica.

La historia familiar es un predictor muy importante: el hecho de que los padres lo hayan padecido es un factor de riesgo importante por razones genéticas y ambientales (por el entorno familiar que generan).

2.5. Etiología del trastorno de conducta

En el desarrollo y mantenimiento del trastorno de conducta intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan.

La historia familiar es un predictor muy potente para los trastornos de conducta, ya que en ella confluye el componente genético y las influencias del ambiente de los progenitores. Los padres con antecedentes de trastorno de conducta tienen dificultad en ejercer sus funciones parentales y el ambiente familiar suele ser caótico. Los hijos de madres con personalidad antisocial tienen mayor probabilidad de recibir un trato hostil, ser víctimas de maltrato físico y testigos de violencia doméstica.

Existen también características individuales que pueden propiciar la aparición del trastorno de conducta (déficits neuropsicológicos, cociente intelectual bajo, entre otros) o reforzarlo (cuando los padres se someten o transigen ante la conducta anómala del niño).

De todos modos, en el estudio de Dunedin el trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial y consumo de sustancias en padres y abuelos se halla como antecedente en los trastornos de conducta de inicio en la infancia y que persisten en la edad adulta como conducta antisocial, pero no se halla en los trastornos de conducta de inicio en la adolescencia o limitados a la edad infantil (Odgers et al. 2007).

En cuanto a las características individuales, los déficits neuropsicológicos, como cociente intelectual bajo, pobreza comunicativa y alteraciones en las funciones ejecutivas, propician la aparición de los trastornos de conducta en la infancia, que pueden reforzarse si la interacción con los padres es coercitiva. El proceso de interacción coercitiva descrito por Patterson (1982), consiste en que la conducta anómala del niño es reforzada por los progenitores cuando éstos se someten o transigen. Aunque aparentemente la conducta del niño finaliza, se incrementa la probabilidad de que se repita en el futuro. En familias con niños agresivos las interacciones coercitivas tienen mayor probabilidad de instaurarse por el impacto que produce en los padres la reacción agresiva del hijo.

2.6. Comorbilidad con otros trastornos

El trastorno de conducta suele estar asociado con otros trastornos como el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad, depresivos o consumo de sustancias.

El TDAH es el diagnóstico acompañante (comórbido) más frecuente. Cuando coexisten los dos trastornos, los problemas son más precoces y graves.

El trastorno de ansiedad es el segundo que con más frecuencia acompaña al trastorno de conducta (TC) (22% a 33%). Si coinciden en la edad escolar, reduce la gravedad y evita la cronicidad del TC. Pero si aparece el trastorno de ansiedad en la adolescencia, agrava el TC y lo cronifica.

15% a 31% de los niños con TC pueden presentar depresión. La reducción de la autoestima y el riesgo de ideación suicida se convierten entonces en preocupaciones importantes.

El trastorno de conducta suele estar asociado a otros trastornos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo y el consumo de sustancias. La comorbilidad condiciona de forma clara la evolución y el pronóstico del trastorno de conducta.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): El TDAH es el diagnóstico comórbido más frecuente, alcanzando porcentajes que oscilan entre el 65% y el 90%. La educación de los niños con TDAH supone un importante reto para los padres. Cuando las pautas educativas de los padres dejan de ser coherentes y consistentes, aparecen problemas de conducta de diversa intensidad que pueden acabar en trastorno. En los niños con trastorno de conducta y TDAH los problemas aparecen precozmente y tienen mayor gravedad que los que no presentan TDAH. En la adolescencia tienen mayor riesgo de inadaptación social e inicio del uso de sustancias.

Trastorno de ansiedad: En muestras no clínicas entre el 22% y el 33% de los niños con trastorno de conducta presentan también un trastorno de ansiedad concomitante. Este porcentaje puede alcanzar hasta el 75% en muestras clínicas. Durante la edad escolar la comorbilidad con el trastorno de ansiedad parece que reduce la gravedad y evita la cronicidad del trastorno de conducta. En cambio, en la adolescencia el trastorno de ansiedad agrava el trastorno de conducta y lo cronifica, porque el malestar emocional se externaliza. En los pacientes con trastorno de conducta que presentan rasgos de insensibilidad emocional, el nivel de ansiedad es muy bajo porque no sienten malestar por su conducta.

Trastorno depresivo: En los niños diagnosticados de trastorno de conducta las tasas de depresión pueden situarse entre el 15% y el 31%. La presencia de síntomas depresivos aporta datos sobre el nivel de adaptación. Frecuentemente los niños con trastornos de conducta tienen dificultades en las relaciones interpersonales con sus compañeros, lo cual se reduce su autoestima y puede incrementar el riesgo de tentativa autolítica si aparece ideación suicida y el nivel de control de los impulsos es bajo.

El consumo de sustancias psicoactivas en la infancia suele ir asociado a TC. Este riesgo se acentúa en la adolescencia, facilitado por la mayor accesibilidad de éstos a las sustancias: tabaco, alcohol, marihuana, etc.

Consumo de sustancias: El uso de sustancias psicoactivas es poco frecuente en la infancia y, cuando se produce, suele ir asociado al trastorno de conducta, que es uno de los predictores de inicio precoz del uso de sustancias en el adolescente. (Gau et. al., 2007 y Kuperman et al. 2001). La baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la falta de recursos para resolver problemas y la ansiedad son aspectos que inducen al uso de sustancias que están fácilmente al alcance de los adolescentes, como son el tabaco, el alcohol y la marihuana. En un estudio con 564 niños y adolescentes que presentaban graves trastornos de conducta el 27% de los chicos y el 37% de las chicas tenía problemas en el uso de sustancias junto a otros problemas emocionales (Weiner et al. 2001).

2.7. Evaluación y diagnóstico de los trastornos de conducta

El mal comportamiento de los niños puede ser: (1) Variación evolutiva (detectadas por padres y profesores pero que ni por características ni intensidad exceden las esperables por edad y condiciones del niño); (2) Problema (distorsionan el funcionamiento del niño en casa y escuela pero no son suficientemente graves) y (3) Trastorno (cumple los criterios del DSM-IV).

Para diagnosticar el trastorno de conducta es necesario diferenciarlo de las alteraciones transitorias del comportamiento infantil. Wolraich et al. (1996) en la versión para niños y adolescentes del Manual de Diagnóstico para Atención Primaria (DSM-PC) proponen una clasificación basada en el supuesto de que en la mayoría de conductas se puede observar una continuidad que va desde la normalidad a la patología. Establecen tres niveles: Variaciones evolutivas, Problemas y Trastornos. Las Variaciones evolutivas son conductas que los padres o profesores detectan como anómalas, pero que no exceden por sus características e intensidad el tipo de conductas posibles en la edad y condiciones del niño. Las conductas catalogadas como Problema son las que distorsionan el funcionamiento del niño en casa o en la escuela con sus compañeros, pero no son suficientemente graves para considerarlas un trastorno mental. Cuando las características del comportamiento cumplen los criterios establecidos por el DSM-IV se diagnostica de Trastorno. Esta clasificación facilita la intervención de los profesionales de Atención Primaria, ya que les permite orientar directamente a las familias en las variaciones de la normalidad y efectuar interconsulta o derivación a los especialistas de salud mental en las situaciones problemáticas.

Todos los niños que presentan problemas de conducta requieren una evaluación individualizada y minuciosa, que se inicia mediante una entrevista. El profesional debe decidir si efectúa la primera entrevista sólo con los padres o incluye también al paciente. Cuando el paciente es un adolescente conviene implicarle desde el primer momento, solicitando su opinión y explicándole cómo y para qué se efectúa la evaluación. La entrevista conjunta permite obtener información verbal y no verbal, mientras se observa el estilo de interacción y la respuesta de cada uno ante los temas conflictivos. Durante la entrevista, de forma más o menos estructurada, se ha de recoger amplia información sobre el motivo de consulta, los antecedentes personales, y familiares, la historia escolar y las consultas efectuadas previamente (Tabla 3).

Tabla 3. Contenido de la entrevista clínica

Motivo de consulta:

Tipo y frecuencia de aparición de las conductas problemáticas, edad de inicio, lugares donde se producen, reacción de la familia, profesores, compañeros. Consultas y tratamientos anteriores.

Genograma familiar:

Identificar las personas que, sin ser del núcleo familiar, participan en los cuidados y educación del niño.

Antecedentes personales:

Prenatales, perinatales, alimentación, sueño, desarrollo psicomotriz, lenguaje, control de esfínteres, hábitos, enfermedades, accidentes, abuso físico y sexual (como víctima o como perpetrador).

Historia escolar:

Edad de inicio, adaptación, motivo de los cambios de escuela, rendimiento académico, necesidades especiales, relación con profesores y compañeros, problemas de disciplina (edad y frecuencia).

Historia familiar:

Psicopatología en los padres (depresión, uso de sustancias, conducta antisocial), problemas conyugales, violencia doméstica, implicación en la educación de los hijos, estilo educativo, coherencia en la disciplina.

Informes de otros profesionales:

Profesores, psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales.

En el diagnóstico del trastorno de conducta es necesaria una evaluación individualizada mediante una entrevista en la que se recoge información sobre el motivo de consulta, los antecedentes personales y familiares, la historia escolar y las consultas previas.

Los datos de la anamnesis se han de completar con material estandarizado que permita contrastar la información de los padres con la de los profesores. El Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach y Rescola 2001), traducido por la Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología del desarrollo de la Universidad Autónoma de Barcelona, recoge la valoración de los padres sobre las competencias comportamentales en niños de 6 a 18 años. El inventario Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach y Rescola 2001), recoge la misma valoración según los profesores y, para pacientes de entre 11 y 18 años, se utiliza el Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescola 2001).

Los datos de la anamnesis se han de completar con material estandarizado que permita contrastar la información de los padres con la de los profesionales.

Las puntuaciones obtenidas en estos inventarios sirven para precisar las características del trastorno de conducta. El síndrome conducta agresiva predice los síntomas agresivos del trastorno de conducta, mientras que el síndrome conducta antinormativa ("rule-breaking"), predice los no agresivos (Tackett et al., 2003). Las puntuaciones significativamente altas en estos dos síndromes también contribuyen a predecir la persistencia de los trastornos de conducta en un 77% (Biederman et al., 2001).

La adaptación española del BASC, Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 2004), permite evaluar los aspectos adaptativos e inadaptativos de la conducta de los niños y adolescentes desde los 3 hasta los 18 años. El BASC diferencia tres niveles en función de la edad (preescolar, escolar y adolescente) y recoge información de los padres (escala P), de los profesores (escala T) y del propio paciente (escala S). Evalúa tanto aspectos positivos como negativos.

Para tener información del grado de adaptación del paciente y las actitudes de los padres también se puede utilizar el Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI) de P. Hernández (2004), aplicable de los 8 a los 18 años.

Teniendo en cuenta la importancia de la integridad neuropsicológica en el pronóstico del trastorno, siempre que haya dificultades a nivel académico, es útil obtener información del rendimiento del niño a nivel del razonamiento verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, aplicando la Escala de Wechsler para niños (WISC-IV).

Cuando se sospecha la coexistencia de otros trastornos (TDAH, ansiedad, depresión, etc.), se utilizan los métodos de diagnóstico específicos y apropiados para éstos.

Cuando el paciente presenta síntomas que hacen sospechar la presencia de déficit de atención y/o hiperactividad, o bien un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, se debe utilizar el material de psicodiagnóstico específico para la evaluación de estos trastornos.

2.8. Tratamiento

El tratamiento integra acciones dirigidas tanto al niño como a su familia.

Debido que en el trastorno de conducta hay múltiples factores determinantes, el tratamiento tiene que combinar e integrar intervenciones, dirigidas tanto al niño como a la familia. Los programas de entrenamiento a padres, la terapia multisistémica, el entrenamiento en la resolución de problemas, las intervenciones psicopedagógicas, los recursos comunitarios psicoeducativos y el tratamiento farmacológico, forman parte de los recursos que los profesionales utilizan para diseñar los planes terapéuticos de cada caso.

Programas de entrenamiento a padres: Se enseña a los padres a establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos, dar refuerzos positivos y también como aplicar métodos disciplinarios eficaces cuando la conducta requiere castigo.

Programas de entrenamiento a padres: Están diseñados para incrementar la coherencia y consistencia del proceso de socialización de los hijos dentro del hogar. La mayoría de programas se centran en la modificación de conducta del hijo y en el incremento de comunicación y mejora de la relación padres-hijos. Se enseña a los padres a establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos y reducir o eliminar las reprimendas verbales. Los padres también aprenden a utilizar el refuerzo positivo para incrementar las conductas más adaptadas y actitudes pro-sociales. El niño descubre que sus padres ya no ven en él sólo lo negativo y este cambio de actitud facilita la reducción del patrón de interacción coercitiva. También se enseña a los padres cómo aplicar métodos disciplinarios eficaces cuando la conducta requiere un castigo. Para que los cambios que se van produciendo en casa, se generalicen a otros ámbitos, el niño ha de incorporar las nuevas formas de actuar y para ello necesita contar con el apoyo y confianza de los padres. En

los programas para los padres también se trabaja la comprensión de las propias emociones y las de los demás, con el objetivo de desarrollar una actitud más empática y evitar los posicionamientos rígidos que generan enfrentamientos. Para conseguir los resultados deseados los padres han de aplicar con perseverancia lo aprendido, superando la frustración de no obtener cambios de inmediato.

La terapia multisistémica integra la terapia familiar, la atención desde la escuela, el apoyo para la cooperación padres-escuela y el acompañamiento en la integración en grupos de actividades extraescolares.

Terapia multisistémica: Es una de las pocas intervenciones que ha demostrado su eficacia para escolares y adolescentes con graves trastornos de conducta. Se inicia con un detallado estudio del niño y la familia para comprender el contexto sistémico de los problemas de conducta, y luego se diseña la intervención en función de las necesidades de cada grupo familiar. La intervención integra recursos psicoterapéuticos, como la terapia familiar, individual o de pareja, con otros comunitarios, como son la atención desde la escuela, el apoyo para la cooperación padres-escuela, el acompañamiento en la integración en grupos de actividades extraescolares, o la intervención con los compañeros de estas actividades. La eficacia de este procedimiento terapéutico se basa en la delimitación clara de las necesidades y la actuación integrada de los profesionales.

Entrenamiento en resolución de problemas: como delimitar el problema, identificar soluciones, medir consecuencias y decidir.

El entrenamiento en resolución de problemas: Se les enseña a delimitar el problema, definirlo, identificar soluciones alternativas, anticipar las consecuencias para cada alternativa y seleccionar el comportamiento más adecuado. Este proceso de reflexión contribuye a reducir la actuación impulsiva en los momentos en que aparecen conflictos.

Las intervenciones psicopedagógicas tratan de evitar que el retraso académico dificulte la integración grupal.

Intervenciones psicopedagógicas: El retraso en el aprendizaje, ya sea por falta de capacidad intelectual, por dificultades específicas o por las interferencias directamente relacionadas con el trastorno de conducta, requiere atención psicopedagógica individualizada. Se trata de evitar que el retraso académico incremente las dificultades de integración grupal ya existentes por la falta de habilidades sociales.

Recursos comunitarios psicoeducativos: Programas promovidos por los servicios sociales cuando el trastorno o la implicación de la familia dificultan la asistencia del niño a la escuela y/o el cumplimiento del tratamiento.

Recursos comunitarios psicoeducativos: Cuando el trastorno y la falta de implicación de la familia dificultan la asistencia del niño a la escuela y/o el cumplimiento del programa terapéutico desde los centros de salud mental, hay que recurrir a las intervenciones psicoeducativas desde la comunidad. Suelen ser programas promovidos por los servicios sociales de los ayuntamientos y entidades juveniles, en los que los educadores estimulan la conducta prosocial en grupo, mediante actividades ocupacionales o lúdicas. Se fomenta el autocontrol, las habilidades de comunicación, la empatía, la capacidad de compromiso y la cooperación.

El tratamiento farmacológico está indicado en la mayoría de pacientes graves y conseguirá reducir el número de atracones.

El tratamiento farmacológico: Tiene el objetivo de reducir la agresividad y la impulsividad de los casos más graves, y los síntomas de los trastornos comórbidos. El tratamiento farmacológico que reduce los síntomas del TDAH también suele reducir la tasa y gravedad de los trastornos de conducta.

2.9. Prevención

La prevención se lleva a cabo mediante programas específicos dirigidos a casos de riesgo: preescolares procedentes de familias desfavorecidas y/o con síntomas de TC.

Los mejores resultados en la prevención del trastorno de conducta se obtienen cuando la población diana del programa de prevención son preescolares procedentes de familias muy desfavorecidas, el programa contiene diversos aspectos y se aplica de forma intensiva (Bennett y Oxford, 2001).

En un meta-análisis de 45 estudios de seguimiento de programas de prevención de síntomas del trastorno oposicionista desafiante y del trastorno de conducta, efectuados a partir de 1980, Grove et al (2008) concluyen que globalmente los programas evaluados tienen un efecto positivo y persistente años después de la intervención preventiva. No obstante, alertan de la dificultad que supone prevenir trastornos en los que intervienen variables de tipo biológico, psicológico y social. Los autores sugieren diferenciar el modo de prevenir cada uno de estos aspectos, creando programas de prevención multidimensionales.

2.10. Conclusiones

- La desobediencia en los niños o la rebeldía en la adolescencia son comportamientos normales. Solo algunos casos concretos que cumplen unos criterios diagnósticos específicos, corresponden a Trastornos de Conducta (TC).
- Los TC son conductas persistentes en quienes los padecen, caracterizándose porque infringen las normas sociales y los derechos de las demás personas. Aparecen antes de los 13 años y para su diagnóstico deben cumplirse los criterios definidos en un baremo llamado DSM-IV. El diagnóstico descarta las alteraciones normales de la edad y los problemas de conducta transitorios.
- La prevalencia del TC (número de casos que se presentan en la población) es importante, alcanzando cifras del 9% en niños y del 4% en niñas. Puede aparecer en la infancia o en la adolescencia y dada la diversidad de síntomas, puede ser leve, moderado o grave.
- Según el sexo hay características diferentes: en los chicos cuando aparece en la infancia y no se trata, va progresando en complejidad y gravedad con los años. Sin embargo, si se inicia en la adolescencia, suele ser menos grave. En las chicas por el contrario, aunque el TC comience en la adolescencia, se manifiesta y comporta de forma similar al TC en varones de inicio en la infancia, por lo que el pronóstico es peor que en los casos en adolescentes varones.
- Los TC pueden permanecer hasta la edad adulta traduciéndose en personas con problemas de violencia, delincuenciales, entre otros. Existen factores que ayudan a predecir la continuidad del TC en la edad adulta y, por tanto, orientan la prioridad en el tratamiento.
- El TC suele asociarse con otros trastornos; el de atención e hiperactividad (TDAH), de ansiedad, depresión o el consumo de sustancias.
 - El TDAH es el trastorno que con más frecuencia acompaña al TC: la coexistencia de estos dos trastornos favorece la aparición de problemas más precoces y graves.
 - El trastorno de ansiedad es la segunda comorbilidad (trastorno que puede aparecer junto al TC). Sin embargo, si aparece en la infancia reduce la gravedad del TC y evita su cronicidad, mientras que si aparece en la adolescencia, tiene el efecto contrario.
 - 15% a 31% de los casos de TC pueden desarrollar depresión y con ello el riesgo de baja autoestima y potencial ideación suicida.
- El diagnóstico lo establecen profesionales de salud mental mediante la realización de entrevistas y la aplicación de diversos tests, tanto al paciente como a su familia y profesores.
- Por los múltiples factores, el tratamiento se dirige al niño y su familia y comprende un abanico de aproximaciones que incluyen programas de entrenamiento para padres, terapia multisistémica, entrenamiento en la resolución de problemas, intervenciones psicopedagógicas y el tratamiento farmacológico para casos graves. Particularmente la terapia multisistémica destaca como la más efectiva para los casos más graves.
- La prevención se dirige fundamentalmente a casos de riesgo como pueden ser preescolares procedentes de familias desfavorecidas.

2.11. Bibliografía

- Achenbach TM. 1991. Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach TM y Rescorla LA. 2001. Manual for the ASEBA School-Age Forms y Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Aláez M, Martínez-Arias R y Rodríguez-Sutil C. 2000. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género, *Psicothema*, 12: 525-532.
- American Psychiatric Association. 1995. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bennett KJ y Offord DR. 2001. Conduct disorder: can it be prevented? *Current Opinion in Psychiatry*, 14: 333-337.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV y Burbach M. 2001. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four-year prospective study of an ADHD sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 290-298.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. 2009. La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de Salut 2006. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/npsalinf.pdf>
- Frick PJ. 1998. Conduct disorders and severe antisocial behaviour. New York and London: Plenum Press.
- Frick PJ. 2006. Developmental pathways to conduct disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 15 (2):311-331.
- Gau SS, Chong MY, Yang P, Yen CF, Liang KY y Cheng AT. 2007. Psychiatric and psychosocial predictors of substance use disorders among adolescents: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. 190: 42-48.
- Grove AB, Evans SW, Pastor DA y Mack SD. 2008. A meta-analytic examination of follow-up studies of programs designed to prevent the primary symptoms of oppositional defiant and conduct disorders. *Agression and violent behaviour*, 13: 169-184.
- Hernández P. 2004. TAMAI, Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil. Madrid: TEA Ediciones.
- Kuperman S, Schlosser SS, Kramer JR, Bucholz K, Hesselbrock V, Reich T y Reich W. 2001. Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*. 158 (12): 2022-2026.
- López Soler C, Castro Sáez M, Alcántara López M y Fernández Fernández V. 2009. Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21 (3): 353-358.
- Odgers CL, Caspi A, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomson WM, Moffitt TE. 2007. Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*. 64 (4): 476-484.

Oggers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomson WM, Caspi A. 2008. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20 (2): 673-716.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. (CIE -10). Madrid: Ed. Panamericana.

Patterson GR. 1982. *Coercitive family process*. Eugene Oregon: Castilia Publishing Company.

Reynolds, CR y Kamphaus, RW. 2004. *BASC: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

Tackett JL, Krueger RF, Sawyer MG y Graetz BW. 2003. Subfactors of DSM-IV Conduct Disorder: Evidence and connections with syndromes from the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31: 647-654.

Wechsler D. 2005. *Escala de inteligencia de Wechsler para niños IV (WISC-IV)*. Madrid: TEA Ediciones.

Weiner DA, Abraham ME y Lyons J. 2001. Clinical characteristics of youths with substance use problems and implications for residential treatment. *Psychiatric Services*, 52 (6):793-799.

Wolraich M L, Felice ME y Drotar D. 1996. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: Diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics.

3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Dr. José Angel Alda. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

3.1. Introducción

El TDAH es un conjunto de conductas que se inicia en la infancia y se caracteriza por tres síntomas principales: dificultad para mantener la atención, hiperactividad o excesivo movimiento, e impulsividad. El TDAH afecta entre el 3 y el 7% de los niños, siendo más frecuente entre los varones.

Los síntomas pueden aparecer desde que son bebés; siendo unos torrados cuando empiezan a andar, están siempre en movimiento y tiran constantemente cosas. Son niños con una curiosidad insaciable, intrépidos, no ven ningún peligro y les cuesta aceptar las normas. Sus juegos suelen ser más agresivos y sus demandas son frecuentes y ruidosas; interrumpen constantemente y presentan rabietas frecuentes e intensas.

En la edad escolar son frecuentes las notas en la agenda. A menudo no acaba los deberes, éstos están poco organizados y con errores. En clase habla impulsivamente, respondiendo antes de acabar la pregunta, se muestra agresivo y tiene dificultades para aceptar las normas. En casa tiene dificultades para realizar las tareas, aunque mejora el rendimiento con supervisión. En su relación con el grupo suelen ser mandones y dominantes, no respeta los turnos del juego, son movidos y tienen propensión a accidentes; en el informe escolar aparecen frases del tipo "se distrae con facilidad", "suele interrumpir la clase", etc.

El diagnóstico suele realizarse al iniciar la escolaridad, alrededor de los 6-7 años, sobretodo cuando aparecen los problemas de adaptación escolar. Una vez realizado el diagnóstico del TDAH es necesario instaurar el tratamiento cuyo objetivo es mejorar la atención, la impulsividad y la hiperactividad y evitar las complicaciones asociadas al TDAH. El tratamiento que mejores resultados obtiene es el tipo multimodal o combinado, es decir que incluya intervención psicológica y psicofarmacológica junto al asesoramiento familiar y escolar.

El pronóstico varía en función de la gravedad del TDAH y de los cuadros asociados. Un diagnóstico y un tratamiento precoz y adecuado serán claves para una mejor evolución del TDAH.

3.2. ¿Qué entendemos por trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico cuyos síntomas comienzan en la infancia y que comprende un patrón persistente de conductas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Se considera

que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar o laboral y en sus actividades cotidianas, obteniendo resultados por debajo de sus capacidades. (DSM-IV-TR, 2001).

En los últimos años ha existido un importante incremento en el número de publicaciones, no solo científicas, que se ocupaban del TDAH en niños y adolescentes, dando la sensación en amplios sectores de nuestra sociedad de estar ante una nueva enfermedad. Sin embargo nada más lejos de la realidad. El TDAH se conoce desde hace muchos años, representando uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en niños y adolescentes y constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud mental infanto-juvenil debido a las consecuencias que provoca en los diferentes aspectos de la vida del paciente.

El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes, cuyas manifestaciones (falta de atención, hiperactividad e impulsividad) interfieren de forma significativa en la vida de estos pacientes y en las personas de su entorno.

La primera definición del TDAH fue realizada por G. Still (1902) quien describió a 43 niños que presentaban graves problemas en la atención sostenida y en la autorregulación, a los que atribuía un problema en el control moral de la conducta. En el año 1914, A. Tredgold argumentó que el TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual quedaba afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad. En 1937, Bradley descubre de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. El término disfunción cerebral mínima fue acuñado por Strauss y Lehtinen en 1947, aplicado a aquellos niños con trastornos de conducta en los que no se apreciaba suficiente evidencia de patología cerebral (Barkley, 2006). Lauferr y Denhoff (1957) realizaron la primera denominación de síndrome hiperkinético. En 1968, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, conocido por sus siglas en inglés como DSM-II (1968) lo incluyó como reacción hiperkinética en la infancia y posteriormente el DSM-III (1980) utilizó el término trastorno de déficit de atención hasta llegar al DSM-IV-TR (2001) como trastorno (por) déficit de atención con hiperactividad.

Las impresiones clínicas sobre la validez del diagnóstico del TDAH y la eficacia del tratamiento están solidamente confirmadas por la investigación realizada. La American Medical Association (AMA) encargó un estudio que concluye "el TDAH es uno de los trastornos mejor estudiados en medicina y los datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas enfermedades médicas" (Goldman et al. 1998).

A pesar de ser uno de los trastornos mejor estudiados en medicina, en nuestro entorno existe una gran variabilidad en la práctica clínica en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del TDAH.

A pesar de toda esta evidencia, en nuestro medio existe una gran variabilidad en la práctica clínica en cuanto al diagnóstico y el tratamiento del TDAH. Por todo ello, y dentro del "Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia para el conjunto del Sistema Nacional de Salud" promovido por el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Fundación Sant Joan de Déu (FSJD) junto con la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (AATRM) han sido las encargadas de elaborar una Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y

adolescentes que ha sido coordinada por nuestro grupo y Fernández (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009). Por la calidad de la misma esta guía ha servido de base para la realización de este documento.

3.3. ¿Cómo se manifiesta el TDAH en niños y adolescentes?

Las manifestaciones conductuales del TDAH suelen producirse tanto en el hogar y la escuela como en el trabajo y situaciones sociales.

Las conductas para valorar un TDAH son dimensionales distribuyéndose en un continuo que va desde la normalidad hasta la patología. Los síntomas nucleares son: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, a los que con frecuencia se suman los síntomas secundarios a la comorbilidad (Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2001), las manifestaciones clínicas de los síntomas nucleares hacen referencia a:

Hiperactividad:

Se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela). Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren (se levanta del asiento, lo toca todo, no para quieto, parecen movidos por un motor). Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas.

La hiperactividad consiste en un exceso de movimientos en situaciones donde resulta inadecuado, hablar en exceso y producir demasiado ruido en situaciones tranquilas.

El momento evolutivo influye significativamente en la manifestación de la hiperactividad. Así, los niños preescolares tienen una hipercinesia generalizada menos dependiente del entorno. En la edad escolar, puede suceder que la conducta hiperactiva del niño se limite a algunas situaciones, especialmente cuando éstas están poco estructuradas. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. La hiperactividad en adolescentes suele ser menos evidente, predominando una sensación interna de inquietud, tratando de hacer varias cosas a la vez y pasando de una actividad a otra sin finalizar ninguna (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2009).

Inatención:

El déficit de atención dificulta al niño organizar y terminar las tareas, escuchar y seguir instrucciones, y provoca que se distraiga con facilidad.

Hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas, familiares y sociales. A los niños les resulta difícil priorizar las tareas, persistir hasta finalizarlas y evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido. Tienden a ir cambiando de tarea sin llegar a terminar ninguna. A menudo parecen no escuchar. No siguen órdenes ni instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

En situaciones sociales, la inatención suele manifestarse por cambios frecuentes de conversación, con dificultades para seguir las normas o detalles en actividades y/o juegos.

A nivel evolutivo, la inatención suele aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar cuando se requiere de una actividad cognitiva más compleja, y persiste significativamente durante la adolescencia y edad adulta.

Impulsividad:

Los niños con TDAH se caracterizan por actuar de una forma impulsiva y sin pensar en las consecuencias de su conducta.

Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno. A menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas. En general, se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta.

Durante los primeros años, la impulsividad hace que el niño parezca "estar controlado por los estímulos" de forma que tiene tendencia a tocarlo todo. En la edad escolar, interrumpen constantemente a los demás y tienen dificultades para esperar su turno.

La impulsividad en la adolescencia conlleva un mayor conflicto con los adultos con tendencia a tener más conductas de riesgo (abuso de tóxicos, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico) (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

El bajo rendimiento académico de los escolares con TDAH es debido tanto a sus dificultades organizativas y de ejecución, como a los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados (por ejemplo la dislexia).

Las manifestaciones conductuales descritas anteriormente, suelen producirse en múltiples contextos (hogar, escuela, trabajo y situaciones sociales). Los escolares con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho, uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar (Spencer J., 2007). El bajo rendimiento académico es debido en parte a las propias dificultades organizativas, de planificación, priorización, atención y precipitación de la respuesta que obedecen a las alteraciones de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo e inhibición de la respuesta) propias del TDAH, como a las dificultades específicas que comportan los trastornos específicos del aprendizaje frecuentemente asociados como es la dislexia (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.4. Información epidemiológica

Entre un 1,9 y un 14,4% de los niños y adolescentes padecen TDAH.

Es más frecuente en varones que en mujeres. Suele aparecer asociado a otros trastornos.

El TDAH representa una de las razones más frecuentes por las que los niños son remitidos al pediatra o al equipo de salud mental por presentar problemas de conducta. Se admite que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente más prevalentes (Barkley, 2006).

Las tasas de prevalencia son marcadamente dispares según los criterios diagnósticos empleados, según el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la metodología y las edades y sexos estudiados (Benjumea, 2006). Los intervalos de prevalencia se sitúan entre el 1,9 y 14,4% (Scahill et al. 2000; Faraone et al. 2003). El DSM IV TR (2001) refiere una prevalencia estimada entre el 3-7% de la población en edad escolar. Polanczyk et al. (2007) observan una prevalencia mundial de 5,3%. En nuestro medio se obtienen

tasas similares, así Cardo (2007) encuentra una prevalencia del 4.6% entre escolares de 6 y 11 años en la isla de Mallorca, siendo similar a otros estudios europeos.

Se acepta comúnmente que es un trastorno más frecuente en varones que en mujeres con valores que oscilan entre 2,5:1 a 5,6:1 (Criado et al., 2003). En ambos sexos, el subtipo combinado es el más frecuente, pero en el subtipo inatento parece que hay mayor porcentaje de chicas, en las que los síntomas de impulsividad e hiperactividad pueden aparecer con menor intensidad (Benjumea, 2006). Las diferencias en cuanto al sexo tiene que ver más con las escalas de valoración psicopatológica y/o conductual, que no incluyen ítems específicos para chicas, que una especificidad en función del sexo (Knellwoft et al., 2008).

Es poco frecuente la presentación aislada del trastorno, más del 85% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad, y cerca del 60% tiene al menos 2 comorbilidades, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el trastorno de ansiedad y el trastorno disocial (Jensen et al. 2001).

En muestras comunitarias no clínicas Szatmari et al. (1989) indican que alrededor de un 44% de los pacientes presentan al menos una comorbilidad, 32% para dos comorbilidades, y 11% para tres o más comorbilidades.

3.5. ¿Cómo evoluciona el TDAH a lo largo de la vida?

Los síntomas suelen aparecer a los 4-5 años de edad.

En general, la hiperactividad tiende a disminuir mientras que la impulsividad y la inatención permanecen.

Muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas de salud mental.

La edad media del inicio de los síntomas se sitúa entre los 4 y 5 años presentando impulsividad, hiperactividad y desobediencia, teniendo propensión a tener más accidentes (Du Paul et al. 2006; Dopfner et al. 2004). El diagnóstico de estos niños puede ser más difícil debido a que estos síntomas son propios de la edad, siendo la intensidad, la frecuencia y la repercusión sobre el entorno lo que orientaría sobre un TDAH. Beitchman et al. (1987) que pacientes preescolares diagnosticados como TDAH tenían más probabilidad de recibir el mismo diagnóstico 5 años más tarde o incluso persistir los mismos síntomas de hiperactividad y desobediencia.

El diagnóstico se suele realizar al comenzar la educación primaria al aparecer problemas en el rendimiento escolar (deberes incompletos, poco organizados y con errores), se distrae fácilmente, habla impulsivamente, responde antes de acabar la pregunta junto a una disfunción social (conducta disruptiva en clase, dificultades para aceptar las normas, agresividad, interrumpe y se entromete en todo) (Greenhill, 1998).

En muchos niños los síntomas de hiperactividad tienden a disminuir durante la infancia. La inatención y, especialmente la impulsividad permanecen en adolescentes y adultos.

El tiempo que los niños pueden mantener la atención se incrementa con la edad, sin embargo en muchos niños con TDAH éste tiempo tiende a estar por debajo del nivel esperado y del que se necesita

para realizar las demandas de la vida diaria. Un alto porcentaje de niños con TDAH seguirán teniendo síntomas en la adolescencia y edad adulta, necesitando mantenerse en tratamiento.

Aunque los síntomas de inatención e hiperactividad pueden persistir en muchos casos, es importante recordar que muchos jóvenes con TDAH tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas de salud mental. Un buen pronóstico será más probable cuando predomina la inatención más que la hiperactividad-impulsividad, cuando no se desarrollan trastornos de conducta, y cuando las relaciones con los familiares y con otros niños son adecuadas (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.6. ¿Cuál es la etiopatogenia del TDAH?

En la aparición del TDAH intervienen factores genéticos y ambientales. A pesar de que el componente genético es el de mayor peso, es importante conocer que factores ambientales como el consumo en la madre de tabaco, alcohol y otras drogas se relacionan con un mayor riesgo de padecer un TDAH.

No se conocen con exactitud todos los factores que intervienen en la aparición del TDAH sin embargo está claro que existe una interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales, siendo el componente genético el de mayor peso. Se postula que el origen del TDAH está en una disfunción del córtex prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Diversos datos apoyan este modelo etiopatogénico, entre ellos el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal (Shaywitz et al., 1978; Arnsten, 2006).

Entre los factores ambientales destacan sobre todo la prematuridad, la encefalopatía hipóxico-isquémica, el bajo peso al nacimiento y, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la gestación. También los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) graves en la primera infancia así como padecer infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) se han relacionado con un mayor riesgo de TDAH.

Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con él (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.7. ¿Cómo se diagnostica el TDAH?

El diagnóstico del TDAH se realiza mediante la información obtenida de los niños o adolescentes, padres y educadores, y debe estar avalado por la presencia de sus síntomas característicos.

En estos momentos no disponemos de ninguna prueba complementaria de laboratorio, de neuroimagen o neurofisiológica para realizar el diagnóstico del TDAH, siendo éste exclusivamente clínico, esto es, mediante la información obtenida de los niños o adolescentes, sus padres y educadores y debe estar avalado por la presencia de los síntomas característicos del trastorno, con una clara repercusión a nivel familiar, académica y/o social, tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando la sintomatología observada.

En la entrevista se debe obtener información respecto a los problemas actuales del niño, la naturaleza de los síntomas (frecuencia, duración, variación situacional de los síntomas), la edad de inicio y el grado de re-

percusión en los diferentes ambientes de la vida del niño. Han de evaluarse también los antecedentes familiares (dado el carácter genético del trastorno), el funcionamiento familiar y antecedentes personales (embarazo, parto y periodo perinatal, desarrollo psicomotor, antecedentes patológicos e historia de salud mental del niño). Se ha de realizar una exploración física y psicopatológica del niño, y recoger información de la escuela y sobre el rendimiento académico a lo largo de toda su historia escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

La exploración neuropsicológica y psicopedagógica no son imprescindibles para el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes. Sin embargo, es recomendable el estudio neuropsicológico cuando se sospeche la presencia de un trastorno específico de aprendizaje comórbido o sea importante valorar el perfil de funcionamiento cognitivo. Asimismo, una evaluación psicopedagógica permitirá valorar el estilo de aprendizaje y establecer los objetivos de la intervención reeducativa.

La realización de pruebas complementarias no es necesaria para el diagnóstico de TDAH en niños y adolescentes a menos que la historia clínica y exploración física pongan en evidencia la presencia de algún trastorno que requiera de su realización.

Es importante tener en cuenta que la inquietud y el déficit de atención son síntomas que pueden aparecer en muchos otros trastornos distintos del TDAH.

Es necesario efectuar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que pueden ser confundidas con el TDAH, teniendo en cuenta que no todo niño movido y despistado tiene un TDAH, así los síntomas de inquietud y déficit de atención pueden aparecer en una amplia variedad de trastornos:

- retraso mental
- trastornos de aprendizaje
- trastornos generalizados del desarrollo
- trastornos del comportamiento
- trastorno de ansiedad
- trastorno del estado de ánimo
- abuso de sustancias
- factores ambientales
- trastornos médicos

La mayoría de estos trastornos pueden ser excluidos con una historia clínica completa y la exploración física (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.8. ¿Existe un sobrediagnóstico del TDAH?

Desgraciadamente no todos los pacientes que presentan un TDAH son correctamente identificados y tratados, lo cual tendrá unos importantes repercusiones tanto personales, familiares como de salud pública. El Centro de Control de Enfermedades americano (CDC) analizando datos de una encuesta nacional de salud infantil observó que sólo el 56,3% de los niños de 4 a 17 años diagnosticados de TDAH recibían un tratamiento farmacológico correcto, no existiendo diferencias en función del sexo (Mental Health in the United States, 2005).

Jensen et al. (1999) realizaron un estudio con la idea de valorar el posible sobrediagnóstico y posible sobretratamiento con estimulantes, observando una prevalencia de TDAH del 5,1%. Sólo un 12,5% de los niños diagnosticados de TDAH recibían tratamiento con estimulantes, por el contrario algunas de las prescripciones de estimulantes eran administradas a chicos que no cumplían todos los criterios de TDAH aunque tenían niveles elevados de síntomas por lo que concluyen que no se puede hablar de un sobrediagnóstico.

En los últimos años se puede detectar un incremento en el número de pacientes en tratamiento con estimulantes, desde 1991 las prescripciones para el tratamiento del TDAH se multiplican por 5 en EEUU, hasta el punto que uno de cada 8 niños americanos toma metilfenidato (Knellwolf et al. 2008; Bonati y Clavenna 2005; Cox et al. 2003; Schlander 2007).

En nuestro país sucede una situación similar, entre los años 1992 y 2001 se ha multiplicado por 6 el uso del metilfenidato (Criado Alvarez y Romo 2003) sin embargo el incremento es inferior al experimentado en Estados Unidos.

Es cierto que en los últimos años se ha incrementado el número de personas que solicitan ayuda para el tratamiento, dando la sensación subjetiva de un mayor número de pacientes diagnosticados (Brown 2003). Sin embargo, se estima que una parte de este incremento se debe al mayor número de consultas por TDAH, a la prolongación de los tratamientos farmacológicos y a la utilización actual de estimulantes también en niñas, en adolescentes y en adultos jóvenes y en los casos de TDAH de predominio inatento (Schlander 2007; Brown 2003).

3.9. ¿Cuáles son las repercusiones sanitarias del TDAH?

Un menor rendimiento académico, menor categoría profesional, un incremento de las visitas a urgencias por accidentes, más divorcios y mayor delincuencia asociada, son algunas de las repercusiones del TDAH si no se trata de forma adecuada.

De la experiencia clínica en la evaluación de personas diagnosticadas de TDAH se observa que los síntomas del trastorno tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento social, emocional y cognitivo, y causan una importante morbilidad y disfuncionalidad no sólo en el niño, sino también en el grupo de compañeros y en su familia (Cardo y Servera 2008).

En los pacientes el TDAH no tratado o infratratado se asocia a largo plazo con una amplia gama de resultados adversos como menor rendimiento académico, con un incremento de las expulsiones o abandono escolar, menor categoría profesional, más accidentes de tráfico, un incremento de las visitas a urgencias por accidentes, una mayor incidencia de divorcio e incluso un mayor incremento de la delincuencia (Barkley y Cox 2007; Mannuzza et al. 1991; Mannuzza et al. 1993; Mannuzza et al. 1997; Mannuzza et al. 1998). Es frecuente la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como el abuso de sustancias, la conducta antisocial, cuadros afectivos y de ansiedad (Jensen et al. 1999; MTA, 1999). Tanto en la adolescencia como en la edad adulta son frecuentes los problemas de baja autoestima y escasas habilidades sociales (Pormelau et al. 1995). En cuanto al consumo de sustancias,

el inicio del consumo es más precoz en estos pacientes y es menos probable la abstinencia en la edad adulta (Wilens et al. 1995; Biederman et al. 1997; Pormelau et al. 1995). El riesgo de presentar un trastorno de personalidad antisocial es 5 veces mayor en pacientes con historia de TDAH, asociándose este riesgo a la comorbilidad con un trastorno disocial previo (Faraone et al., 1998).

Según un estudio, el TDAH interfiere en la vida diaria de los niños y sus familias aun más que el asma.

En un estudio realizado por Escobar et al. (2005) comparando la calidad de vida entre pacientes con TDAH y pacientes asmáticos concluye que el TDAH interfiere en la vida diaria de niños, padres, y familias aun más que el asma, principalmente en áreas relacionadas con el funcionamiento psicosocial, aunque aparece también la evidencia del deterioro en el funcionamiento físico. Los retrasos en el reconocimiento, valoración, y tratamiento del TDAH pueden afectar negativamente la calidad de vida de estos niños.

En las familias se puede observar ideas de autoculpabilidad, aislamiento social, conflictos conyugales, síntomas afectivos y de ansiedad, menor productividad laboral y un aumento del absentismo laboral (Johnston et al. 2001; Mash et al. 1983).

3.10. ¿Cuáles son las repercusiones económicas del TDAH?

A pesar de que los costes sanitarios del TDAH son casi el doble que para los niños sin TDAH, ofreciendo un tratamiento adecuado es posible reducir estas implicaciones económicas y el desgaste emocional que provoca en la sociedad.

Por otra parte, el impacto de la enfermedad en la salud pública y su carga para el sistema sanitario son considerables, los costes sanitarios son casi el doble que para los niños sin TDAH, por lo que en general el coste de la enfermedad se estima que es superior a los 40 mil millones de dólares anuales sólo en los Estados Unidos (Schlander et al. 2007).

Los costes en ese país se han incrementado debido al incremento en el diagnóstico y tratamiento de casos de TDAH. El coste económico estimado anual en niños y adolescentes es aproximadamente de 14.000 dólares por individuo en precios del 2005 (oscilando de 12.000 a 17.500 dólares), consistiendo en costes de salud (18%), costes del sistema educativo (34%), y costes asociados con actividades ilegales (48%) (NICE, 2009).

Se hace evidente que el TDAH se asocia significativamente a costes económicos y emocionales reflejados en el sistema de salud, los servicios educativos, los cuidadores, las familias, y la sociedad en general. Ofrecer el tratamiento efectivo adecuado podría mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH, sus cuidadores y familiares, y al mismo tiempo reducir las implicaciones económicas y el desgaste psicológico y sobrecarga del TDAH en la sociedad (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

No disponemos en nuestro medio de estudios similares en cuanto al impacto del TDAH y sus costes asociados. Los costes a estudiar en nuestro medio deberían incluir, accidentes, costes de servicios de salud, la comorbilidad con otros trastornos, abuso de sustancias, conducta antisocial, fracaso escolar, disfunciones en la familia y la sociedad, entre otros (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.11. ¿Cuál es el tratamiento del TDAH?

El tratamiento del TDAH de niños y adolescentes debe ser individualizado en función de cada paciente y su familia. Tiene por objetivo mejorar los síntomas y reducir la aparición de otros trastornos asociados, ya que por el momento no existe una cura para el TDAH (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Actualmente no existe una cura para el TDAH. El tratamiento incluye una intervención psicopedagógica, un tratamiento psicológico conductual y, solamente en casos de repercusión moderada o grave, los fármacos.

En niños y adolescentes con TDAH con repercusión moderada o grave en su vida diaria, se recomienda el tratamiento combinado que incluye el tratamiento psicológico conductual, el farmacológico y la intervención psicopedagógica. En los casos de TDAH con repercusión leve se recomienda la asociación de tratamiento psicológico conductual e intervención escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos tiene la potencialidad de tener efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como, efectos de larga duración gracias al desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de comportamiento proporcionadas por el tratamiento psicológico (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Tratamiento psicológico para el TDAH

Las intervenciones psicológicas que han mostrado evidencia científica positiva para el tratamiento del TDAH se basan en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Entre ellas estarían:

- Terapia de conducta
- Entrenamiento para padres
- Terapia cognitiva
- Entrenamiento en habilidades sociales

Tratamiento psicopedagógico para el TDAH

Comprende desde las intervenciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante una re-educación psicopedagógica) a aquellas dirigidas a la mejora del entorno escolar y por lo tanto de su adaptación a éste (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

Tratamiento farmacológico para el TDAH

Por su seguridad, alta eficacia y escasos efectos secundarios se recomienda el tratamiento farmacológico para el tratamiento de estos pacientes.

El tratamiento farmacológico del TDAH se caracteriza por su eficacia y seguridad.

El efecto beneficioso de los fármacos sobre las conductas hiperactivas se conoce desde hace más de 70 años. Los primeros fármacos para el tratamiento del TDAH se comercializaron en España hace más de 25 años. Estos fármacos están entre los más estudiados y

seguros de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo todos ellos muy eficaces para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Entre el 70 y 80% de los pacientes responden de forma favorable al primer tratamiento utilizado. Con los fármacos mejoran los síntomas del TDAH, el rendimiento escolar y el comportamiento del niño tanto en casa como en la escuela a nivel relacional. Al mismo tiempo potencia el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.12. ¿Qué fármacos hay disponibles en España?

En estos momentos disponemos en nuestro país de dos grupos de medicamentos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes: Los psicoestimulantes como el metilfenidato, y los no estimulantes como la atomoxetina.

Disponemos de 3 presentaciones de metilfenidato en función de la forma de liberación del fármaco:

- Liberación inmediata: la duración del efecto es de unas 4 horas por lo que deben administrar 2-3 dosis repartidas a lo largo del día para tratar de forma adecuada al paciente.
- Liberación prolongada: Existen dos presentaciones comerciales. Ambas consisten en una mezcla de metilfenidato de liberación inmediata y de liberación prolongada en una sola dosis diaria. La diferencia entre uno y otro es la cantidad de fármaco de acción inmediata y prolongada y el mecanismo de liberación empleado, todo ello comporta una duración del efecto distinto, unas 12 horas para uno y unas 8 horas para el otro.

En otros países de nuestro entorno existen otras presentaciones disponibles de fármacos estimulantes: por ejemplo, presentación en parches, asociación de sales de estimulantes, etc., que de momento no disponemos en el nuestro.

3.13. ¿Qué fármaco elegir?

El tratamiento debe ser individualizado, es decir adaptado a las necesidades de cada paciente y cada familia. La elección de un fármaco u otro dependerá (NICE 2009):

- De la existencia de problemas asociados, como tics, epilepsia, etc.
- Los efectos adversos de la medicación
- La existencia de consumo de drogas en el adolescente
- Las experiencias previas de falta de eficacia con un determinado fármaco
- Las preferencias del niño/adolescente y su familia
- La facilidad de administración

No es necesaria la realización de ninguna prueba complementaria (aná-

La elección del fármaco se adapta a las necesidades de cada paciente y su familia.

lisis de sangre, electrocardiograma, etc.) salvo que la historia y/o la exploración del paciente lo aconsejen. Por ejemplo, en pacientes con antecedentes de problemas cardíacos será necesario realizar un estudio cardiológico antes de iniciar el tratamiento (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

En el control del tratamiento es conveniente registrar el peso, la talla, el pulso y la presión arterial de forma periódica.

Una vez elegido el fármaco se empieza con dosis bajas y se incrementará la dosis cada una o tres semanas en función de la respuesta del paciente y de la aparición de efectos secundarios. El médico será el responsable de evaluar la eficacia y la tolerabilidad del fármaco mediante visitas periódicas, mucho más frecuentes al inicio del tratamiento y más espaciadas en el tiempo (cada 3-6 meses) tras ajustar la dosis del fármaco de forma adecuada.

Aunque el tratamiento es individualizado, las pautas generales para cada fármaco son:

- Metilfenidato de liberación in mediata: son necesarias 2-3 dosis al día.
- Metilfenidato de liberación prolongada: se administran en dosis única por la mañana.
- Atomoxetina: se recomienda administrar en dosis única por la mañana. Si existen problemas de tolerabilidad se puede administrar por la noche o repartir la dosis entre la mañana y la noche.

En algunas ocasiones, si la mejoría no es suficiente o existen otros trastornos asociados, será necesario aumentar la dosis hasta la dosis máxima recomendada o combinar distintos tipos de fármacos.

Los efectos secundarios ocurren fundamentalmente al inicio del tratamiento, son poco frecuentes, de poca intensidad, transitorios y de escasa gravedad. En muy raros casos obligan a suspender el tratamiento. Es importante poder consultar con el médico responsable del tratamiento cualquier efecto adverso antes de suspender la administración del fármaco.

Los principales efectos secundarios de los fármacos utilizados para el TDAH son la pérdida de peso y de apetito. Los fármacos estimulantes pueden producir insomnio, inquietud y dolor de cabeza. Los fármacos no estimulantes pueden producir cansancio y problemas gastrointestinales.

- **Efectos secundarios de lo estimulantes (metilfenidato):** pérdida de peso y de apetito sobre todo al inicio del tratamiento, insomnio de conciliación, cefalea y de forma mucho más infrecuente tics e inquietud.
- **Efectos secundarios de los no estimulantes (atomoxetina):** pérdida de peso y de apetito sobre todo al inicio del tratamiento, somnolencia, síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas o vómitos, mareos y cansancio. De forma muy infrecuente puede aparecer ictericia, reflejo de un daño hepático que obliga a la supresión del tratamiento.

Una pregunta que siempre realizan los padres del paciente es cuál es la duración del tratamiento, ésta debe plantearse de forma individuali-

No han sido demostrados los problemas de adicción o de retraso en el crecimiento que alguna vez se han atribuido al consumo de estos medicamentos

zada en función de la persistencia de síntomas y de la repercusión de los mismos en la vida del niño o del adolescente.

Para los pacientes que estén tomando estimulantes una práctica aceptada es la realización de periodos cortos, de una o dos semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. Una de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser al comenzar el curso escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Aunque los fármacos estimulantes mejoran los síntomas del TDAH y el rendimiento escolar sus efectos no sólo se manifiestan en la escuela, sino también en casa y en otros ambientes. Por este motivo en el tratamiento del TDAH de niños y adolescentes no están recomendados de forma rutinaria los periodos de descanso del tratamiento farmacológico ("vacaciones terapéuticas"), ya que puede conllevar un empeoramiento de la sintomatología del paciente. En cualquier caso la realización o no de las "vacaciones terapéuticas" será una decisión consensuada entre el médico, la familia y el paciente, con el objetivo de evaluar la necesidad de mantener el tratamiento o no, y reducir los efectos adversos (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

No existe ninguna evidencia científica que haya demostrado que el tratamiento con estimulantes produce adicción. Sí existen claras evidencias que demuestran que los pacientes con TDAH en tratamiento farmacológico presentan significativamente menos problemas de consumo de drogas en la adolescencia que los pacientes con TDAH que no reciben tratamiento farmacológico (Wilens, 2008).

No está claro que el tratamiento farmacológico para el TDAH produzca un retraso del crecimiento, los estudios disponibles hasta el momento son poco concluyentes, los últimos datos informan que la talla final de los niños en tratamiento con estimulantes sería entre 1 a 3 centímetros menos de lo esperado. El retraso en el crecimiento es mayor en el primer año de tratamiento pero tiende a normalizarse posteriormente (Pliszka, 2007).

El uso correcto de los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes administrados de la forma y dosis prescrita no produce tolerancia, no deja de ser eficaz ni es preciso aumentar la dosis, salvo por motivos del crecimiento (incremento de la talla y el peso). Existe evidencia de que el tratamiento es efectivo a largo plazo si éste es continuado (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.14. Conclusiones

- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes.
- Las manifestaciones del TDAH son las siguientes:
 - Déficit de atención: dificulta al niño organizar y terminar las tareas, escuchar y seguir instrucciones, y provoca que se distraiga con facilidad.
 - Hiperactividad: consiste en un exceso de movimientos en situaciones donde resulta inadecuado, hablar en exceso y producir demasiado ruido en situaciones tranquilas.
 - Impulsividad: los niños con TDAH se caracterizan por actuar de una forma impulsiva y sin pensar en las consecuencias de su conducta.
- Se conoce que en la aparición del TDAH intervienen factores tanto genéticos como ambientales y, a pesar de que el componente genético es el de mayor peso, factores ambientales como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se relacionan con un mayor riesgo de padecer un TDAH.
- El diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico, es decir, se realiza mediante la información obtenida de los niños o adolescentes, padres y educadores. Tanto la presencia de los síntomas característicos como el poder descartar otros trastornos que presentan manifestaciones parecidas confirman este diagnóstico.
- El TDAH representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia que se estima, según las fuentes epidemiológicas, entre un 3 y un 7% de la población escolar. Es más frecuentes en varones que en mujeres.
- El curso del trastorno es crónico y requiere tratamiento a largo plazo. En general, la hiperactividad tiende a disminuir mientras que la impulsividad y la inatención permanecen. Los síntomas suelen aparecer a los 4-5 años de edad.
- Si bien los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones socio-familiares, un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado permiten al niño mejorar en todos estos aspectos y tener un buen pronóstico.
- Así, a pesar de que actualmente no existe una cura para el TDAH, el tratamiento que se proporciona actualmente a los niños es seguro y efectivo, de modo que muchos de ellos tendrán una buena adaptación en la edad adulta y estarán libres de problemas de salud mental. Este tratamiento es multidisciplinar e incluye: una intervención psicopedagógica, un tratamiento psicológico conductual y, solamente en casos de repercusión leve o moderada, los fármacos.
- El tratamiento psicológico comprende acciones como la terapia de conducta, el entrenamiento para padres, la terapia cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales.
- El tratamiento psicopedagógico busca mejorar la adaptación del niño o adolescente al entorno escolar y, por lo tanto, su rendimiento académico.
- El tratamiento farmacológico es individualizado para cada paciente y se caracteriza por su seguridad, alta eficacia y escasos efectos secundarios.

3.15. Bibliografía

A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Archives of General Psychiatry 1999;56(12):1073-86.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2 ed. Washington: 1968.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 ed. Washington: 1980.

American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Texto revisado. Barcelona: Masson; 2001.

Barkley RA. The Nature of ADHD. History. En: Barkley RA, editor. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. 3 ed. London: The Guilford Press; 2006. p. 3-75.

Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. Journal of Safety Research 2007;38(1):113-28.

Beitchman JH, Wekerle C, Hood J. Diagnostic continuity from preschool to middle childhood. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1987 Sep;26(5):694-9.

Benjumea P. Trastornos hiperkinéticos. Guía para su diagnóstico. En: Ballesteros C, editor. Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2006. p. 116-28.

Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997;36(1):21-9.

Bonati M, Clavenna A. The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents. International Review of Psychiatry 2005;17(3):181-8.

Bradley W. The behavior of children receiving Benzedrine. American Journal of Psychiatry 1937;94:577-85

Brown TE. Actualización de los trastornos por déficit de atención y sus comorbilidades. In: Brown TE, editor. Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson S.A.; 2003. p. 3-55.

Cardo E, Servera M, Llobera J. [Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca]. Revista de Neurología 2007;44(1):10-4.

Cardo E, Servera M. [Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches]. Revista de Neurología 2008;46(6):365-72.

Cox ER, Motheral BR, Henderson RR, Mager D. Geographic variation in the prevalence of stimulant medication use among children 5 to 14 years old: results from a commercially insured US sample. Pediatrics 2003 ;111(2):237-43.

- Criado Alvarez JJ, Romo BC. [Variability and tendencies in the consumption of methylphenidate in Spain. An estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder]. *Revista de Neurología* 2003;37(9):806-10.
- Dopfner M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E. Areas for future investment in the field of ADHD: preschoolers and clinical networks. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2004;13 Suppl 1:I130-I135.
- DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(5):508-15.
- Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics* 2005;116(3):e364-e369.
- Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Russell R, Tsuang MT. Familial subtypes of attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study of children from antisocial-ADHD families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1998;39(7):1045-53.
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104-13.
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1998 ;279(14):1100-7.
- Greenhill LL. Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998;59 (Suppl 7):31-41.
- Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS (en prensa)
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(2):147-58.
- Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, et al. Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999 ;38(7):797-804.
- Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001;4(3):183-207.
- Knellwolf AL, Deligne J, Chiarotti F, Auleley GR, Palmieri S, Boisgard CB, et al. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2008;64(3):311-7.
- Lauferr MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. *The Journal of Pediatrics* 1957;50(4):463-74.

Mannuzza S, Klein RG, Addalli KA. Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991;30(5):743-51.

Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993;50(7):565-76.

Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Hynes ME. Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(9):1222-7.

Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry* 1998 ;155(4):493-8.

Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51(1):86-99.

Mental health in the United States. Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder--United States, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005 Sep 2;54(34):842-7.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Collaborating Centre for Mental Health, editor. NICE clinical guideline. 2009. Great Britain, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.

Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007 Jul;46(7):894-921.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007 Jun;164(6):942-8.

Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse* 1995;7(3):373-8.

Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2000;9(3):541-55, vii

Schlender M. Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on prescription drug spending for children and adolescents: increasing relevance of health economic evidence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2007;1(1):13.

Shaywitz BA, Klopper JH, Gordon JW. Methylphenidate in 6-hydroxydopamine-treated developing rat pups. Effects on activity and maze performance. *Arch Neurol* 1978 Jul;35(7):463-9.

Arnsten AF. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006;67 Suppl 8:7-12.

Spencer TJ. ADHD and Comorbidity in Childhood. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;67(Suppl 8):27-31.

Still G.F. Some abnormal psychical condition in children. *Lancet* 1902;i:1008-12.

Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989 Mar;30(2):219-30.

Tredgold AF. *Mental deficiency (Amentia)*. New York: Wood; 1908.

Wilens TE, Prince JB, Biederman J, Spencer TJ, Frances RJ. Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid substance use disorders in adults. *Psychiatric Services* 1995;46(8):761-3, 765.

Wilens TE, Adler LA, Adams J, Sgambati S, Rotrosen J, Sawtelle R, et al. Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(1):21-31.

4. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Dra. Josefina Castro. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Institut de Neurociències, Hospital Clínic Universitari de Barcelona.

4.1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un conjunto de trastornos psiquiátricos cuyo denominador común es la alteración en la ingestión de alimentos, con las consiguientes complicaciones nutricionales, cognitivas, emocionales y conductuales.

En la anorexia nerviosa hay una disminución de peso muy por debajo de lo que le correspondería por edad y talla que se debe a una restricción voluntaria de la ingesta de alimento que puede acompañarse de ejercicio excesivo y/o conductas purgativas como vómito o uso de laxantes o diuréticos. En general suele haber una disconformidad previa con el tamaño o la forma corporal y un miedo al incremento de peso. Todo ello se acompaña de alteraciones del humor, incremento de la obsesividad y del perfeccionismo e irritabilidad y labilidad emocional. La bulimia nerviosa tiene como síntoma principal la presencia de atracones de comida que se acompañan de conductas purgativas o de restricción alimentaria para controlar el incremento de peso que se produciría. En general el paciente presenta peso normal o sobrepeso y suele ocultar tanto los atracones como las conductas purgativas. Puede existir además sintomatología depresiva, baja autoestima, irritabilidad, conflictos familiares, impulsividad con cambios de relaciones sociales y afectivas frecuentes y consumo de tóxicos. Con frecuencia presentan además trastornos depresivos, de ansiedad y trastornos de personalidad.

El tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria debe considerar los diferentes componentes biológicos y psicológicos que son relevantes tanto en su origen como en el mantenimiento. La recuperación de peso, el tratamiento cognitivo-conductual, el abordaje familiar y el tratamiento farmacológico deben integrarse en el programa terapéutico.

4.2. Clínica y epidemiología

Anorexia nerviosa

La prevalencia de anorexia nerviosa en las adolescentes femeninas en España es del 0,3%.

Hay un varón afecto por cada diez mujeres.

El síntoma principal es una pérdida de peso causada por la práctica de restricciones alimentarias. Las dietas hipocalóricas son por tanto la manifestación más importante y evidente de la AN. Más de la mitad de pacientes complementan la restricción alimentaria con una actividad física excesiva. Otros recurren también a los vómitos provocados, consumo de laxantes, etc. Las dietas hipocalóricas se inician voluntariamente con la intención de perder peso. Progresivamente, la restricción de alimento ya no es tan voluntaria sino que el paciente no puede dejar de hacerlo.

Comer desencadena una gran ansiedad. Algo parecido sucede con la actividad física, que en un principio es más voluntaria y se va haciendo compulsiva. La ansiedad está muy presente en la AN. Su miedo al peso determina su conducta alimentaria. Además, al estrés propio del trastorno se suma el generado por los conflictos familiares y sociales.

La ansiedad está frecuentemente ligada a la anorexia nerviosa. Al estrés propio del trastorno alimentario se suma el generado por los conflictos familiares y sociales.

Hay una percepción exagerada de las dimensiones del cuerpo y por ciertas partes en concreto.

El estado de ánimo se va haciendo progresivamente más depresivo tanto por la desnutrición como por los conflictos con el entorno. El/la paciente se siente incomprendida y permanentemente obligado/a a comer, que le provoca una ansiedad desbordante. Su preocupación por el volumen de su cuerpo o de ciertas partes del mismo está asociada a la distorsión de su imagen corporal; es decir, percibe las dimensiones del cuerpo de forma exagerada. En el curso habitual de una AN hay cada vez más distorsión de la imagen, más miedo a ganar peso y por tanto mayor restricción alimentaria. Todo ello conlleva un círculo vicioso del que se difícil salir sin ayuda. A medida que empeora la AN van alterándose las relaciones familiares y sociales, se muestra más irritable y con menos deseos de relacionarse con los demás, reduciendo las salidas con amigos. Su estado de ánimo hace que no disfrute como antes de las actividades sociales.

La pérdida de peso provoca alteraciones y trastornos que, en último extremo pueden provocar la muerte. Presenta hipotermia, bradicardia, pérdida de cabello, deshidratación y estreñimiento. Las alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico da lugar a amenorrea secundaria o a la prolongación de la primaria. La malnutrición también afecta los sistemas de neurotransmisión y potencia las alteraciones psicopatológicas como tristeza, irritabilidad u obsesividad. A medida que avanza la AN se produce una progresiva pérdida de masa ósea, y suele haber osteopenia en los pacientes de más de un año de evolución. Con frecuencia se presenta comorbilidad con trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo. También son frecuentes ciertos trastornos de personalidad, sobre todo de evitación y obsesivo compulsivo.

La evolución a medio y largo plazo de la AN en adolescentes es mejor que en adultos. En adolescentes españoles, evaluados 8 años después de ser tratados, se ha observado un 67% de recuperaciones totales y un 35% parciales, manteniendo criterios diagnóstico de AN el 8%, con un 2% de mortalidad (Plà y Toro 1995). La prevalencia de AN en población femenina adolescente española se sitúa alrededor del 0,3% (Pérez-Gaspar et al. 2000) La prevalencia en varones es mucho menor: el trastorno se diagnostica en 1 varón por cada 9 o 10 mujeres.

Bulimia nerviosa

La ingesta excesiva de comida, los atracones, va acompañada de conductas compensadoras para no ganar peso.

También hay sentimientos de culpa y autodesprecio.

La ingestión de cantidades excesivas de comida, denominadas atracón, sin desear hacerlo y con sensación de pérdida de control, es la característica principal de la BN. Los atracones van acompañados de conductas compensadoras para no ganar peso, por lo general vómitos provocados. Los ayunos y restricciones alimentarias fuera del momento del atracón también son frecuentes. En otros casos los pacientes consumen laxantes y diuréticos, o practican ejercicio físico excesivo. Los atracones generan siempre sentimientos de culpa y de autodesprecio.

En la mayoría de casos a partir de realizar regímenes alimentarios hipocalóricos se produce la aparición de episodios bulímicos. En algunos casos, previamente a la BN se había desarrollado una AN que, una vez recuperado el peso, evolucionó hacia bulimia. A veces los atracones se inician coincidiendo con estados de ánimo negativos y/o situaciones de estrés. La preocupación intensa por la apariencia física y por el peso también se da en la bulimia. La exageración del volumen de su cuerpo y la distorsión de la imagen corporal es semejante a la que se presenta en la AN. Los trastornos depresivos y de ansiedad son muy frecuentes en pacientes con BN. La asociación con trastorno límite de personalidad empeora el curso de la BN y hace más difícil la respuesta al tratamiento. La impulsividad bastante generalizada suele ser la norma. Las conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos, etc.) dan lugar a pérdidas de líquidos que a veces acaba en alcalosis metabólica. Alrededor de la mitad de los pacientes presentan desequilibrios electrolíticos. Los vómitos repetidos durante largo tiempo dan lugar a erosiones del esmalte dental, ulceraciones de la mucosa oral y esofagitis. Los vómitos persistentes dan lugar a hipertrofia de las parótidas.

La afectación de la bulimia nerviosa en adolescentes femeninas es del 0,8% y en varones del 0,3%

En población femenina adolescente y juvenil se hallan prevalencias de BN situadas alrededor del 0,8% (Pérez-Gaspar et al. 2000). En varones, alrededor del 0,3%. No hay estudios de evolución de pacientes bulímicos cuyo trastorno se iniciara en la adolescencia. En evaluaciones de seguimientos realizadas unos 11 años después del diagnóstico de BN se ha observado que un 11% cumplían criterios diagnósticos de BN, un 0,6% de AN y un 18,5% de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Alrededor del 70% estaban en remisión total o parcial (Keel et al. 1999).

Trastornos de la conducta alimentaria no especificado

En líneas generales cabe describir los TCANE como un conjunto de TCA que semejándose a AN o BN no cumplen todos los criterios exigidos para su diagnóstico regular. El más difundido y aceptado es el trastorno por atracones, que presenta las mismas características que un trastorno bulímico pero con ausencia de conductas compensadoras. Los TCANE son los más frecuentes en la clínica y en la población general. Tienen una prevalencia aproximada de 3,1% en adolescentes españolas (Pérez-Gaspar et al. 2000). En varones se sitúa sobre 0,6%.

4.3. Diagnóstico

Anorexia nerviosa

La malnutrición asociada a la anorexia nerviosa condiciona una buena parte de las alteraciones psicológicas; alteraciones del humor, irritabilidad y labilidad emocional.

El diagnóstico de la AN es básicamente clínico mediante una exploración psicopatológica y física completa. Una vez está el cuadro clínico establecido el paciente presenta una disminución de peso hasta un nivel muy por debajo de lo que le correspondería por edad y talla, sin una patología orgánica que lo justifique. Esta disminución de peso se debe a una restricción voluntaria de la ingesta de alimento que puede acompañarse de ejercicio excesivo y/o conductas purgativas como vómito o uso de laxantes o diuréticos. Para conseguir la disminución de la in-

gesta de alimento suelen utilizar excusas, tirar comida, esconderla, manipular lo que tienen en el plato, mentir a la familia e incluso enfrentamiento directo negándose a comer. El incremento de actividad puede afectar a todas las áreas con ejercicio excesivo (tanto incrementar las horas de gimnasio como ejercicio a solas en su habitación), cambio de hábitos (subir escaleras y no subir en ascensor, caminar hasta el colegio y no coger el autobús...) o dormir menos.

En general suele haber una disconformidad previa con el tamaño o la forma corporal y un miedo al incremento de peso. En mujeres postpuberales, hay amenorrea sin otra causa que la justifique que la disminución de peso y la alteración hormonal. Todo ello se acompaña, como se ha comentado anteriormente, de alteraciones del humor, incremento de la obsesividad y del perfeccionismo, irritabilidad y labilidad emocional, disminución del interés social y sexual. Estas alteraciones psicológicas se consideran en gran parte originadas por la malnutrición (Toro y Castro 2000). Se instaura por lo general una elevada conflictividad familiar tanto por el estado emocional del paciente como por la presión de su entorno para que coma. Hay una alta coincidencia entre los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) y la CIE 10 (World Health Organization 1992). En la Tabla 1 se resumen y comparan tales criterios.

Tabla 4. Criterios DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de anorexia nerviosa

DSM-IV

- A. Negativa a mantener el peso por encima del valor mínimo normal (p. ej., pérdida que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable)**
- B. Miedo intenso a ganar peso aun teniendo un peso inferior al normal**
- C. Alteración de la percepción del cuerpo o la silueta, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el peso bajo**
- D. En mujeres pospuberales, amenorrea (3 ciclos consecutivos)**
Tipos: Restrictivo: durante el episodio, el paciente no incurre en atracones o purgas
Compulsivo/purgativo: durante el episodio el paciente incurre regularmente en atracones o purgas

CIE-10

- A. Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5)**
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos "que engordan"**
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un umbral de peso corporal**
- D. Trastorno endocrino generalizado que se manifiesta en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia**
- E. No cumple los criterios D y E de bulimia nerviosa**

No existe un criterio diagnóstico que se cumpla en todos los casos. Tanto la amenorrea como la alteración de la imagen corporal y el miedo a la recuperación no aparecen en ciertos casos.

Actualmente existe controversia respecto a cuáles de estos criterios son imprescindibles para el diagnóstico de AN y deberían por tanto incluirse en futuras clasificaciones diagnósticas. El criterio de amenorrea no es útil ni en pacientes prepúberes ni en pacientes de sexo masculino, además de haber variabilidad individual en el peso mínimo en el que la menstruación se mantiene. La alteración de la imagen corporal y el miedo a la recuperación de peso no parecen estar presente en la totalidad de los casos y por lo tanto para muchos expertos no debería ser tampoco un criterio obligatorio para el diagnóstico.

Por otro lado, en numerosas ocasiones, sobre todo en las formas incipientes o de gravedad moderada, es difícil establecer el diagnóstico siguiendo los criterios mencionados debido a diversas razones: el paciente suele ocultar lo que le ocurre o incluso negar el deseo de adelgazar, suele ser un adolescente con un buen cumplimiento en el resto de aspectos de su vida como el escolar, puede presentar síntomas depresivos que inducen a pensar en un trastorno depresivo propiamente dicho. En las niñas en edad prepubeal el diagnóstico puede ser aún más difícil al no contar con el síntoma guía de la amenorrea y que la pérdida de peso puede no ser muy elevada y solo manifestarse por una interrupción del desarrollo pondoestatural y puberal.

Para un adecuado diagnóstico del estado del paciente es necesario realizar una completa exploración psicológica y biológica. Además de la exploración psicopatológica, es aconsejable administrar escalas de evaluación de alteraciones psicológicas de la conducta alimentaria con cuestionarios como el EAT (Eating Attitudes Test); EDI (Eating Disorders Inventory), de la autoimagen corporal con escalas como el BSQ (Body Shape Questionnaire) o técnicas de exploración de la percepción de imagen corporal. Aunque se han mencionado algunos instrumentos, existen otros muchos para evaluar la conducta alimentaria y la autoimagen. También se debe explorar la presencia de sintomatología depresiva, obsesiva y ansiosa.

La exploración biológica es imprescindible para tomar las medidas urgentes en caso de ser necesarias (Pomeroy y Mitchell 2002). Esta exploración debe incluir necesariamente: peso y altura para cálculo del índice de masa corporal, frecuencia cardíaca y presión arterial, electrocardiograma y analítica general (sodio, potasio, glucosa, creatinina, urea, bilirrubina, GOT, GPT, hemograma completo). Si es posible, es aconsejable tener una exploración biológica más completa con: proteínas totales, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, albúmina, amilasa, calcio, CK, hierro, fosfatasas alcalinas, gamma-GT, LDH, lipasa, magnesio, fósforo; pruebas de coagulación, VSG, perfil nutricional y determinaciones hormonales. La densitometría ósea de columna y cadera está indicada si existe amenorrea de más de seis meses de evolución en pacientes de sexo femenino con amenorrea secundaria o si el trastorno tiene una duración de más de un año (Castro et al. 2000).

Bulimia nerviosa

El diagnóstico de la bulimia nerviosa es básicamente clínico, aunque es necesario un análisis completo del estado biológico y psicológico.

También el diagnóstico de la BN es básicamente clínico. Como se ha descrito anteriormente, la BN tiene como síntoma principal la presencia de atracones de comida que se acompañan de conductas purgativas o de restricción alimentaria para controlar el incremento de peso que se produciría con los atracones. En general el paciente con BN presenta peso normal o sobrepeso. Las conductas purgativas pueden ser el vómito autoinducido, la toma de laxantes o diuréticos. Tanto los atracones como las conductas purgativas se suelen ocultar y pueden pasar años hasta que se hace una consulta o un diagnóstico. Puede existir además labilidad emocional, sintomatología depresiva, baja autoestima, irritabilidad, conflictos familiares, impulsividad con cambios de relaciones sociales y afectivas frecuentes y consumo de tóxicos. Con frecuencia presentan además trastornos depresivos, de ansiedad y trastornos de personalidad.

Los pacientes con bulimia pueden presentar un peso normal o un ligero sobrepeso.

Para el correcto diagnóstico del estado del paciente es imprescindible realizar un completo análisis del estado biológico y psicológico para decidir qué recurso es el más aconsejable. Se debe realizar un electrocardiograma (urgente si la frecuencia de las conductas purgativas es elevada). También es necesaria una analítica completa que incluya además determinaciones de sodio y potasio (que serán urgentes si la frecuencia de conductas purgativas es elevada. Si hay amenorrea o alteraciones menstruales se deberán realizar además determinaciones hormonales. Es aconsejable realizar exploraciones psicológicas y de alteraciones de la conducta alimentaria mediante instrumentos como el EAT y el EDI ya mencionados para la AN y otros más específicos de conducta bulímica como el BULIT (Bulimia Test). Los cuestionarios y técnicas de evaluación de la imagen corporal serán los mismos que en el caso de la anorexia. También está indicado evaluar mediante cuestionarios la sintomatología depresiva, ansiosa y obsesiva.

Los criterios diagnósticos de la BN en las clasificaciones internacionales aparecen en la Tabla 5, sin que existan diferencias importantes entre el DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) y la CIE 10 (World Health Organization 1992).

Tabla 5. Criterios DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de bulimia

DSM-IV

A. Atracones recurrentes caracterizados por:

1. Ingestión en poco tiempo de más cantidad de alimento que la ingerida por la mayoría en circunstancias similares

2. Sensación de pérdida de control sobre tal ingestión

B. Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, para no ganar peso: vómitos, laxantes, enemas, ayunos, ejercicio físico excesivo

C. Atracones y compensaciones tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces por semana durante 3 meses

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta

E. La alteración no aparece exclusivamente en el curso de una anorexia nerviosa

Tipos

Purgativo: durante el episodio incurre regularmente en vómitos, laxantes, diuréticos o enemas

No purgativo: durante el episodio incurre en ayunos o ejercicio excesivo, pero no en vómitos, laxantes, diuréticos o enemas

CIE-10

A. Episodios frecuentes de hiperfagia, consumiendo grandes cantidades de alimento en corto tiempo

B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer

C. Intentos de contrarrestar la repercusión sobre el peso mediante uno o más de estos síntomas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayunos, fármacos anorexígenos o diuréticos

D. Al menos 2 veces a la semana durante 3 meses

E. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (pudiendo conducir a un déficit de peso)

Trastornos del comportamiento alimentario no especificados

El diagnóstico es de nuevo básicamente clínico. Los TCANE, también denominados atípicos o parciales, son trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos pero no cumplen todos los requisitos diagnós-

Se llama trastorno por atracones, cuando un paciente presenta atracones sin conducta compensatoria.

ticos de AN o BN (por ej. la menstruación es regular o aunque hay pérdida de peso significativa el paciente aún tiene un peso dentro de la normalidad o la frecuencia de atracones y/o conductas compensatorias es más baja). La clínica de estos trastornos puede variar ya que algunos son muy similares a la AN y otros a la BN. El DSM-IV ha definido además provisionalmente el trastorno por atracones cuando un paciente presenta atracones pero no realiza conductas compensatorias como en el caso de la BN.

4.4. Tratamiento

Anorexia nerviosa

En el tratamiento de la anorexia nerviosa se deben tener en cuenta tanto los factores biológicos como los psicológicos.

El tratamiento de la AN debe considerar los diferentes componentes biológicos y psicológicos que son relevantes tanto en el origen como en el mantenimiento de este trastorno (American Psychiatric Association 2000). Los aspectos más importantes a tratar dependerán del momento en que nos encontremos y serán diferentes si se considera a corto, medio o largo plazo. Los objetivos a corto plazo serán principalmente corregir las alteraciones biológicas que ponen en riesgo la vida del paciente, incrementar el peso y mejorar la nutrición, normalizar la ingesta de comida e interrumpir conductas purgativas. Aunque también se debe iniciar el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas y el abordaje psicológico, es difícil que el paciente colabore adecuadamente y presente una gran mejoría en estos aspectos sin la recuperación de la nutrición. En esta primera etapa cuando el peso está aún bajo, no se debería por lo general indicar un tratamiento farmacológico de tipo antidepresivo ya que los síntomas afectivos, ansiosos u obsesivos que pueden ser los propios de la malnutrición, y en gran parte mejorarán con la recuperación de peso.

La recuperación del peso suele conllevar una mejora de los síntomas afectivos, ansiosos y obsesivos.

Para poder realizar adecuadamente este tratamiento, es conveniente contar con diferentes dispositivos asistenciales como son la consulta ambulatoria, el Hospital de Día y la Hospitalización completa. Durante el tratamiento se puede necesitar uno u otro recurso según el estado clínico y la colaboración del paciente.

Tras la primera exploración, en algunos casos puede ser necesario tomar medidas de control y tratamiento médico urgente antes de plantearse ningún abordaje psicológico. En la Tabla 6 se enumeran las alteraciones que obligan a realizar un control médico urgente.

Tabla 6. Criterios de atención médica urgente en la anorexia nerviosa

- . **Pérdida de peso superior al 50 % en los últimos meses**
- . **Alteraciones de la conciencia**
- . **Convulsiones, deshidratación**
- . **Alteraciones hepáticas o renales**
- . **Pancreatitis**
- . **Alteraciones del ionograma**
- . **Arritmia cardíaca grave**
- . **Frecuencia cardíaca <40 lat./min**
- . **Otras alteraciones del ECG**
- . **Síncopes**
- . **Hematemesis intensa**
- . **Dilatación gástrica aguda**

Si el paciente no presenta criterios de atención médica urgente, se inicia el tratamiento propiamente del trastorno alimentario que puede requerir hospitalización en función de los criterios enumerados en la Tabla 7. Este ingreso puede realizarse con Hospitalización completa o en Hospital de Día según la gravedad de los síntomas.

Tabla 7. Criterios de ingreso hospitalario en la anorexia nerviosa

Iniciar el tratamiento en consultas externas es lo deseado, ya que irrumpe menos el ritmo escolar y la integración social.

El ingreso hospitalario se debe realizar, entre otras causas, cuando hay riesgo biológico y cuando no se consigue mejoría suficiente en el peso y en la conducta en el tratamiento ambulatorio.

- . **Estado biológico que implique riesgo de complicaciones previsiblemente graves (nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos; IMC < 14; frecuencia cardíaca <45 lat./min; potasio < 4,5; hematemesis, rectorragias)**
- . **Síntomas depresivos importantes con riesgo de suicidio**
- . **Conductas autolesivas importantes**
- . **Presencia de otra psicopatología que dificulte el tratamiento**
- . **El paciente se niega a seguir las normas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de la actividad física, alimentación indicada**
- . **Comportamiento problemático en casa y/o conflictos familiares imposibles de controlar ambulatoriamente**
- . **El peso no sigue el ritmo pautado en el programa de recuperación de peso**

Siempre que sea posible se iniciará el tratamiento en consultas externas ya que la mejoría que se consiga es más real y además se irrumpe menos el ritmo escolar y la integración social del adolescente. Sin embargo, si el paciente presenta en cualquier momento del tratamiento alguno de los criterios mencionados en la Tabla 4 se realizará ingreso hospitalario. Al inicio del ingreso se debe indicar la toma de constantes cada 8 horas para pasar tras los primeros días a cada 12

horas. Además, se debe realizar monitorización cardíaca nocturna si la frecuencia cardíaca es menor de 45 pulsaciones por minuto. El peso, la ingesta de comida, la ingesta hídrica y las conductas purgativas se han de controlar estrechamente. Las conductas anómalas en relación con la forma de comer también deben ser controladas y corregidas durante la ingesta.

A medio plazo, los objetivos del tratamiento ya se centran plenamente en los aspectos psicológicos (autoimagen, autoestima, habilidades sociales, cogniciones anormales respecto a la alimentación y a la imagen corporal, problemas en las relaciones familiares, características de personalidad, etc.), que pueden haber colaborado en el inicio y en el mantenimiento del trastorno. Además se debe continuar o iniciar el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas, así como mantener el incremento de peso y la mejoría de la conducta alimentaria. Si se consigue una adecuada mejoría psicológica se puede pasar a los objetivos a largo plazo que serán la consolidación y mantenimiento de la mejoría lograda tanto biológica como psicológica, ayudar al paciente a realizar una evolución normal en las etapas de la adolescencia, teniendo en cuenta su integración social. Progresivamente se debe conseguir que el paciente asuma la responsabilidad de su salud que implica también tener un peso y nutrición correctos con una alimentación adecuada. Si no se consigue que el paciente llegue a este punto de comprender que lo ha de hacer por sí mismo, es decir sin un control estricto de su entorno, el trastorno no estará en vías de recuperación completa. El seguimiento debe ser largo (por lo menos un año después de lograr la recuperación, pero en muchos casos hasta tres o cuatro años) para asegurar que la mejoría obtenida se mantiene y se consolida.

Hay que intentar conseguir que el paciente asuma la responsabilidad de su salud. Esto implica la ingesta de una alimentación adecuada.

Para el tratamiento en cualquiera de los recursos mencionados es necesario tener implementado un programa conductual de recuperación de peso. Este programa es importante en la primera etapa del tratamiento y está dirigido a conseguir que el paciente realice una ingesta de comida adecuada para que su peso vaya aumentando progresivamente. El peso no debe estancarse durante un tiempo largo dado que pueden empeorar las consecuencias biológicas, la malnutrición impide la mejoría psicológica y se facilita la cronificación. La terapia cognitivo-conductual va a ser prioritaria una vez ya se ha logrado la primera mejoría biológica, y está dirigida a corregir los pensamientos y actitudes disfuncionales relacionados con la anorexia, con la alimentación, con la autoimagen corporal y con la autoestima en general. Con ella se mejoran también las estrategias de afrontamiento ante situaciones sociales, de estrés o conflicto ya sea social, escolar o familiar. Siempre que sea posible, la terapia cognitiva debe realizarse de forma individual y en grupo. Otro tipo de abordaje psicológico puede ser la psicoterapia interpersonal o la motivacional. El abordaje familiar resulta imprescindible en adolescentes dado que para la familia es difícil comprender el trastorno y con frecuencia está desbordada por el problema. Los padres deben recibir consejo sobre cómo actuar respecto al trastorno y además se han de abordar otros conflictos familiares que ya pudieran existir previos al trastorno. Siempre que sea posible este consejo se realizará tanto individualmente como en grupo dado que ambos pueden ser complementarios y el grupo suele ayudar a la familia a sentirse apoyada y

comprendida, así como a entender mejor las diferentes etapas del trastorno. Los padres además pueden presentar ellos mismos psicopatología y entonces deben ser remitidos para tratamiento.

El tratamiento farmacológico no ha resultado especialmente eficaz en la AN. Sin embargo sí que son necesarios en aquellos pacientes en que tras la primera recuperación nutricional presenten además de la anorexia un trastorno depresivo u obsesivo. En estos casos el tratamiento farmacológico deberá ser el habitual en este tipo de trastornos. En los últimos años también han aparecido algunos estudios que señalan que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Mayer y Walsh, 1998) pueden ser eficaces una vez recuperado parcialmente el peso para evitar recaídas, dado que mejorarían la sintomatología obsesiva respecto a la alimentación y el peso, el perfeccionismo o la irritabilidad que todavía pueden persistir. En situación de peso muy bajo no es aconsejable realizar tratamiento farmacológico. Cuando el IMC ya está normalizado el tratamiento farmacológico con ISRS puede estar indicado si la sintomatología obsesiva, el perfeccionismo, la irritabilidad o la sintomatología depresiva son acusados aunque no se cumplan los criterios diagnósticos de otro trastorno. El tratamiento con antipsicóticos puede estar indicado en algunos casos y hay descripciones de casos clínicos y algunos estudios controlados que parecen avalar su utilidad aunque sea de forma parcial. En conjunto, el tratamiento farmacológico no va a ser el fundamental en la AN sino que el abordaje debe ser multimodal incluyendo todos los componentes comentados anteriormente. Sin embargo, en algunos pacientes los fármacos sí que pueden ayudar a mejorar algunos síntomas.

Uno de los criterios imprescindibles para proceder al alta del tratamiento es el mantener el peso estable durante un año.

Al final de programa de tratamiento, el mantenimiento del peso y el seguimiento a largo plazo serán fundamentales para consolidar la mejoría, y para ayudar al paciente a superar las diferentes etapas de la adolescencia y conseguir su plena integración social. En pacientes en edad prepuberal, el seguimiento será especialmente largo ya que el peso y la talla van cambiando y el paciente debe ir asumiendo dichos cambios. Previamente a poder dar de alta al paciente, se debe conseguir que éste mantenga el peso y la mejoría global alcanzada sin requerir el control externo de la familia o de su psiquiatra o psicólogo. Se ha de lograr la responsabilización del paciente respecto a su salud y a su alimentación. Los criterios imprescindibles para proceder al alta del programa de tratamiento, son el mantenimiento del peso estable durante un año, la normalización de la menstruación y además, que no existan alteraciones psicopatológicas alimentarias o asociadas que precisen tratamiento.

Bulimia nerviosa

También en el tratamiento de la BN los aspectos biológicos y psicológicos serán importantes. Como en el caso de la AN los tres dispositivos asistenciales reflejados en la figura 1 pueden ser necesarios. Una vez realizada la exploración física y analítica, en caso de que el paciente presente alguno de los criterios que se enumeran en la Tabla 5 se debe proceder a control y tratamiento médico urgente para corregir las alteraciones que representen un riesgo inmediato para el paciente como las alteraciones hidroelectrolíticas.

Tabla 5. Criterios de atención médica urgente en la bulimia nerviosa

- . **Deshidratación**
- . **Disminución de potasio o de sodio**
- . **Alteraciones hepáticas o renales graves**
- . **Pancreatitis**
- . **Trastornos de la conducción cardíaca u otras alteraciones del ECG**
- . **Frecuencia cardíaca < 40 lat./min**
- . **Alteraciones de la conciencia y/o convulsiones**
- . **Hematemesis**
- . **Dilatación gástrica aguda**

Una vez descartados los criterios de atención médica urgente se analizará si es preciso el ingreso en régimen de Hospitalización completa o se puede realizar tratamiento en Hospital de Día. Todos los pacientes que no cumplan criterios de ingreso hospitalario que se enumeran en la tabla 8 y que vivan a una distancia que permita acudir a hospital de forma habitual es aconsejable que realicen tratamiento en régimen de Hospital de Día

Tabla 8. Criterios de ingreso hospitalario en la bulimia nerviosa

- . **Alteraciones electrolíticas**
- . **Alteraciones en el ECG**
- . **Hematemesis reciente**
- . **Ideación autolítica grave**
- . **Presencia de trastornos psicopatológicos graves**
- . **Desorganización conductual grave**
- . **Autolesiones importantes**

El ingreso en régimen de Hospitalización completa será por lo general más corto que el de la AN ya que el paciente no tiene que recuperar peso y es principalmente para cortar una situación de descontrol con el objetivo principal de tratar las alteraciones biológicas y lograr la estabilización de la sintomatología alimentaria y de las conductas compensadoras inadecuadas. Si existieran alteraciones psicopatológicas especialmente graves, el ingreso puede ser más largo. Posteriormente, el tratamiento debe continuar en régimen de Hospital de Día siempre que sea posible dado que requiere que el paciente viva a una distancia razonable del hospital. Solo en casos en que el paciente viva lejos del hospital se planteará el tratamiento en régimen únicamente ambulatorio tras la hospitalización. El tratamiento en régimen de Hospital de Día debe incluir un programa de actividades terapéuticas como grupos educativos, programa de actividad física, grupo de imagen corporal, de autoestima y de habilidades sociales. Los objetivos serán normalizar las conductas alimentarias en el Hospital de Día, suprimir las conductas purgativas, disminuir las alteraciones de la imagen corporal, mejorar

las conductas alimentarias en casa, establecer hábitos de ejercicio físico saludables, mejorar la autoestima y la adaptación general.

El tratamiento cognitivo-conductual es imprescindible en todos los casos de bulimia nerviosa.

La terapia cognitivo-conductual es imprescindible en todos los casos de BN, tanto si es en Hospital de Día o en tratamiento ambulatorio, dado que ha demostrado su eficacia en la disminución de atracones y vómitos a corto plazo como en el seguimiento a un año. Siempre que sea posible se realizará de forma individual y/o de grupo dado que ambos abordajes son complementarios. La terapia consiste en autoregistro de ingesta, atracones y conductas purgativas y de los pensamientos y sentimientos que acompañan estas conductas, pautas de conducta alimentaria, pautas de control de los atracones, reestructuración cognitiva de las convicciones erróneas que colaboran en el mantenimiento del trastorno con identificación y modificación de los pensamientos y creencias irracionales que presentan los pacientes con BN, además de explicación de aspectos psicoeducativos respecto a la enfermedad y a sus consecuencias. Otros abordaje psicoterapéuticos como la terapia interpersonal o la motivacional también pueden ser eficaces. Existen formas alternativas de tratamiento que también pueden hacerse en Hospital de Día como pueden ser el descondicionamiento o exposición a señales que se asocian al atracón (Martínez-Mallén et al. 2007). Este abordaje consiste en la exposición, con un terapeuta presente, al tipo y a la cantidad de comida con que el paciente suele efectuar el atracón hasta que el nivel de ansiedad que produce la presencia de comida disminuya. Se deben realizar varias sesiones a la semana y mantener durante varias semanas hasta que la ansiedad ante estas señales y el impulso de realizar el atracón disminuyan. Se trata de un tratamiento que requiere tiempo y esfuerzo por parte del paciente por lo que únicamente estará indicado en pacientes con una elevada motivación para conseguir mejorar el trastorno.

El tratamiento farmacológico está indicado en la mayoría de pacientes graves y conseguirá reducir el número de atracones.

El tratamiento farmacológico consigue reducir el número de atracones y ha demostrado su eficacia frente al placebo en numerosos estudios. Está indicado en la mayoría de pacientes que cumplan criterios de BN, especialmente si es grave. El tratamiento de primera elección será un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (Mayer y Walsh 1998) manteniendo el tratamiento al menos durante seis meses tras la mejoría de los atracones. Aunque la disminución de atracones es significativamente superior al placebo, el promedio en los diferentes estudios se situaría alrededor del 50% y un número elevado de pacientes no llegan a estar completamente asintomáticos con el tratamiento farmacológico, por lo que siempre debe asociarse la terapia cognitivo-conductual. Además algunos estudios han demostrado que la asociación de ambos tratamientos es más eficaz. Otro tratamiento farmacológico que se ha utilizado en la bulimia nerviosa es el topiramato (Nickel et al. 2005). Este fármaco es un anticonvulsivante que reduce el apetito y ayuda reducir el peso, también disminuyen los atracones y las conductas purgativas.

Una vez finalizado el tratamiento es necesario un seguimiento prolongado para evitar recaídas.

Una vez finalizado el programa de tratamiento en Hospital de Día o si no es posible realizar éste dado que el paciente vive muy lejos del hospital, es necesario también en la bulimia un seguimiento prolongado para la prevención de recaídas. Para el alta del trastorno es imprescin-

dible que el paciente no haya presentado atracones ni conductas compensadoras durante un año y que no estén presentes alteraciones psicopatológicas alimentarias o asociadas que precisen tratamiento.

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

El programa terapéutico de los trastornos de conducta alimentaria no especificados requiere una personalización del mismo y un seguimiento a larga plazo para evitar recaídas.

Según las características predominantes del TCANE, su programa terapéutico exige adaptaciones individuales del propio de una AN o de una BN, por lo que la mayoría de aspectos comentados en el tratamiento de estos trastornos será igualmente aplicable a los TCANE. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un TCANE puede ser de similar gravedad a una AN o una BN. Suelen requerir un tratamiento igualmente intensivo y prolongado en el tiempo y puede ser necesario también combinar el ingreso hospitalario, el Hospital de Día y el seguimiento ambulatorio para un adecuado control.

4.5. Conclusiones

- Podemos considerar los trastornos de conducta alimentaria, anorexia y bulimia nerviosas, como los extremos de un mismo problema; hay importantes irregularidades de la ingesta de alimentos sin una causa orgánica que lo justifique.
- Las causas de los problemas de conducta alimentaria son multifactoriales; interviene el componente biológico y también las influencias socio-culturales.
- En la gran mayoría de los casos existe una distorsión de la imagen corporal y, en concreto, de algunas partes del cuerpo.
- Hay una alteración de la autoestima.
- Suelen darse unas características propias de la personalidad; como la impulsividad en la bulimia nerviosa o la obsesión, el perfeccionismo y la rigidez en la anorexia nerviosa.
- El diagnóstico de estos trastornos es básicamente clínico. Por lo tanto, siempre es necesaria una exploración tanto física como psicológica.
- En el tratamiento de los trastornos alimentarios se deben considerar siempre los componentes biológicos y psicológicos.
- El abordaje familiar es imprescindible en el tratamiento de estos pacientes. Uno de los objetivos del tratamiento es que el paciente asuma la responsabilidad de su salud. Esto implica tener un peso y una nutrición adecuados.
- Estos pacientes requieren seguimientos prolongados después de la recuperación para evitar recaídas.

4.6. Bibliografía

- American Psychiatric Association, 1994. Diagnostic criteria from DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders (Revision). American Journal of Psychiatry, 2000, Supl. 157, 1.
- Castro, J., Lázaro, L., Pons, F., Halperin, I. y Toro, J. Predictors of bone mineral density reduction in adolescents with anorexia nervosa. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000, 89:1365-1370.
- Culbert, K.M., Breedlove, S.M., Buró, S.A. y Klump, K.L. Prenatal hormona exposure and risk for eating disorders. Archives of General Psychiatry, 2008, 65:329-336.
- Favaro, A., Tenconi, E. y Santonastaso, P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 2006, 63:82-88.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Millar, K.B., Davis, T.L. y Crow, S.J. Long-term outcome of bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 1999, 56:63-69.
- Martínez-Mallen, E., Castro-Fornieles, J., Lázaro, L., Moreno, E., Morer, A., Font, E., Julián, J., Vila, M. y Toro, J. Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 2007, 40:596-601.
- Mayer, L.E. y Walsh, B.T. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders. Journal of Clinical Psychiatry, 1998. 59:28-34.
- Mizes, J.S. y Sloan, D.M. An empirical analysis of eating disorder not otherwise specified: preliminary support for a distinct subgroup. International Journal of Eating Disorders, 1998, 23:233-242.
- Nickel, C., Tritt, K., Muehlbacher, M., Pedrosa Gil, F., Mitterlehner, F.O., Kaplan, P., Laman, C., Leiberich, P.K., Krawczyk, J., Dettler, C., Rother, W.K., Loew, T.H. y Níkel, M.K. Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. International Journal of Eating Disorders, 2005,38:295-300.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F. y Cervera, S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Medicina Clinica, 2000, 114:481-486.
- Pla, C. y Toro, J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample : an 8-year longitudinal study. Acta Psychiatrica Scandinava 1999; 100:441-446.
- Pomeroy, C. y Mitchell, J.E. 2002. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Fairburn CG, Brownell KD, (eds) Eating disorders and obesity, 2ª de. Nueva York: Guilford.
- Ramacciotti, C.E., Dell'Osso, L., Paoli, R.A., Ciapparelli, A., Coli, E., Kaplan, A.S. et al. Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. International Journal of Eating Disorders, 2002, 32:206-212.

Ribasés, M., Gratacós, M., Fernández-Aranda, F., Bellodi, L., Boni, C., Anderluh, M. et al. Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six european populations. *Human Molecular Genetics*, 2004, 13:1205-1212.

Russell, G.F.M. The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. *Journal of Pediatric Research*, 1985, 19:101-109.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:393-401.

Toro, J. y Castro, J. 2000. Consecuencias psicopatológicas de la desnutrición. En A. Miján (ed) *Nutrición clínica: bases y fundamentos*. Barcelona: Doyma.

World Health Organization, 1992. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Ginebra: WHO.

5. Trastorno Negativista Desafiante

Dr. César Soutullo Esperón, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra.

Dra. Ana Figueroa Quintana, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Nuestra Sra. del Perpetuo Socorro, Las Palmas de Gran Canaria.

Dra. Azucena Díez Suárez, Departamento de Psiquiatría, Hospital Virgen del Camino, Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea, Pamplona, Navarra.

Dra. Inés García Martín, Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Clínica Universidad de Navarra.

5.1. Introducción y definición

La educación de los hijos es una tarea compleja, que combina la transmisión de valores familiares y sociales con la imposición de límites. A nadie le gusta que le limiten, pero forma parte de la realidad y los niños han de aprender a tolerar la frustración que supone no hacer en todo momento lo que desean. Para los padres la tarea no es fácil porque la persistencia de los niños en obtener lo que quieren pone a prueba su paciencia.

Es habitual que hacia los dos años los niños refuercen su identidad mediante conductas de oposición, que progresivamente van cediendo. No obstante, algunos niños cuestionan continuamente las normas, desobedecen, llevan la contraria y desafían a padres y profesores. Suelen ser niños intolerantes con los demás, a quienes culpan de sus fracasos. Esta actitud y forma de comportarse provoca malestar en el niño y en los que le rodean, por ello a menudo se muestran enfadados consigo mismos y con los demás. Es importante que los padres se informen acerca del comportamiento de su hijo en la escuela. A menudo padres y profesores se sienten desbordados frente a las continuas provocaciones y necesitan ser orientados para evitar que los problemas vayan en aumento y afecten también al rendimiento escolar. Cuando esta forma de comportarse es frecuente y persiste durante un período de más de seis meses, puede haberse instaurado el Trastorno Negativista Desafiante.

Los profesionales de los equipos de Salud mental son los especialistas que diagnostican y tratan este trastorno. El tratamiento incluye siempre a la familia porque la colaboración y la confianza de los padres en encontrar solución a los problemas existentes, es imprescindible. Los profesionales enseñan a los padres cómo detectar y valorar conductas adecuadas de su hijo, cómo actuar frente a las conductas negativas y también cuándo es posible la negociación y cuándo no. El entrenamiento en habilidades sociales, eficacia comunicativa, control de la ira y técnicas de resolución de conflictos se aplica en función de las necesidades de cada familia. El objetivo del tratamiento es sustituir los patrones de comportamiento inadecuados por formas de relación gratificantes para todos. Los cambios no se producen con la rapidez que todos desearían porque las

actitudes y hábitos de relación que han de cambiar, suelen estar muy fijados. En algunas ocasiones es necesario que el niño tome algún medicamento para mejorar otros síntomas, como la inatención, hiperactividad, depresión, impulsividad.

En el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el niño se comporta de forma obstinada, negativista y provocativa durante al menos seis meses de una forma continuada, lo que lo diferencia de los "problemas normales" de la adolescencia.

El Trastorno negativista desafiante (TND) es una forma moderadamente grave de problema del comportamiento que ocurre en la infancia y adolescencia temprana. En éste trastorno el niño o adolescente es muy beligerante, discute mucho las órdenes que se le dan, es desafiante y con frecuencia hace lo contrario de lo que se le manda, pero sin producirse violaciones serias de los derechos de otros ni de las normas sociales. El niño se comporta de forma obstinada, negativista y provocativa, intentando buscar puntos de fricción con los padres, provocando y discutiendo sus normas e intentando incumplirlas. Este comportamiento dura al menos 6 meses de forma continuada, lo que lo diferencia de los "problemas normales" de la adolescencia, que pueden durar unas semanas y luego mejorar, para volver a empeorar según el ambiente. Con frecuencia este comportamiento negativista se mantiene aunque sea en su propio perjuicio, y supone enfados explosivos, riñas frecuentes con adultos, desafío de las reglas, molestar a los demás intencionalmente, culpar a los demás de sus errores, estar muy sensible a los comentarios de otros, y ser muy resentido y vengativo, presentando estos comportamientos varias veces a la semana o con regularidad, sin ser un problema esporádico.

5.2. Características Clínicas

Trastorno negativista / opositor desafiante (TND)

Los niños con TND se presentan como "groseros", poco colaboradores que se resisten a la autoridad. Suelen comenzar en casa, generalizando este comportamiento posteriormente en otros ambientes.

Sin embargo se distingue de un Trastorno de Conducta (TC) porque el niño con TND no llega a realizar violaciones serias de los derechos de otras personas ni de las normas sociales.

El trastorno negativista desafiante (TND) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Es un tipo de trastorno del comportamiento de gravedad moderada. Con frecuencia su inicio es insidioso al inicio de la edad escolar. En la mayoría de los casos el TND ya está presente a los 8 años. Se caracteriza por discutir las órdenes de los adultos (niño "obstinado", desobediente), mantener una actitud desafiante y provocativa ante la autoridad (retador fundamentalmente ante padres y profesores, en los que intenta buscar desacuerdos), y una actitud retadora y negativista (decir que no a todo lo que se le dice o se le indica), presentar enfados explosivos con amenazas de agresividad, culpar a los demás de sus propios errores (no acepta su responsabilidad), molestar adrede (y deliberadamente), ser vengativo o rencoroso, y estar siempre enfadado o resentido (fácilmente irritables por personas que les llaman la atención). Con frecuencia el niño con TND mantiene este comportamiento negativista y hostil aunque vaya en perjuicio suyo, prefiere salir perdiendo a ceder. Por lo general se presentan como niños "groseros", poco colaboradores, que se resisten a la autoridad, lo que frecuentemente produce enfrentamientos. Suelen comenzar en casa, generalizándose posteriormente a otros ambientes.

En ocasiones se asocia a síntomas más característicos de Trastorno de conducta (TC) como agresividad o mentiras. Sin embargo, se distingue de un TC porque el niño con TND no llega a realizar violaciones serias de los derechos de otras personas ni de las normas sociales (no hay robo, ataque, intimidación, crueldad o destrucción). Para el diagnóstico de TND el comportamiento descrito anteriormente debe ocurrir:

1. varias veces a la semana (de manera regular),
2. durante al menos 6 meses (mantenido, no esporádico), y
3. ser tan clínicamente significativo que provoquen una alteración (impacto negativo) en al menos uno de los tres dominios del funcionamiento: social (familia, amigos), académico (fracaso o abandono escolar, relación disfuncional con profesores) u ocupacional.
4. El diagnóstico de TND también requiere que estos comportamientos no ocurran sólo en el contexto de un trastorno psicótico o del humor.

El diagnóstico de TND apareció por primera vez en el DSM-III (1980), y desde entonces sus criterios diagnósticos se han ido especificando y restringiendo hasta la actual clasificación diagnóstica DSM-IV-TR (2000).

Tabla 9: Criterios diagnósticos DSM-IV-TR de Trastorno Negativista /

Criterio A
<p>Patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante, que dura al menos 6 meses, periodo durante el cual al menos cuatro de los siguientes están presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia pierde los estribos. 2. Con frecuencia discute con adultos. 3. Con frecuencia desafía activamente o se niega a cumplir las reglas o instrucciones de adultos. 4. Con frecuencia molesta adrede. 5. Con frecuencia culpa a los demás de sus errores. 6. Con frecuencia otros le enfadan fácilmente. 7. Con frecuencia está enfadado o resentido. 8. Con frecuencia es rencoroso o vengativo.
Criterio B
<p>La alteración en el comportamiento causa un impacto clínicamente significativo en su funcionamiento social, académico u ocupacional.</p>
Criterio C
<p>Criterio C: Los comportamientos no ocurren exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico o depresivo.</p>

Hasta el 40% de los niños con Trastorno Negativista Desafiante evolucionan hacia la forma más grave de comportamiento disruptivo, el Trastorno de Conducta.

El diagnóstico de TND es estable durante la edad escolar. Sin embargo, hasta el 70% dejan de cumplir criterios diagnósticos durante el seguimiento. La mayoría de los pacientes tienen buen pronóstico, sobre todo si tienen una edad de inicio más tardía, un diagnóstico y tratamiento precoz, y ausencia de comorbilidad con abuso de sustancias. Sin embargo, hasta el 40% de los niños con TND evolucionan hacia la forma

más grave de comportamiento disruptivo, el Trastorno de conducta (TC), sobre todo los que presentan un TND de inicio precoz.

5.3. Prevalencia del TND

Entre un 3 y un 8% de los niños tienen TND, siendo entre 2 y 3 veces más frecuente en niños que en niñas.

La prevalencia del TC se sitúa en torno al 2% en adolescentes, siendo entre 3 y 5 veces más frecuente en chicos que en chicas.

Aproximadamente entre un 3 a un 8% de los niños tienen TND, siendo entre 2 y 3 veces más frecuentes en niños que en niñas. El TND sucede con más frecuencia en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), pero debe diferenciarse del TDAH (donde el niño no obedece porque no recuerda las órdenes recibidas, se despista, o está demasiado hiperactivo para escuchar o terminar ninguna tarea). Un porcentaje alto (hasta el 40%) de los niños con TND desarrollan la forma más grave llamada trastorno de la conducta, especialmente aquellos con nivel intelectual inferior, historia de muchas peleas, y gran resistencia a la disciplina paterna, pero la mayoría de los niños con TND no desarrollan trastorno de la conducta.

El TC tiene una prevalencia en torno al 2% en adolescentes (menos prevalente que el TND), siendo entre 3 a 5 veces más frecuente en chicos que en chicas. El 90% de los niños con TC tienen el antecedente de TND en la infancia (40% de los niños con TND, sobre todo de inicio precoz, evolucionan hacia un TC).

5.4. Etiología de los trastornos

La aparición del TND y del TC se relaciona con factores de riesgo de tipo genético, individual, social, familiar y biológico.

La etiología del TND es generalmente multifactorial. La probabilidad de aparición de un trastorno del comportamiento aumenta en presencia de varios factores de riesgo, que interactúan de manera sinérgica.

Los factores de riesgo asociados a los trastornos del comportamiento son: genéticos (heredabilidad entorno al 50%, patrón multigénico, importancia de la interacción gen-ambiente), individuales (sexo masculino, cociente intelectual bajo, historia de abuso, historia de dificultad en el aprendizaje), complicaciones perinatales (madre con hábito tabáquico durante el embarazo, bajo peso al nacimiento, complicaciones médicas), temperamentales (antecedente de ser un bebé inconsolable, temperamento difícil o agresivo, tendencia a reacciones emocionales desproporcionadas), biológicas (bradicardia basal, disminución del cortisol y aumento de la testosterona en sangre), sociales (pobreza, falta de estructura, comunidad violenta, amigos o hermanos con síntomas disruptivos), familiares (conflicto conyugal grave, violencia doméstica, divorcio, estresante familiar grave, enfermedad mental en alguno de los padres (depresión, abuso de sustancias), ausencia o excesiva supervisión parental, interacción padre-hijo negativa o ausente, disciplina inconsistente o autoritaria, abuso del hijo), síntomas actuales (dificultad atencional, hiperactividad, impulsividad) y deficiente nutrición.

Estos factores causan alteraciones cerebrales, fundamentalmente en la corteza prefrontal y corteza órbito-frontal, y en el funcionamiento de

determinados neurotransmisores cerebrales como la serotonina (fundamentalmente), la noradrenalina y la dopamina.

5.5. Diagnóstico diferencial del TND

El diagnóstico diferencial del TND debe realizarse con:

Negativismo evolutivo o normal para la edad del desarrollo

Es normal presentar comportamientos disruptivos, sobre todo en edad preescolar e inicio de la adolescencia. En este caso los comportamientos son esporádicos (no mantenidos) y contexto-dependientes (fundamentalmente en casa, alrededor de personas que conocen bien).

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH es frecuentemente comórbido con el TND. Sin embargo, un niño con TDAH sin TND puede no cumplir las órdenes por no entenderlas, por no acordarse, o por evitar el esfuerzo mental, pero no tiene esa característica de oposicionismo presente en el TND. Los niños con TDAH sin TND frecuentemente no obedecen en temas de contenido académico, pero sí lo hacen en otras situaciones.

Trastorno adaptativo

Un factor estresante (por ejemplo, un conflicto con compañeros o excesiva exigencia familiar) puede provocar la aparición brusca de síntomas disruptivos, de manera aislada. En estos casos hay un funcionamiento premórbido bueno, y apenas existe disfunción en el momento del diagnóstico.

Abuso sexual, físico o psicológico

En este caso los síntomas disruptivos son reactivos y contexto-dependientes.

5.6. Tratamiento

Principios generales sobre el tratamiento

El tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante y del Trastorno de Conducta requiere un entrenamiento de los padres en técnicas de modificación del comportamiento.

El tratamiento del trastorno negativista desafiante y el trastorno de la conducta requiere un entrenamiento de los padres en técnicas de modificación del comportamiento, intentando fomentar los comportamientos positivos e ignorar cuando se pueda algunos comportamientos negativos. También se deben dar órdenes más eficaces y utilizar castigos y estímulos para modificar la oposicionalidad o negativismo. Se deben establecer unos pocos límites claros que no deben negociarse, y otras normas menos importantes sobre las que sí cabe una negociación. Es importante también conocer las situaciones de riesgo que pueden desencadenar explosiones desproporcionadas de agresividad en el adolescente, y tratar de evitarlas en lo posible. Es especialmente impor-

Es importante conocer y evitar las situaciones que pueden desencadenar explosiones violentas en el adolescente.

tante priorizar nuestras exigencias a los adolescentes. Es decir, hay situaciones no importantes ni peligrosas (ordenar el cuarto, terminarse la cena) que generan muchísima explosividad si se intenta imponer nuestro criterio. En estos casos de temas "menores" es mejor dejar que el adolescente se "salga con la suya". Otras situaciones son peligrosas e importantes, por ejemplo cruzar la calle sin mirar, meter los dedos en un enchufe, etc..., y en estos casos se debe imponer el criterio de los padres a pesar de que el chico tenga una explosión. Finalmente están las situaciones que no son ni importantes y peligrosas pero tampoco son menores, sobre las que se puede negociar soluciones mutuamente satisfactorias. Este tipo de entrenamiento con los padres suele ser eficaz porque reduce mucho la explosividad y las situaciones de violencia, ya que los padres no tienen que controlar todo, sino solo una parte de los comportamientos.

Si hay manifestaciones de depresión, deberá tratarse con la medicación adecuada. Esto mejorará los síntomas de oposicionalidad.

A veces se usan tratamientos farmacológicos para controlar la violencia en los niños con trastorno de la conducta, como los antipsicóticos de nueva generación y eutimizantes.

En niños con TDAH y TND se deben utilizar medicación como el metilfenidato para mejorar tanto los síntomas de inatención e hiperactividad como la oposicionalidad. Si hay manifestaciones de depresión debe tratarse apropiadamente con medicación porque eso mejorará los síntomas de oposicionalidad. A veces también se usan otros tratamientos farmacológicos para controlar la violencia en los niños con trastorno de la conducta, como los antipsicóticos de nueva generación (principalmente olanzapina, quetiapina y risperidona) y eutimizantes (como litio o los antiepilépticos valproato y oxcarbacepina).

Se pueden establecer unos principios generales sobre el tratamiento:

Es imprescindible identificar y tratar correctamente la comorbilidad psiquiátrica.

1. Los trastornos del comportamiento disruptivo tienden a la cronicidad.
2. Los tratamientos breves no funcionan, y no existen "soluciones fáciles y rápidas". La mayoría de las veces presenta múltiples áreas de su funcionamiento alteradas y comorbilidad psiquiátrica, por lo que requiere un tratamiento multidisciplinar, de al menos varios meses de duración.
3. La intervención precoz aumenta la probabilidad de éxito y evita la aparición de comorbilidad. El tratamiento será inefectivo si las consecuencias negativas ya están arraigadas en todos los ámbitos de la vida del niño.
4. El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente y cada familia.
5. Al elaborar el plan terapéutico, se debe partir desde los "puntos fuertes" del niño y de su familia.
6. La intervención psicosocial estructurada es el tratamiento de primera elección, y debe continuarse a pesar de iniciar tratamiento farmacológico.
7. Es imprescindible identificar y tratar la comorbilidad psiquiátrica.
8. El tratamiento debe siempre incluir a los padres. Uno de los objetivos más importantes del tratamiento es mejorar el estilo parental y la interacción padre-hijo. Si los padres presentan una enfermedad mental (trastorno depresivo, abuso de sustancias, trastorno de personalidad antisocial) es necesario que reciban tratamiento.

9. Comenzar con objetivos realistas y a corto plazo, para ir avanzando progresivamente. Por ejemplo, un primer objetivo en un adolescente con TC puede ser abandonar el consumo de tóxicos o las actividades delictivas, que es más realista que pedirle que cambie de amigos, que empiece a ir a clase diariamente y que obedezca a sus padres.
10. Fomentar la socialización con compañeros que no manifiesten este tipo de comportamientos.
11. Favorecer la adherencia terapéutica.
12. Tener en cuenta los factores culturales, que invariablemente incluyen el nivel de obediencia y disciplina en la casa, y en la comunidad.

Primer paso en el tratamiento

La primera vez que el niño acude a la consulta es porque le obligan sus padres tras años de comportamientos problemáticos.

El primer paso del tratamiento consiste en aliarse con los padres y con el niño empatizando con la situación de cada uno.

El primer paso es establecer una alianza terapéutica con el niño. La mayoría de las veces un niño con TND acude a la consulta porque le obligan sus padres y es reticente a revelar información sobre los comportamientos disruptivos. El niño, por lo general, no está contento con su comportamiento (sabe que está mal), pero delante del médico y de sus padres tiende a justificarlo por las circunstancias que le rodean y no lo clasifica como "un problema". La manera de aliarse con el niño es empatizar con su ira y su frustración. También hay que establecer una alianza terapéutica con los padres. Con frecuencia los padres solicitan la primera consulta a raíz de que surjan problemas disciplinarios o legales, después de varios años de comportamientos disruptivos. En ese momento la mayoría de los padres están cansados, desesperanzados y estresados con el comportamiento del niño. La manera de aliarse con los padres es empatizar con su frustración y sufrimiento, sin que se sientan acusados o juzgados.

Intervención psicosocial

La intervención psicosocial tiene tres objetivos:

1. **Intervención en los padres y en la familia** (dirigida a las dificultades en casa). Psicoeducación y entrenamiento de padres (manejo de contingencias).
2. **Intervención en el niño** (más útil en adolescentes). Entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de resolución de conflictos, comunicación asertiva, manejo de la ira y técnicas de estudio.
3. **Intervención en los profesores** (dirigida a las dificultades en el colegio). Psicoeducación y entrenamiento de profesores (manejo de contingencias), e intervención educativa (apoyo académico en las asignaturas en las que presenta mayor dificultad).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico nunca debe ser la única modalidad de tratamiento en los trastornos de comportamiento disruptivo, pero con frecuencia es un tratamiento coadyuvante necesario, cuando la intervención psicosocial no resulta efectiva, o solo alcanza una remisión parcial de los síntomas. Los fármacos que han probado ser efecti-

La medicación es un coadyuvante necesario en el tratamiento de estos trastornos aunque su efectividad y posibles efectos adversos deberán evaluarse regularmente.

Es importante seleccionar unos síntomas diana concretos sobre los que actuar.

vos son: los antipsicóticos atípicos o de segunda generación (risperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina), los eutimizantes (valproato, carbamazepina, litio), y la clonidina. Si el niño presenta trastornos comórbidos se deben tratar también. La mayoría de las guías clínicas recomiendan como fármaco de primera elección un antipsicótico atípico. Si tiene escasa efectividad, se puede intentar otro antipsicótico o un estabilizador del humor.

El tratamiento farmacológico se rige por tres principios generales:

1. Deben seleccionarse inicialmente unos síntomas diana concretos, sobre los que actuar.
2. Debe evaluarse regularmente efectividad, tolerancia, adherencia y posibles interacciones con otros fármacos. Debemos evaluar el riesgo / beneficio en todo momento, es decir, si los efectos secundarios que estamos produciendo son razonables o tolerables, o compensan para el nivel de control de los síntomas diana.
3. La polifarmacia no es recomendable (aunque en muchos casos es inevitable).

El entrenamiento de los padres y el tratamiento farmacológico son las modalidades de tratamiento mejor estudiadas (mediante estudios controlados) y con los mejores resultados.

El entrenamiento de los padres y el tratamiento farmacológico son las modalidades de tratamiento mejor estudiadas (mediante estudios controlados) y con los mejores resultados. El tratamiento debe realizarse en el entorno menos restrictivo que asegure la seguridad del niño y de su entorno, y permita que reciba un tratamiento de manera regular (ambiente familiar estable y organizado). En algunos casos es necesario un ingreso en una Unidad de Hospitalización u Hospital de Día. Por ejemplo si el niño presenta ideación suicida o ideas de hetero-agresividad, o refiere graves conflictos familiares. También existen programas de asistencia en domicilio para familias de alto riesgo.

5.7. Prevención

La incidencia de trastornos del comportamiento se puede reducir, por lo que las medidas de prevención resultan clave. Ya existen varios programas dirigidos a padres, profesores o niños con este objetivo. Por ejemplo el programa para padres "The incredible years" o "Head Start". Además la mayoría de tratamientos se pueden adaptar para que cumplan el propósito de prevención. La forma más efectiva de prevención es abordando los factores de riesgo.

Factores de riesgo del uso de alcohol y otras drogas

Es importante prevenir o retrasar al máximo el uso de alcohol y drogas en niños y adolescentes, ya que se trata de uno de los riesgos más importantes.

Uno de los riesgos más importantes del TND es el abuso de alcohol y otras drogas. Por ello es fundamental prevenir y en su caso retrasar lo máximo posible el uso de alcohol y drogas en niños y adolescentes. Según datos del 2004, la edad media del inicio del consumo de tabaco en España es de 13,1 años, de alcohol 13,7 años, de cannabis 14,8 años, de tranquilizantes 14,9 años, de alucinógenos 15,7 años, y de cocaína 15,8 años. Una vez que ha empezado la espiral de uso de drogas es mucho más difícil pararla, especialmente en niños con síntomas de TND. Por ello, los expertos recomiendan poner todo el énfasis en

evitar el inicio del consumo de tabaco y de alcohol. Es muy raro que un niño que no fume tabaco empiece a fumar cannabis, y es muy raro que un niño que no use alcohol empiece a usar otras drogas. La edad de inicio para empezar a prevenir el uso de tabaco es tan temprana como los 3 o 4 años. Los padres deben aprovechar todas las oportunidades, con frases como "que asco de humo, que bien que tú no vas a fumar" o "mira ese señor, que dientes más sucios tiene por fumar". En los niños y adolescentes no tiene mucho efecto el hablar de los riesgos de muerte o de cáncer de pulmón, sino aspectos negativos más inmediatos como el mal aliento, la suciedad de los dientes, el estropearse la ropa, el oler mal, el parecer ridículo con un cigarro, etc.

Factores de Riesgo de abuso de sustancias en la familia

1. Ambientes familiares caóticos o con abuso de alcohol o drogas en los padres, o padres con un trastorno psiquiátrico
2. Problemas serios en la educación de los hijos por los padres en niños con temperamentos difíciles o problemas de conducta
3. Dificultad en el de vínculo afectivo entre hijos y padres, y falta de cariño

Factores de riesgo en el colegio

1. Comportamiento excesivamente tímido o agresivo del niño en clase
2. Fracaso escolar
3. Incapacidad para manejar situaciones adversas (no saber decir no)
4. Amistades con otros chicos con problemas de conducta o problemas legales
5. Consentimiento implícito o tolerancia al uso de alcohol en el colegio, los amigos, o en el barrio o la comunidad. Términos como "drogas blandas", o "uso responsable de drogas" son perjudiciales pues minimizan el riesgo y la creencia de que el uso de alcohol o cannabis es inofensivo aumenta el número de jóvenes que empiezan a usarlo
6. El uso de tabaco o de alcohol aumenta el riesgo de usar marihuana 65 veces. El uso de marihuana aumenta 104 veces el riesgo de usar cocaína. Programas de retraso del inicio de la edad de fumar tabaco previenen el uso de drogas ilegales en adolescentes

En el entorno escolar existen factores de riesgo sobre los que es necesario incidir como son el comportamiento del niño, el fracaso escolar, sus amistades y el consumo de sustancias.

El uso de tabaco o de alcohol aumenta el riesgo de usar marihuana 65 veces.

El uso de marihuana aumenta 104 veces el riesgo de usar cocaína. Programas de retraso del inicio de la edad de fumar tabaco previenen el uso de drogas ilegales en adolescentes.

Factores protectores del uso de alcohol y otras drogas

1. Lazos fuertes con la familia
2. Los padres que están al tanto de las actividades, aficiones y amistades de sus hijos, y que forman parte de la vida de sus hijos previenen el uso de alcohol y drogas por sus hijos
3. Éxito académico en los adolescentes
4. Participación y lazos con instituciones sociales como las familias, el colegio, y organizaciones religiosas

5.8. Conclusiones

- El TND es la forma moderada, que comienza en edad preescolar, y se caracteriza por un comportamiento negativo, desobediente, hostil y retador, hacia figuras de autoridad. Su carácter mantenido en el tiempo (al menos durante 6 meses) es clave para diferenciar este trastorno de los problemas característicos de la adolescencia que pueden durar unas semanas y luego mejorar, para volver a empeorar según el ambiente.
- En algunos casos, el TND evoluciona a TC, la forma más grave, generalmente en la adolescencia, en la que existen violaciones serias de las normas sociales y de los derechos de otras personas. Todo ello da lugar a violencia, robos, engaños, etc. por lo cual estas personas se ven afectadas por una grave disfunción en sus relaciones sociales (con padres, profesores, amigos), en su rendimiento académico y en su funcionamiento ocupacional. Generalmente tienen problemas con la policía y el sistema legal.
- El TND afecta entre un 3 y un 8% de los niños, y el TC a un 2% de los adolescentes. Ambos trastornos son más habituales en niños que en niñas.
- Son múltiples y de distinta naturaleza los factores que se relacionan con la aparición de estos trastornos del comportamiento disruptivo. Algunos de ellos son factores genéticos mientras que otros dependen del ambiente que rodea al niño y las situaciones que vive.
- El tratamiento de estos trastornos es multidisciplinar; de modo que es necesaria por una parte una intervención psicosocial (a padres, profesores y paciente) y por otra una terapia farmacológica.
- Hay ciertos aspectos clave del tratamiento:
 - El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente y cada familia según sus puntos fuertes y sus necesidades.
 - La empatía hacia la situación de frustración vive el niño es fundamental para acceder a él del mismo modo que hay que comprender el cansancio y desesperación de los padres para establecer una alianza terapéutica con ellos.
 - Cuanto antes se inicie mejor será el pronóstico y más fácil será controlar la aparición de otros trastornos asociados.
 - Se trata de un tratamiento multidisciplinar de al menos varios meses de duración. No existen las soluciones "fáciles y rápidas".
 - Es importante comenzar con objetivos realistas y a corto plazo, para ir avanzando progresivamente. Por ejemplo, un primer objetivo en un adolescente con TC puede ser abandonar el consumo de tóxicos o las actividades delictivas.
- Por otro lado, es necesario resaltar que la incidencia de trastornos del comportamiento se puede reducir. Con este propósito, la mayoría de tratamientos se pueden adaptar y son eficaces en la prevención de estos trastornos abordando los factores de riesgo.
- El consumo de drogas en estos pacientes es una comorbilidad muy frecuente. De hecho, se trata de uno de los factores de riesgo con más gran impacto y sobre los cuales es posible intervenir.

5.9. Bibliografía

American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on ADHD. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with ADHD. *Pediatrics*. 2000; 105: 1158-70.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46(7): 896-921.

Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2ª ed. New York: The Guilford Press; 1998.

Barkley RA. Your defiant child. New York: The Guilford Press; 1998.

Biederman J, Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. *Biological Psychiatry* 1999; 46: 1234-42.

Biederman J, Spencer T. Non-stimulant treatments for ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 9: 51-9.

Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366: 237-48.

Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF. *Pediatric Psychopharmacology. Principles and Practice*. New York: Oxford University Press; 2003.

MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.

MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 1088-96.

Rey JM, Walter G & Soutullo C. Oppositional Defiant and Conduct Disorders. En: Lewis, Ed. *Child & Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, PA, U.S.A. 4th edition (2007).

Soutullo CA. *Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2004.

Soutullo CA, Díez Suárez A. *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Panamericana; 2007.

6. Trastorno de personalidad en la edad infanto-juvenil

Dr. Celso Arango; Dra. Margarita García-Amador. Servicio de psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

6.1. Introducción

La personalidad hace referencia a las características individuales del carácter y del temperamento que nos hace ser quienes somos. Sería la forma en la que uno piensa, siente, se comporta y se relaciona con otros.

El temperamento, sería el conjunto de "rasgos" que tienen un sustrato biológico siendo, por tanto, estables en el tiempo. Durante el desarrollo del individuo estos "rasgos" sufrirían ciertas modificaciones por el entorno y los factores socio-culturales.

Durante el desarrollo de la personalidad puede aparecer patología, si estas alteraciones perduran en el tiempo y provocan una alteración en las esferas psicológica, comportamental y de las capacidades interpersonales estaríamos hablando de un trastorno de personalidad.

A lo largo del presente artículo se abordará la situación actual del conocimiento de estos trastornos haciendo un especial hincapié en la continuidad de los trastornos de personalidad entre la infancia y al edad adulta y la utilidad de realizar un diagnóstico precoz del trastorno en la infancia o al adolescencia.

Estudios de temperamento y personalidad en el niño y su relación con el desarrollo de psicopatología:

Distintos estudios han intentado definir el temperamento y la personalidad en poblaciones infanto-juveniles. Estas descripciones utilizan un diseño longitudinal y se centran en el proceso del desarrollo y su posible relación con el desarrollo de psicopatología.

New York Longitudinal Study:

Thomas (Thomas, Chess et al. 1963) en los años 60 definió nueve tipos de rasgos tras observar y seguir longitudinalmente a 400 niños entre los 9 meses y los 2 años de edad. Los rasgos descritos fueron: nivel de actividad, regularidad en las funciones biológicas, capacidad de acercamiento o rechazo a nuevos estímulos, adaptabilidad a situaciones nuevas, el dintel de respuesta a estímulos, la intensidad de las reacciones en respuesta a estímulos, la calidad del afecto, la distractibilidad y la persistencia o capacidad de mantener la atención. Estos niños fueron seguidos prospectivamente a los 5 y los 8 años para la determinar la asociación de estos subtipos con la psicopatología.

Estos nueve rasgos se agrupan en tres categorías: el niño "fácil", el niño "difícil", el niño de "de animación lenta". El niño "fácil" (75% de la muestra) sería aquel niño que presentaría regularidad biológica, acerca-

miento a nuevos estímulos, rápida adaptabilidad a situaciones nuevas y afecto positivo. Este subtipo no se asoció a psicopatología. El niño "difícil" (10% de la muestra) mostraba exactamente el reverso de los rasgos del niño fácil. Así, estos niños presentarían irregularidad biológica, rechazo y alejamiento ante nuevos estímulos, difícil adaptabilidad a situaciones nuevas y afecto negativo con frecuentes e intensas explosiones emocionales. El seguimiento longitudinal reveló que el 50% de estos niños presentaban riesgo de desarrollar psicopatología. Finalmente, el 15% de la muestra reunía las características del niño "de animación lenta": Estos niños presentarían rechazo a estímulos nuevos, lenta adaptabilidad, afecto negativo con frecuentes explosiones emocionales de baja actividad. Este subtipo se asoció a psicopatología en un 30% de los casos.

EASI:

Buss y Plomin (Buss and Plomin 1975) definieron cuatro factores independientes del temperamento como el sistema EASI: Emoción (en referencia al estrés), Actividad (con dos subtipos: tempo y vigoroso), Sociabilidad e Impulsividad.

Estos autores sugieren que estos rasgos son intrínsecos al individuo, por lo que se podrían detectar en los primeros años de vida, se mantendrían estables durante toda la vida y constituirían el fundamento de la futura personalidad.

El niño inhibido:

Kagan definió el niño inhibido como aquél que presenta timidez en respuesta a situaciones poco habituales, parámetros biológicos alterados de forma basal (alta frecuencia cardíaca, elevado nivel de cortisol en saliva, pupilas dilatadas) y menor dintel de activación del estado de alerta ante cambios inesperados en el entorno (Kagan, Reznick et al. 1988; Kagan and Snidman 1991; Kagan 1994).

Sistemas basados en el Big Five:

El sistema Big Five fue definido por Costa en adultos (Costa and McCrae 1992). Este sistema define cinco características bipolares de la personalidad (desde límite bajo a límite alto). Dependiendo de las combinaciones de esos factores y su polaridad, se podría predecir la predisposición del adulto para el desarrollo de la posible psicopatología. Las cinco características son: la capacidad de estar abierto a nuevas experiencias, la conciencia del otro, la extroversión, la capacidad de filiación y la estabilidad emocional.

John añadió dos factores extras en el caso del niño: la irritabilidad y la actividad (John, Caspi et al. 1994). Este sistema se utilizó para definir tres tipos de personalidad (Van Lieshout and Haselager 1994; Caspi and Silva 1995): el tipo resiliente, el tipo supercontrolador y el tipo infracontrolador. Los niños con tipo resiliente funcionarían dentro de la normalidad en todas las dimensiones del Big Five, tendrían una alta capacidad para la adaptación psicológica, y, por tanto, bajo riesgo para el desarrollo de psicopatología. El tipo supercontrolador se define como alta filiación y conciencia pero baja extroversión. Finalmente, los infracontroladores presentarían baja filiación, baja conciencia así como baja

estabilidad emocional. El subtipo supercontrolador presentaría con mayor frecuencia patología internalizadora frente a los infracontroladores que presentarían problemas externalizadores.

Interacción genética y ambiente:

El 30-50% de la personalidad de una persona adulta es heredado de sus familiares. El resto depende del ambiente y de la interacción de los genes con éste.

Estudios en gemelos han mostrado un componente de heredabilidad de la extroversión en un 49% y del neuroticismo en un 40% (Loehlin 1992). Según diferentes estudios, el 30-50% de los rasgos de personalidad en adultos serían heredados; el resto dependería del entorno o de la interacción de los genes con el mismo (Moore and Farmer 2006).

Se han detectado algunas asociaciones entre rasgos de personalidad y genes específicos. En esta línea de investigación, se determinó una asociación del receptor D4 en el cromosoma 11 con la búsqueda de novedad. A mayor número de repeticiones en esta porción del cromosoma 11 se asociaría una mayor disfunción del receptor D4, lo que a su vez determinaría una disminución de la liberación de dopamina y un aumento de los comportamientos de búsqueda de novedad (Cloninger, Adolfsson et al. 1996). Este estudio no ha podido ser replicado por otros autores (Cichon, Nothen et al. 1996). Otros estudios han detectado una asociación entre rasgos neuróticos con el polimorfismo del gen promotor del transportador de serotonina ubicado en el cromosoma 17 (Heils, Teufel et al. 1996; Lesch, Bengel et al. 1996; Katsuragi, Kunugi et al. 1999).

Cambios y estabilidad de la personalidad a lo largo de la vida:

La evolución de la personalidad de un niño a lo largo de su vida podría estar sujeta a las experiencias que éste tendrá o, por el contrario, podría ser su personalidad la que le empujará a exponerse a ciertas situaciones.

Caspi realizó un estudio longitudinal que incluyó 1.000 niños con una evaluación a los 3 años y otra a los 18 años (Caspi and Roberts 1999). Este estudio detectó una continuidad de varios estilos temperamentales: Los niños con inquietud, impulsividad y comportamientos secundarios a labilidad emocional a los 3 años, mostraban altas puntuaciones en emociones negativas y dificultades en el autocontrol a los 18 años. Los niños más inhibidos a los 3 años tendían a presentar conductas menos arriesgadas y tendían a presentar menores puntuaciones en agresividad a los 18 años.

Otros autores cuestionan la estabilidad de la personalidad afirmando que los cambios vitales podrían modificar la personalidad de base (Stewart 1996). Estas modificaciones de la personalidad, a su vez, podrían tener un sustrato genético. Por ejemplo, ciertos factores de la personalidad predispondrían al individuo a exponerse a ciertas situaciones y a asumir determinados roles (Caspi and Moffitt 1991). Así, los individuos seleccionarían situaciones y compañeros a los que exponerse dependiendo de sus propias predisposiciones (Caspi and Herbener 1990).

6.2. Trastornos de la personalidad

En general, se reconoce que el diagnóstico de trastorno de personalidad (TP) conlleva las siguientes características (Hill 2006): 1) Estabilidad de conductas alteradas durante un periodo de tiempo extenso; 2)

Una alteración de la conducta se diagnostica como trastorno de personalidad siempre que se manifieste durante un periodo de tiempo extenso y que origine una disfunción psicológica y emocional en la persona.

Es probable que un niño que presente un trastorno de la personalidad, al cabo de unos años presente problemas a nivel educacional, ocupacional, social, de salud o sentimental.

A pesar de la utilidad de diagnosticar el trastorno de personalidad antes de los 18 años, al no incorporar el concepto de neurodesarrollo las categorías diagnósticas del adulto pueden suponer una limitación al aplicarlas en niños o adolescentes.

El adecuado desarrollo de capacidades sociales y de vinculación conlleva un exitoso desarrollo de las competencias en el individuo que por ende son necesarias para un adecuado neurodesarrollo del individuo

Disfunción que se extiende a distintas esferas psicológica, comportamental y capacidades interpersonales. Dada la gravedad, lo prolongado de las alteraciones y la extensión de la afectación en las distintas esferas del individuo, muchos autores entienden que estas alteraciones se presentarían ya antes de la edad adulta.

Es por tanto crucial considerar qué se sabe de los distintos trastornos de personalidad con especial referencia a dos cuestiones: La continuidad de los TP entre la infancia y la edad adulta y la utilidad de realizar un diagnóstico en la infancia o la adolescencia.

Continuidad de los TP entre la infancia y la edad adulta:

Muchos autores abogan por el continuum entre el diagnóstico de TP en la edad infanto-juvenil y este diagnóstico en la edad adulta. En efecto, uno de los factores definitorios de los trastornos del eje II es el prolongado curso de la enfermedad, lo que lleva a pensar que las alteraciones se presentarían ya en edades tempranas y conllevaría interferencias en la funcionalidad.

Este continuum queda todavía más claro en trastornos como el trastorno límite de la personalidad. En efecto, los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad en la edad adulta y en la edad infanto-juvenil, comparten un elevado número de familiares de primer grado afectos de trastorno límite de la personalidad, una elevada comorbilidad con trastornos episódicos (especialmente depresión) y los mismos factores de riesgo como son historia de abuso sexual, historia de negligencia grave en la infancia, abuso de tóxicos y altas tasas de criminalidad en los progenitores (Guzder, Paris et al. 1999).

A pesar de la necesidad evidente de la realización de estudios longitudinales en este tipo de trastorno, existen pocas evidencias en la literatura. Un estudio longitudinal comunitario realizado en Suiza en una muestra de 629 niños, el 9,2% cumplieron criterios de trastorno en el eje II y otro 9,1% fueron diagnosticados de trastornos en el eje I comórbido con un trastorno en el eje II. Una nueva evaluación 15 años más tarde (media de edad 33.2 años) reveló que aquellos pacientes que presentaron diagnóstico de TP en la adolescencia, no presentaron aumento de la frecuencia del diagnóstico de TP en la edad adulta. No obstante, a los 33 años estos pacientes presentaban peor funcionalidad global en distintas áreas (nivel educacional, estatus ocupacional, estado de salud, soporte social, y capacidad para el compromiso sentimental). Aquellos pacientes que presentaron comorbilidad con trastornos en eje I y II en la adolescencia, presentaron 2,9 veces mayor riesgo para presentar algún trastorno en el eje I y 2,5 veces mayor riesgo para presentar algún trastorno en el eje II (Crawford, Cohen et al. 2008).

Utilidad de los diagnósticos de TP en niños y adolescentes:

Utilizar los diagnósticos de TP en sujetos menores de 18 años ofrece la ventaja de categorizar diversos síntomas con una causa, pronóstico y respuesta al tratamiento en un síndrome común (Stattin and Magnusson 1996).

Sin embargo, importar las categorías diagnósticas de adultos a los niños podría conllevar importantes limitaciones dado que estas categorías no son suficientemente eficientes para incorporar el concepto del neurodesarrollo. Se establece un ciclo de interdependencia: El adecuado desarrollo de capacidades sociales y de vinculación conlleva un exitoso desarrollo de las competencias en el individuo que por ende son necesarias para un adecuado neurodesarrollo del individuo. La disfunción y desadaptación de los pacientes conlleva un déficit en los estímulos sociales y cognitivos. Una pobre valoración de esta dimensión conllevaría una valoración diagnóstica y un tratamiento deficientes.

6.3. Tipos de trastorno

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP):

Definición y clínica:

El TLP se caracteriza en el niño y el adolescente por una inestabilidad en la regulación del afecto y de la atención, además de una elevada impulsividad. Su vulnerabilidad extrema a estresores externos conlleva el desarrollo de síntomas psicóticos, conductas autolíticas y/o autolesivas y conductas explosivas cuando se exponen a situaciones estresantes. Estos síntomas pueden estabilizarse rápidamente con un cambio en el ambiente, especialmente cuando el paciente se siente más seguro y libre de estrés. Además, presentan una restricción generalizada del neurodesarrollo en el funcionamiento cognitivo. Las relaciones que establecen son marcadas por una gran ambivalencia, muy elevada dependencia, y baja empatía.

Se diferencia de otras patologías psiquiátricas en el adolescente por presentar historia de rechazo y negligencia maternos, relaciones familiares distorsionadas por alto contenido de irritabilidad (Ludolph, Westen et al. 1990) y abuso sexual (James, Berelowitz et al. 1996). Además presenta un componente genético ya que los pacientes TLP presentan un elevado número de familiares de primer grado afectados de la misma patología (Johnson, Cohen et al. 1999).

Comorbilidad:

Los síndromes más frecuentemente asociados al TLP son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad y la depresión mayor (Rose 2002).

Diagnósticos diferenciales:

Los diagnósticos diferenciales se deben plantear principalmente con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la depresión mayor, el trastorno de conducta, el trastorno por somatización, la esquizofrenia, el síndrome de estrés postraumático y las crisis epilépticas parciales complejas.

Trastorno antisocial:

Estudios paralelos en adultos y niños detectaron un subgrupo de niños que se caracterizaban por una importante dureza emocional e indiferen-

Los niños y adolescentes con un trastorno límite de la personalidad se ven afectados de forma extrema por las situaciones estresantes, pudiendo llegar a desarrollar síntomas psicóticos y conductas autolesivas y/o explosivas.

El trastorno antisocial se caracteriza por una importante dureza e indiferencia emocionales en las relaciones del adolescente con otros.

Los niños y adolescentes con este trastorno presentan menores niveles de ansiedad frente a estímulos estresantes que los demás.

Parece que existen componentes genéticos similares entre el trastorno oposicionista, el trastorno de conducta y el trastorno antisocial.

Podría ocurrir lo mismo entre el TDAH y el trastorno antisocial.

El trastorno esquizotípico podría estar relacionado con niños y adolescentes pasivos, que se involucran menos en las actividades y que se muestran más sensibles a las críticas.

cia emocionales en sus relaciones con pares (Frick, Lilienfeld et al. 1999). Estos niños presentaban de forma característica menores niveles de ansiedad así como respuestas psicofisiológicas reducidas ante estímulos estresantes (Blair 1999). La característica definitoria de este trastorno es el déficit de respuesta emocional. Parecería que existe una progresión psicopatológica en los pacientes que reciben el diagnóstico de trastorno antisocial.

En efecto, al igual que para la dependencia o abuso de sustancias primero tienen que existir un consumo ocasional, después un consumo regular y finalmente un consumo regular con deterioro a nivel físico y/o funcional, parece existir una transición entre aquellos niños que presentan comportamiento hiperquinético en la niñez temprana, trastorno oposicionista desafiante en la niñez media, trastorno de conducta en la niñez tardía o adolescencia y trastorno antisocial. Los sistemas tradicionales de clasificación diferencian estos diagnósticos como trastornos independientes, y en efectos muchos pacientes pueden presentar alguno de estos trastornos en algún momento de su vida y no presentar el resto en su evolución. Sin embargo, algunos pacientes sí siguen esta trayectoria. De hecho existe una carga genética compartida entre el trastorno oposicionista, el trastorno de conducta y el trastorno antisocial (Eaves, Rutter et al. 2000; Nadder, Rutter et al. 2002). Lo mismo sucede en cierta medida con el TDAH y el trastorno antisocial (Silberg, Meyer et al. 1996). No obstante, no todos los niños que presentan déficit de atención e hiperactividad presentan posteriormente un trastorno antisocial. Existen varias explicaciones a esta situación: o bien existe algún fenotipo del TDAH que predisponga al trastorno antisocial, o bien, la vulnerabilidad genética es sólo un factor que necesita interactuar con un ambiente adverso (Rutter 2006).

Otros:

Esquizotípico:

Pocos estudios han intentado aplicar este criterio diagnóstico en la infancia. Olin reunió cuestionarios prospectivos cumplimentados por profesores de adolescentes de 15 años que posteriormente desarrollarían un trastorno esquizotípico (Olin, Raine et al. 1997). Comparados con otros grupos de riesgo para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas, los pacientes que habían desarrollado trastorno esquizotípico eran más pasivos, se involucraban menos en las actividades y mostraban mayor hipersensibilidad a la crítica.

Otros autores refieren que el trastorno esquizotípico en la infancia tendría síntomas comunes con otros síndromes. Así, Nagy (Nagy and Szatmari 1986) detectaron déficits en la comunicación que se superponían con los trastornos del desarrollo (excluyendo el autismo). Caplan y Guthrie, sin embargo, refirieron estos déficits en la comunicación como cualitativamente parecidos a los observados en pacientes esquizofrénicos aunque de menor gravedad (Caplan and Guthrie 1992).

Trastorno esquizoide:

En 1970, Wolf aplicó la definición en un estudio introduciendo, no obstante, diferentes criterios que los que aparecen en el DSM-IV o la CIE-10: hipersensibilidad e ideas paranoides (que el DSM-IV o la CIE-10,

describen como criterio la falta de sensibilidad) y un estilo inusual de comunicación más propio del trastorno esquizotípico (Wolff and Chick 1980; Wolff 1991; Wolff 1991). Con estos criterios operativos, los autores llegaron a la conclusión de que el trastorno esquizoide de la personalidad estaba en continuidad con el diagnóstico de trastorno esquizotípico en la edad adulta (Wolff 1991) (Wolff 1995).

Trastorno anancástico-obsesivo de la personalidad:

Algunos estudios afirman que la frecuencia de este trastorno en niños y adolescentes ascendería a un 11% de la población (Swedo, Rapoport et al. 1989).

Algunos autores refieren que el trastorno obsesivo de la personalidad en el adolescente sería un cuadro residual de un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) desarrollado en la infancia. Así, en un estudio epidemiológico longitudinal del NIMH, se detectó que un número de adolescentes que en la infancia habían cumplido criterios para el TOC, ya no los cumplían más tarde pero sí presentaban rasgos de personalidad obsesiva como son la rigidez, una elevada atención a los detalles y un marcado aislamiento social (Berg, Rapoport et al. 1989).

El trastorno obsesivo de la personalidad podría ser la evolución en la adolescencia de un trastorno obsesivo-compulsivo desarrollado en la infancia.

Se caracteriza por la rigidez, una fijación por los detalles y un marcado aislamiento social.

6.4. Complicaciones

Uso de sustancias:

A pesar de que el uso-abuso de sustancias puede estar asociado a diversas formas de psicopatología, la comorbilidad más frecuente son las conductas antisociales. En efecto, la agresividad y el elevado estrés intrapsíquicos han sido descritos como los factores de riesgo príncipes para el uso-abuso de sustancias en estudios longitudinales (Brook, Whiteman et al. 1995), (Brook, Whiteman et al. 1995; Brook, Cohen et al. 1998). También, al igual que en la edad adulta, los adolescentes diagnosticados de TP pueden presentar elevada comorbilidad con el uso perjudicial de sustancias, con el objetivo de auto-tratar los síntomas. Así pueden utilizar sustancias ya sea con una intención euforizante para tratar la sintomatología depresiva comorbida (anfetaminas, cocaína, alcohol) o para calmarse o incluso llegar a la sedación (alcohol, cannabinoides, heroína).

A la hora de plantear el tratamiento es de especial relevancia estar alerta ante posible sintomatología afectiva, ya que el tratamiento adecuado de estos síntomas facilita en gran medida el manejo del uso inadecuado de sustancias (Moore and Farmer 2006).

Suicidio:

Una de las complicaciones más graves en cualquier paciente psiquiátrico es el suicidio. La predisposición a tener explosiones de agresión e ira y una alta impulsividad son factores de riesgo para el suicidio en poblaciones infanto-juveniles (Shaffer and Gutstein 2006). También, la agresividad y la ira se han descrito como factores de riesgo para la utilización de métodos de elevada letalidad y futuros intentos (Gisbert,

El uso y abuso de sustancias está asociado a distintas formas de psicopatología y, especialmente en conductas antisociales.

Los adolescentes con un TP pueden llegar a consumir sustancias de abuso con la finalidad de auto-tratar sus síntomas.

Existe una clara relación entre los trastornos de personalidad y los intentos de suicidio.

La agresividad, la ira y la impulsividad son factores que predisponen a los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos al intento de suicidio.

Wheeler et al. 1985; Stein, Apter et al. 1998; Hawton, Kingsbury et al. 1999). Finalmente, altos niveles de impulsividad se han descrito como factor característico tanto de primeros intentos como de intentos de suicidio repetidos (Stein, Apter et al. 1998; Kingsbury, Hawton et al. 1999).

Un estudio prospectivo (Reinherz, Tanner et al. 2006) en el que se incluyeron 346 adolescentes de la comunidad, concluyó que aquellos sujetos que presentaron ideación autolítica a los 15 años habían cometido 12 veces mayor número de intentos de suicidio a los 30 años que aquellos que no presentaron ideación autolítica durante la adolescencia. Aquellos que en la adolescencia habían presentado ideación autolítica presentaban con mayor frecuencia síntomas característicos del TP como son problemas de conducta, peor funcionamiento global, baja auto-estima, y baja capacidad para establecer relaciones interpersonales.

Estudios en unidades de hospitalización infanto-juveniles concluyeron que los pacientes que ingresaban por intentos de suicidio recibían el diagnóstico de TP con elevada frecuencia (Brent, Kolko et al. 1993) y que los pacientes diagnosticados de TP eran aquellos que habían cometido los intentos de suicidio de mayor gravedad médica (Friedman, Aronoff et al. 1983).

6.5. Tratamiento

Utilización de los distintos dispositivos:

Es recomendable atender al paciente en su propio entorno.

El contexto ideal para el tratamiento del paciente debe estar integrado en su entorno para hacerlo lo más accesible posible. El formato preferible es la atención ambulatoria donde el paciente realice un seguimiento con su médico de forma integrada en su comunidad (Rose 2002). En efecto es de vital importancia que el profesional permanezca accesible a otros dispositivos, especialmente el sistema de escolarización.

La hospitalización a tiempo parcial es un recurso importante para que el paciente pueda seguir un tratamiento y realizar actividades en un horario fijo a la vez que está en contacto cercano con el profesional sanitario.

La hospitalización está indicada especialmente para la intervención en crisis. Idealmente, ésta debe limitarse a pocos días con la indicación de prevenir o contener conductas destructivas y/o autolíticas. Las hospitalizaciones podrían estar también indicadas para completar el proceso diagnóstico y para movilizar los recursos disponibles para el paciente.

El internamiento en dispositivos residenciales está indicado en los siguientes casos: 1) pacientes que presenten una combinación de alteraciones neuropsiquiátricas e historia de trauma o situación de abuso actual, con intensa respuesta al estrés como son respuestas disociativas o conductas autodestructivas; 2) pacientes que presenten conductas adictivas o un trastorno de alimentación con riesgo vital; 3) pacientes con rasgos narcisistas importantes que presenten elevada impulsividad y conductas autodestructivas, especialmente cuando sus esfuerzos por controlar su entorno se ven intensamente frustrados.

Los dispositivos de hospitalización parcial es un recurso muy importante para pacientes con TP, especialmente aquellos diagnosticados de

TLP. En efecto este tipo de dispositivos permiten que los pacientes con una mala funcionalidad desarrollen su tratamiento y actividad con unos horarios fijos y unos límites muy determinados a la vez que gozan de un contacto y seguimiento muy cercano por el personal sanitario. En efecto, en este entorno, la exposición a los estresores es mayor que durante la hospitalización y la cercanía del terapeuta permite que el paciente vaya adquiriendo y aplicando lo aprendido en su terapia mientras se siente protegido.

Psicoterapia:

Es complicado realizar estudios de eficacia del tratamiento de los trastornos de personalidad debido a la dificultad de reclutar pacientes, al bajo cumplimiento al tratamiento y al alto número de abandonos.

Los estudios controlados para el tratamiento del TP en adultos son muy escasos e inexistentes en adolescentes. Existen diferentes problemas a considerar con respecto al diseño de estudios de eficacia del tratamiento en los TP. En primer lugar, la elevada comorbilidad con otros trastornos de personalidad o con trastornos del eje I dificulta el reclutamiento de los pacientes. Otros problemas se derivan de las características propias de los ensayos clínicos. En efecto, los pacientes con este tipo de patología suelen tener una baja adherencia al tratamiento dada la baja estabilidad en su vida, por lo que estudios longitudinales prolongados son difíciles de realizar. Además, los pacientes jóvenes con alta agresividad suelen presentar alta frecuencia de abandono (Smith, Koenigsberg et al. 1995; Bateman and Fonagy 2000). Las expectativas de los pacientes suelen ser altas lo que conlleva un importante conflicto con la necesidad de aleatorización, especialmente en estudios longitudinales cuando no se pueden considerar pacientes en lista de espera como grupo control.

Generalmente, las variables que se recogen son relativas a la sintomatología, el comportamiento, el ajuste social y el estado psiquiátrico. Sería necesario consensuar qué variables ofrecen una mayor interpretabilidad de cara al tratamiento (Bateman and Fonagy 2000).

Finalmente, la especificidad de las psicoterapias es limitada (Goldfried and Wolfe 1998): la excesiva variabilidad en los tratamientos y la importante superposición entre las terapias conlleva que los efectos diferenciales entre las distintas psicoterapias sean muy difíciles de dilucidar.

Diferentes autores están realizando esfuerzos para desarrollar terapias estructuradas y manualizadas en estudios de eficacia.

La terapia dialéctica conductual enfoca el trastorno de personalidad como una dificultad para regular las emociones.

Por otro lado, la terapia de mentalización lo enfoca como una desregulación de los estados mentales y su objetivo es identificar estos estados como propios o ajenos y, así, controlarlos.

Existen dos terapias que han demostrado importantes resultados para el TP en adultos y adolescentes. La terapia dialéctica conductual (TDC) desarrollada por Linehan (Linehan, Armstrong et al. 1991) y la terapia de mentalización (TM) desarrollada por Bateman y Fonagy (Bateman and Fonagy 1999). Ambas terapias están basadas en el marco del "aquí y ahora". Sin embargo, mientras la TDC conceptualiza el núcleo del TP como una desregulación de las emociones, la TM lo conceptualiza como una desregulación de los estados mentales, siendo la desregulación emocional un problema secundario a éste. En efecto, el objetivo de la TM sería la identificación de los estados mentales propios y ajenos, lo que permitiría controlarlos llegándose así a una auto-regulación apropiada del propio ser. Ambas terapias han demostrado a nivel ambula-

Las intervenciones con la familia están orientadas al desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, así como a la resolución en el momento de los conflictos que surgen entre los padres y el hijo.

El objetivo siempre es reforzar la alianza terapéutica, mejorar el cumplimiento del tratamiento y contener comportamientos destructivos o autolesivos.

El tratamiento con medicamentos está orientado tanto a los rasgos de vulnerabilidad como a los síntomas que aparecen durante las descompensaciones.

torio reducir las conductas parasuicidas y la necesidad de medicación, así como mejorar los índices de calidad de vida como una menor frecuentación de servicios de urgencias y de reingreso.

Las intervenciones familiares están orientadas hacia la cognición reforzando el desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación así como la resolución de problemas entre los padres y el hijo en el marco del aquí y ahora. Así, cuando los conflictos de relación son identificados, los padres pueden adquirir una nueva perspectiva de los problemas, pudiendo ser más empáticos y llegando así a reconstruir los vínculos con el adolescente (Diamond and Liddle 1999). Estas terapias tienen como objetivo reforzar la alianza terapéutica, mejorar la cumplimentación del tratamiento, reforzar la marcación de los límites y contener los comportamientos destructivos y autolesivos.

Las exigencias que debería cumplir un ensayo controlado terapéutico en este tipo de pacientes para que sea efectivo son: 1) estar bien estructurado; 2) tener un único y claro objetivo, ya sea conductual o de resolución de problemas afectivos; 3) tratamiento a largo plazo; 4) reforzar el vínculo del terapeuta con los padres; 5) reforzar el vínculo del terapeuta con los niños o adolescentes y su cumplimentación; 6) integrar el tratamiento con otros dispositivos y recursos accesibles para el paciente.

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes tiene como objetivos la desregulación del estado del afecto, del estado de hiperalerta, de los impulsos y la clínica comórbida del eje I. Así, se tratarían no sólo los síntomas que emergen durante las descompensaciones, sino también los rasgos de vulnerabilidad resultantes de la desregulación crónica. Si con el tratamiento se pueden controlar estos síntomas, los pacientes son capaces de involucrarse más en el proceso terapéutico y de integrar mejor los conocimientos y estrategias aprendidas durante la psicoterapia.

6.6. Conclusiones

- El trastorno de la personalidad es un síndrome poco estudiado en poblaciones infanto-juveniles que merece una atención especial no sólo por la distorsión en la funcionalidad que provoca en los pacientes y sus familias sino también en la interferencia que los síntomas causan en el neurodesarrollo del paciente.
- Es probable que un niño diagnosticado con un trastorno de la personalidad, al cabo de unos años presente problemas a nivel educacional, ocupacional, social se salud o sentimental.
- El diagnóstico precoz es útil. No obstante las categorías diagnósticas de los adultos, al no incorporar el concepto de neurodesarrollo, son limitadas si las aplicamos a los niños y a los adolescentes.
- Los adolescentes con un trastorno de la personalidad pueden llegar a consumir sustancias de abuso con la finalidad de auto-tratar sus síntomas. El uso y abuso de sustancias está asociado a distintas formas de psicopatología y, especialmente en conductas antisociales.
- Existe una clara relación entre los trastornos de personalidad y los intentos de suicidio. La agresividad, la ira y la impulsividad son factores que predisponen a estos pacientes.
- Es por ello que una atención especial se hace necesaria en esta patología, no sólo en el contexto de la investigación sino también en la clínica, por especialistas infanto-juveniles que además de una buena formación en psicopatología, sean capaces de considerar las dimensiones propias del desarrollo.
- Es recomendable atender al paciente en su propio entorno y reservar la hospitalización solamente para la intervención en crisis o para completar el proceso de diagnóstico y planificar la movilización de recursos.
- Las intervenciones con la familia están orientadas al desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, así como a la resolución en el momento de los conflictos que surgen entre los padres y el hijo. El objetivo siempre es reforzar la alianza terapéutica, mejorar el cumplimiento y contener comportamientos destructivos o autolesivos.
- El tratamiento farmacológico está orientado tanto a los rasgos de vulnerabilidad como a los síntomas que aparecen durante las descompensaciones.

6.7. Bibliografía

Bateman, A. and P. Fonagy (1999). "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial." *American Journal of Psychiatry* 156(10): 1563-9.

Bateman, A. W. and P. Fonagy (2000). "Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder." *British Journal of Psychiatry* 177: 138-43.

Berg, C. Z., J. L. Rapoport, et al. (1989). "Childhood obsessive compulsive disorder: a two-year prospective follow-up of a community sample." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28(4): 528-33.

Blair, J. R. (1999). "Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies." *Personality and individual differences* 27: 135-145.

Brent, D. A., D. J. Kolko, et al. (1993). "Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(1): 95-105.

Brook, J. S., P. Cohen, et al. (1998). "Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 322-320.

Brook, J. S., M. Whiteman, et al. (1995). "Aggression, intrapsychic distress, and drug use: antecedent and intervening processes." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 1584-1592.

Brook, J. S., M. Whiteman, et al. (1995). "Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: childhood and adolescent precursors." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 1230-1238.

Buss, A. H. and R. Plomin (1975). *A temperament theory of personality development*. York, NY, Wiley Interscience.

Caplan, R. and D. Guthrie (1992). "Communication deficits in childhood schizotypal personality disorder." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31(5): 961-7.

Caspi, A. and E. S. Herbener (1990). "Continuity and change: assortative marriage and the consistency of personality in adulthood." *Journal of Personality and Social Psychology* 58(2): 250-8.

Caspi, A. and T. E. Moffitt (1991). "Individual differences are accentuated during periods of social change: the sample case of girls at puberty." *Journal of Personality and Social Psychology* 61(1): 157-68.

Caspi, A. and B. W. Roberts (1999). *Personality continuity and change across the life course*. *Handbook of personality: Theory and research*. L. A. Pervin and O. P. John. New York, Guilford Press: 3-27.

Caspi, A. and P. A. Silva (1995). "Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: longitudinal evidence from a birth cohort." *Child Development* 66(2): 486-98.

- Cichon, S., M. M. Nothen, et al. (1996). "Lack of imprinting of the human dopamine D4 receptor (DRD4) gene." *American Journal of Medical Genetics* 67(2): 229-31.
- Cloninger, C. R., Adolfsson R, et al. (1996). "Mapping genes for human personality." *Nature Genetics* 12(1): 3-4.
- Costa, P. T. and R. R. McCrae (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa, Florida, Psychological Assessment Resources.
- Crawford, T. N., P. Cohen, et al. (2008). "Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later." *Archives of General Psychiatry* 65(6): 641-8.
- Diamond, G. S. and H. A. Liddle (1999). "Transforming negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue." *Family Process* 38(1): 5-26.
- Eaves, L. J., M. Rutter, et al. (2000). "Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins." *Behavior Genetics* 30.
- Frick, P. J., S. O. Lilienfeld, et al. (1999). "The association between anxiety and psychopathy dimensions in children." *Journal of Abnormal Child Psychology* 27(5): 383-92.
- Friedman, R. C., M. S. Aronoff, et al. (1983). "History of suicidal behavior in depressed borderline inpatients." *American Journal of Psychiatry* 140(8): 1023-6.
- Gispert, M., K. Wheeler, et al. (1985). "Suicidal adolescents: factors in evaluation." *Adolescence* 20(80): 753-62.
- Goldfried, M. R. and B. E. Wolfe (1998). "Toward a more clinically valid approach to therapy research". *Journal of consulting and clinical psychology* 66: 143-150.
- Guzder, J., J. Paris, et al. (1999). "Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(2): 206-12.
- Hawton, K., S. Kingsbury, et al. (1999). "Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors." *Journal of Adolescence* 22(3): 369-78.
- Heils, A., A. Teufel, et al. (1996). "Allelic variation of human serotonin transporter gene expression." *Journal of Neurochemistry* 66(6): 2621-4.
- Hill, J. (2006). *Disorders of personality Child and adolescent psychiatry*. M. Rutter and E. Taylor. Massachusetts, Blackwell edition: 723-736.
- James, A., M. Berelowitz, et al. (1996). "Borderline personality disorder: study in adolescence." *European Child & Adolescent Psychiatry* 5(1): 11-7.
- John, O. P., A. Caspi, et al. (1994). "The "little five": exploring the nomological network of the five-factor model of personality in adolescent boys." *Child Development* 65(1): 160-78.
- Johnson, J. G., P. Cohen, et al. (1999). "Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood." *Archives of General Psychiatry* 56(7): 600-6.
- Kagan, A. R. (1994). *Galen's Prophecy*. New York, Basic Books.
- Kagan, J., J. S. Reznick, et al. (1988). "Biological bases of childhood shyness." *Science* 240(4849): 167-71.

- Kagan, J. and N. Snidman (1991). "Temperamental factors in human development." *American Psychologist* 46(8): 856-62.
- Katsuragi, S., H. Kunugi, et al. (1999). "Association between serotonin transporter gene polymorphism and anxiety-related traits." *Biological Psychiatry* 45(3): 368-70.
- Kingsbury, S., K. Hawton, et al. (1999). "Do adolescents who take overdoses have specific psychological characteristics? A comparative study with psychiatric and community controls." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(9): 1125-31.
- Lesch, K. P., D. Bengel, et al. (1996). "Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region." *Science* 274(5292): 1527-31.
- Linehan, M. M., H. E. Armstrong, et al. (1991). "Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients." *Archives of General Psychiatry* 48(12): 1060-4.
- Loehlin, J. C. (1992). *Genes and environment in personality development*. Newbury Park.
- Ludolph, P. S., D. Westen, et al. (1990). "The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history." *American Journal of Psychiatry* 147(4): 470-6.
- Moore, J. and A. Farmer (2006). *Personality and illness. Child and adolescent psychiatry*. M. Rutter and E. Taylor. Massachusetts, Blackwell edition: 711-722.
- Nadder, T. S., M. Rutter, et al. (2002). "Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional-defiant disorder/conduct disorder (Odd/CD) symptomatologies across informant and occasion of measurement." *Psychological Medicine* 32(1): 39-53.
- Nagy, J. and P. Szatmari (1986). "A chart review of schizotypal personality disorders in children." *Journal of Autism Developmental Disorders* 16(3): 351-67.
- Olin, S. S., A. Raine, et al. (1997). "Childhood behavior precursors of schizotypal personality disorder." *Schizophrenia Bulletin* 23(1): 93-103.
- Reinherz, H. Z., J. L. Tanner, et al. (2006). "Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30." *American Journal of Psychiatry* 163(7): 1226-32.
- Rose, J. E. (2002). *Borderline disorders in children and adolescents. Child and adolescent psychiatry- A comprehensive textbook*. M. Lewis. Philadelphia, Lippincot Williams & Wilkins: 889-895.
- Rutter, M. (2006). *Development and psychopathology. Child and adolescent psychiatry*. M. Rutter and E. Taylor. Massachusetts, Blackwell publishing: 309-324.
- Shaffer, D. and J. Gutstein (2006). *Suicide and attempted suicide. Child and adolescent psychiatry*. M. Rutter and E. Taylor. Massachusetts, Blackwell edition: 529-554.
- Silberg, J. L., J. Meyer, et al. (1996). *Heterogeneity among juvenile antisocial behaviours: findings from the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioural Development. Genetics of criminal and antisocial behaviour, Ciba Foundation Symposium 194*. G. R. Bock and J. A. Goode. Chichester, John Wiley and Sons: 76-86.

Smith, T. E., H. V. Koenigsberg, et al. (1995). "Predictors of dropout in dynamic psychotherapy of borderline personality disorder." *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 4: 205-213.

Stattin, H. and D. Magnusson (1996). "Antisocial development: a holistic approach." *Development and Psychopathology* 8: 617-645.

Stein, D., A. Apter, et al. (1998). "Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37(5): 488-94.

Stewart, D. E. (1996). "Women's health and psychosomatic medicine." *Journal of Psychosomatic Research* 40: 221-226.

Swedo, S. E., J. L. Rapoport, et al. (1989). "High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea." *American Journal of Psychiatry* 146(2): 246-9.

Thomas, A., S. Chess, et al. (1963). *Behavioral Individuality in Early Childhood*. New York, New York University Press.

Van Lieshout, C. F. M. and G. J. T. Haselager (1994). The Big Five personality factors in Q-sort descriptions of children and adolescents. The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood. C. F. Halverston, G. A. Kohnstamm and R. P. Martin. Hillsdale, NJ., Erlbaum: 293-318.

Widiger, T. A., R. Verheul, et al. (1999). *Personality and psychopathology Handbook of Personality: Theory and Research*. L. A. Pervin and O. P. John. New York, Guilford Press: 3-27.

Wolff, S. (1991). "'Schizoid' personality in childhood and adult life. I: The vagaries of diagnostic labelling." *British Journal of Psychiatry* 159: 615-20, 634-5.

Wolff, S. (1991). "'Schizoid' personality in childhood and adult life. III: The childhood picture." *British Journal of Psychiatry* 159: 629-35.

Wolff, S. (1995). *Loners: the life path of unusual children*. London, Routledge.

Wolff, S. and J. Chick (1980). "Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study." *Psychological Medicine* 10(1): 85-100.

7. Glosario

Adherencia terapéutica: Cumplimiento terapéutico. Se refiere a una conducta que coincide con la indicación médica o de la salud.

Alcalosis metabólica: Situación en la que la sangre es alcalina debido a una concentración demasiado elevada de bicarbonato. Se produce cuando el cuerpo pierde demasiado ácido, por ejemplo tras vómitos repetidos.

Alianza terapéutica: Relación que se establece entre el médico y el paciente que favorece un buen cumplimiento del tratamiento.

Amenorrea primaria: Ausencia de menstruación. No se considera que se haya presentado hasta que la chica tenga más de 16 años.

Amenorrea secundaria: Es la ausencia de menstruación por un periodo mayor que 3 meses en una mujer que anteriormente ha presentado ciclos menstruales.

Anamnesis: Entrevista que se realiza con la finalidad de obtener información relevante acerca del paciente, su familia, el medio en que ha vivido, las experiencias que ha tenido, incluyendo sensaciones anormales, estados de ánimo o actos observados por el paciente o por otras personas con la fecha de aparición y duración y resultados del tratamiento. Incluye datos objetivos y subjetivos.

Ansiedad: Reacción psicológica y fisiológica que se produce ante situaciones que se perciben como amenazantes.

Antipsicóticos: Fármacos utilizados para el tratamiento de diversas enfermedades mentales graves.

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación: Fármacos del grupo de los antipsicóticos, de más reciente aparición en el mercado, que presentan un perfil de eficacia y tolerabilidad superior al de los antipsicóticos clásicos.

Atención ambulatoria: Cuidados que se realizan en el propio entorno del paciente y que no requieren hospitalización.

Bradicardia: Disminución de la frecuencia cardíaca.

Causa orgánica: Tiene su origen en enfermedades de tipo físico.

Cognitivo: Referente a la capacidad psicológica e intelectual para apreciar las emociones y su impacto a nivel psicológico.

Comorbilidad: Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

Conducta autolesiva: Conducta en la que la persona se provoca lesiones físicas.

Conducta de carácter suicida.

Conductas parasuicidas: Conductas similares a la suicida cuyo objetivo no es el de acabar con la vida.

Crisis: Situación excepcional a nivel psicológico, en muchos casos con connotaciones negativas.

Cronicidad: Se aplica el concepto de cronicidad al problema de salud que progresa o persiste durante un periodo de tiempo prolongado; en general, toda la vida.

Depresión: Alteración grave del estado de ánimo, cualitativamente distinta a la tristeza y que requiere tratamiento específico.

Desarrollo pondoestatural: Relación de la salud general, el estado nutricional y la estatura del niño/a.

Desarrollo psicomotor: Adquisición de habilidades que se observa en el niño de forma continua durante toda la infancia.

Desequilibrios electrolíticos: Cambios en la composición de agua y minerales del cuerpo que pueden repercutir en el estado de salud.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico elegido de entre varios posibles tras el estudio por el profesional de toda la información necesaria.

Dislexia: Deficiencia de la lectura, la escritura y el aprendizaje.

Diuréticos: Fármacos que incrementan el volumen de orina actuando principalmente sobre los riñones y produciendo una pérdida de sales y agua del organismo.

Enfermedades médicas: Alteraciones de la salud cuyo componente fundamental es la presencia de signos y/o síntomas físicos.

Estresores: Estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés.

Estudios de diseño longitudinal: Metodología científica que pretende estudiar la evolución de una enfermedad a lo largo del tiempo.

Etiología: Estudio de las causas sobre alguna enfermedad.

Eutimizantes: Fármacos que regulan el estado de ánimo.

Evidencia científica: Grado de conocimiento contrastado científicamente, también llamado "basado en pruebas".

Factor ambiental: Factores del entorno personal, familiar, laboral de un paciente que pueden influir en una enfermedad.

Factor genético: Elemento ligado a la herencia biológica que se encuentra en la base de muchas enfermedades mentales.

Fármacos anoréxicos: Fármacos que reducen la sensación de hambre.

Fenotipo: Expresión del genotipo en un determinado ambiente. Los rasgos fenotípicos incluyen rasgos tanto físicos como conductuales. Ver genotipo.

Genotipo: Contenido genético (el genoma específico) de un individuo, en forma de ADN.

Guía de práctica clínica: Serie de recomendaciones en las cuales se indica el procedimiento a seguir para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Hematemesis: Vómito de sangre.

Hipercinesia/hiperquinesia: Movimiento involuntario del cuerpo o partes de él.

Hipertrofia de las parótidas: Crecimiento desproporcionado de las glándulas parótidas.

Ideas paranoides: Ideas con claro convencimiento de realidad en las que el paciente se cree vigilado o perseguido.

Insomnio de conciliación: Dificultad para conciliar el sueño.

Interacción gen-ambiente: En muchas enfermedades, los factores exógenos o ambientales interactúan con factores endógenos o genéticos con dando lugar a la expresión de uno de estos genes.

Interacciones coercitivas: Mecanismos de relación por los que se intenta imponer el criterio de un individuo en contra de la opinión del otro.

Manifestaciones clínicas: Serie de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.

Neuropsicología: Combinación entre una exploración neurológica y psicológica que evalúa el funcionamiento a nivel cognitivo.

Niñez media: Intervalo de edad de 4 a 7 años.

Niñez tardía: Intervalo de edad de 8 a 10 años.

Niñez temprana: Intervalo de edad de 1 a 3 años.

Osteopenia: Disminución en la densidad mineral ósea.

Patología: Es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas. Se utiliza como sinónimo de enfermedad.

Patología externalizadora (problemas externalizadores): Reacciones psicológicas por parte de algunos pacientes que desplazan su responsabilidad hacia factores ambientales.

Patología internalizadora: Reacciones psicológicas por parte de algunos pacientes que desplazan su responsabilidad hacia su propia persona.

Patrón multigénico: Enfermedades con un componente genético que está provocado por diversas anomalías genéticas, no únicamente por la alteración de un gen concreto.

Perinatal: Que pertenece u ocurre durante el período anterior al parto o nacimiento, o es simultáneo o posterior a él, es decir, desde las 28ª semana de gestación hasta los primeros siete días después del parto.

Polifarmacia: Uso concomitante de varios medicamentos.

Práctica clínica: Forma habitual de diagnosticar y tratar una enfermedad.

Prevalencia/prevalente: Frecuencia de aparición de una patología.

Psicopedagogía: Estrategias psicológicas encaminadas a mejorar el mecanismo de aprendizaje.

Rectorragias: Hemorragia digestiva que se expulsa por el ano.

Síndrome: Conjunto de signos y síntomas propios de una enfermedad.

Sinergia: Efecto sumatorio o multiplicador.

Síntoma disruptivo: Síntoma que causa una alteración conductual relevante.

Síntomas: Manifestación clínica expresada por un paciente.

Sintomatología afectiva: Conjunto de síntomas que afectan la esfera del estado de ánimo.

Sobrediagnóstico: Diagnosticar excesivamente una determinada patología.

Trastorno obsesivo-compulsivo: Enfermedad mental caracterizada por la presencia de ideas o conductas de tipo obsesivo (repetitivo) y compulsivo (que el paciente no puede evitar).

Trastorno por somatización: Enfermedad psicológica cuya característica fundamental es la presencia de síntomas físicos erráticos.

Trastornos en el eje I: Sistema de clasificación de las enfermedades mentales que incluyen los principales diagnósticos psiquiátricos.

Trastornos en el eje II: Sistema de clasificación de los trastornos de personalidad incluidos entre las enfermedades mentales.

Tratamiento coadyuvante: Tratamiento que se administra conjuntamente con un tratamiento principal.



www.faroshsjd.net

Conocer para actuar

Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona

www.hsjdbcn.org

