

# Hablemos de...

## La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia

PEDRO JAVIER RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ<sup>a</sup>, MARÍA ÁLVAREZ POLO<sup>b</sup> Y MARTA HERNÁNDEZ SICILIA<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra Acreditado en Psiquiatría Infantil (AEP) y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil «Diego Matías Guigou y Costa». Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Canarias. España.

<sup>b</sup>Residente de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Canarias. España.  
pedrojavierrodriguezherandez@yahoo.es

### Puntos clave

- Los trastornos de conducta en la adolescencia son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial. Su prevalencia está alrededor del 4 al 18%.
- En la etiología intervienen principalmente factores temperamentales, genéticos y variables sociofamiliares.
- Los síntomas varían desde las conductas impulsivas hasta las transgresiones graves de los derechos de otras personas.
- El diagnóstico es clínico según los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación internacionales.
- El tratamiento es multimodal, con la utilización de distintas estrategias como la psicofarmacología, la psicoterapia y la intervención social, familiar y educativa.
- Los tratamientos farmacológicos más utilizados son la risperidona y el metilfenidato. La psicoterapia cognitivo conductual es la intervención psicológica de elección.

### Introducción

Los trastornos de conducta en la adolescencia son motivo de consulta frecuente en las consultas pediátricas y en las unidades de salud mental infantil y juvenil. También son una de las causas más importantes de consumo de recursos y utilización de dispositivos judiciales y sociales. Además, existe una marcada relación entre los trastornos de conducta y otros aspectos significativos como el rendimiento escolar, la dinámica familiar o las relaciones sociales.

En general, la intervención se establece desde un punto de vista multimodal. En la presente revisión se describen los principales trastornos de conducta en la adolescencia: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD). Se abordan los aspectos clínicos y terapéuticos más importantes y se describen algunas de las técnicas psicológicas empleadas para mejorar la adherencia terapéutica.

### Epidemiología y etiopatogenia

La prevalencia de los trastornos de conducta en la adolescencia se sitúa entre el 4 y el 18% según la serie consultada<sup>1</sup>. Aunque una proporción importante de los mismos comienzan precozmente, la sintomatología tiende a ser más importante y grave después de los 13 años<sup>2</sup>. Es más frecuente en el sexo masculino<sup>3</sup>. En varones, la expresión sintomatológica es más grave y aparece en edades más tempranas<sup>4,5</sup>.

La etiología y la patogenia no se conocen con exactitud<sup>6</sup>. Sin embargo, existen múltiples factores implicados que están interrelacionados y que se potencian entre sí. Los más importantes son el sexo, el temperamento y los mecanismos genéticos y contextuales<sup>7</sup>.

– Sexo: 3 de cada 4 casos diagnosticados de trastorno de conducta en el adolescente corresponde a varones. Por eso, esta variable es muy importante. Se han atribuido factores hormonales y temperamentales, además de los factores culturales (en sociedades con igualdad de trato a varones y mujeres la diferencia disminuye).

– El temperamento de algunos niños puede condicionar la aparición de problemas de conducta, especialmente cuando existe hiperreactividad emocional o poca cordialidad.

– Factores genéticos: los factores genéticos están implicados en el desarrollo de algunos trastornos de la conducta. En el caso del TDAH han sido ampliamente demostrados y replicados. El patrón de herencia es poligénica, con implicación de diferentes polimorfismos.

Los trastornos de conducta suponen uno de los motivos de consulta más frecuente de adolescentes en los dispositivos de salud mental. Es más frecuente en varones, en los que también aparecen los síntomas más precozmente y más graves.

## Clínica

La presentación clínica difiere para los distintos tipos de trastorno de conducta juvenil. Sin embargo, existen señales de alerta psicopatológicas comunes con expresividad clínica similar que matizan aspectos importantes, como la severidad del cuadro o la precocidad en la generación de dificultades sociales y judiciales.

### Señales de alerta psicopatológicas en los trastornos de conducta en la adolescencia

Las señales de alerta psicopatológicas son factores indicadores de riesgo. Ante la presencia de uno o varios de ellos, hay que monitorizar el desarrollo de un trastorno de conducta. Los principales son<sup>2,4</sup>:

– Factores dependientes de los padres específicos para la adolescencia: padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de la adolescencia, padres que no aceptan la autonomía progresiva de sus hijos, que necesitan separarse del niño o que le hacen una demanda excesiva de autonomía.

– Circunstancias socioeconómicas adversas de la familia: familias aisladas socialmente, cambios de residencia repetidos, pero sin subsidio de varios miembros de la familia. También influyen las variables culturales.

– Problemas con la justicia: adolescentes con protección judicial, problemas con la justicia repetitivos o sometidos a medidas judiciales. Antecedentes de conductas agresivas en grupo o aislada.

### Presentación de los trastornos de conducta en la adolescencia

Los trastornos de conducta en la adolescencia son el TDAH, el TND y el TD. Los 3 pueden derivar en conductas antisociales, delincuencia y violencia juvenil, además de problemas en el rendimiento escolar. Las características clínicas principales de cada uno de ellos se exponen a continuación.

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

El TDAH se caracteriza por la existencia de 3 síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Existen 3 subtipos según predomine el déficit de atención (TDAH inatento), la hiperactividad e impulsividad (TDAH hiperactivo-impulsivo) o los 3 síntomas (TDAH combinado)<sup>8</sup>.

Además, en el adolescente la severidad del trastorno surge de los efectos de dichos síntomas cuando no se han diagnosticado e intervenido a tiempo. La impulsividad y la hiperactividad conllevan un deterioro en las relaciones sociales. Surgen las peleas y al final se encuentra apartado del grupo. Aparecen conductas delictivas y consumo de sustancias tóxicas.

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad

<b>Inatención (al menos 6 durante 6 meses)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo no presta atención en los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar u otras actividades</li> <li>2. A menudo tiene dificultad para la atención sostenida en tareas y juegos</li> <li>3. A menudo no parece escuchar cuando le están hablando directamente</li> <li>4. A menudo no sigue las instrucciones o no consigue terminar los deberes, obligaciones...</li> <li>5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades</li> <li>6. A menudo evita, rechaza tareas que requieren un esfuerzo mental continuado</li> <li>7. A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades</li> <li>8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos</li> <li>9. A menudo es olvidadizo en sus tareas diarias</li> </ol>
<b>Hiperactividad-impulsividad (al menos 6 durante 6 meses)</b>	<p><b>A) Hiperactividad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo presenta inquietud con sus manos o pies o se revuelve en el asiento</li> <li>2. A menudo se levanta de la silla en clase o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado</li> <li>3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas</li> <li>4. A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio con tranquilidad</li> <li>5. A menudo está excitado o «va como una moto»</li> <li>6. A menudo habla excesivamente</li> </ol> <p><b>B) Impulsividad:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. A menudo responde antes que la pregunta haya sido finalizada</li> <li>8. A menudo tiene dificultad para aguardar turno en juego o situaciones de grupo</li> <li>9. A menudo interrumpe o interfiere a los demás (conversaciones, juegos...)</li> </ol>

El TDAH puede cumplir solo el apartado de inatención (más de 6 síntomas de inatención) (TDAH-I) o solo el apartado de hiperactividad-impulsividad (más de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad) (TDAH-HI) o ambos (más de 6 síntomas de ambos) (TDAH-C). Además:

a) Alguno de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad estaba presente antes de los 7 años.

b) Los síntomas crean dificultades en 2 o más situaciones (escuela, casa, etc.).

c) Afectan significativamente al funcionamiento social, escolar o laboral.

d) Los síntomas no ocurren a causa de otros trastornos del desarrollo o de la personalidad.

<sup>8</sup>DSM-IV-TR: 4.ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado.

TDAH: trastorno de déficit de atención/hiperactividad.

cas. El déficit en el mantenimiento de la atención le impide concentrarse en clase y a la hora de hacer la tarea, en su casa. Sobreviene entonces el retraso escolar.

Existen, por tanto, alteraciones conductuales y en las relaciones sociales, problemas escolares y de aprendizaje. No es raro que el adolescente desarrolle síntomas ansiosos y de autoestima debido al desajuste funcional<sup>9</sup>.

#### *Trastorno negativista desafiante*

La clínica del TND se expresa con un patrón de comportamiento desafiante, hostil y negativista hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones, negativa a cumplir sus responsabilidades y enfados con otros niños o con los adultos. A diferencia del TD, no existen agresiones físicas y transgresiones serias de las normas (son entidades independientes)<sup>10</sup>. Además, para considerar su diagnóstico, estas conductas tienen que crear dificultades en varios contextos (p. ej., en casa y en el colegio) durante al menos 6 meses. Su frecuencia estimada se encuentra entre el 3 y el 8%. La edad de aparición se encuentra sobre los 8-10 años. Es más frecuente entre el sexo masculino hasta la pubertad, momento en el cual parece igualarse la proporción entre ambos sexos. Los niños son más propensos a desafiar activamente y su conducta es más desorganizada. Las niñas son propensas a desafiar pasivamente (ignorando o negándose). Existe la posibilidad de que se presenten otros trastornos en situación de comorbilidad con el TND y también con el TD<sup>10,11</sup>. El más frecuente es el TDAH. Se sabe que más de un 30% de los niños con TDAH van a desarrollar un trastorno oposicionista desafiante. Es importante, por tanto, descartar que también tenga TDAH cuando el motivo de consulta es oposicionismo o conductas desafiantes<sup>11</sup>.

#### *Trastorno disocial*

El TD es el trastorno de conducta más grave. Se puede definir como situaciones en las que aparece un patrón de comportamiento antisocial que vulnera derechos de las otras personas, así como normas de convivencia o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejables por personas cercanas, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral. Además, se pueden producir agresiones a personas y animales, destrucción de la propiedad, robos y transgresiones graves de las normas sociales. Su frecuencia estimada se encuentra entre el 1 y el 3%<sup>10,11</sup>. Y la edad de aparición se sitúa en la preadolescencia y adolescencia.

## Diagnóstico

El diagnóstico es exclusivamente clínico. Establecer un adecuado diagnóstico es crucial, ya que la detección precoz mejora el pronóstico y reduce la morbilidad. Se recomienda emplear los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su 4.ª edición revisada (DSM-IV-TR) o de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10). En las tablas 1-3 se exponen los criterios diagnósticos para el TDAH, TND y TD del DSM-IV-TR<sup>9</sup>.

La sintomatología que presentan son: la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, las conductas contrarias a las normas establecidas en el trastorno negativista desafiante y la transgresión de los derechos de otras personas en el trastorno disocial.

La etiopatogenia no se conoce con exactitud debido a que existen múltiples factores incidentes que interaccionan entre sí. Los más estudiados son el temperamento, el sexo, los factores genéticos y las variables sociofamiliares y educativas.

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno negativista desafiante

**A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes 4 (o más) de los siguientes comportamientos:**

1. A menudo se encoleriza o incurre en pataletas
2. A menudo discute con los adultos
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. A menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros
7. A menudo es colérico y resentido
8. A menudo es rencoroso o vengativo

**B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral**

**C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo**

**D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad**

Para establecer el diagnóstico se deben realizar entrevistas clínicas a los padres y al paciente, obtención de información escolar, revisión de antecedentes familiares y personales, y exploración física y psicopatológica del paciente.

Además, es posible utilizar escalas o cuestionarios de manera complementaria, aunque nunca deben de sustituir al criterio clínico. Estas escalas aportan información sobre la intensidad de los síntomas o su evolución. Algunas de ellas son específicas para valoración del comportamiento, como las escalas de Conners, mientras que otras son generales (abarcando varias áreas psicológicas), por lo que permiten realizar una valoración inicial de la existencia de otros posibles trastornos comórbidos<sup>12</sup>.

También son útiles pero no imprescindibles otros exámenes como la valoración neuropsicológica, que pueden aportar datos sobre las capacidades y dificultades cognitivas o la evaluación psicopedagógica para establecer las características de aprendizaje<sup>9</sup>.

El diagnóstico es clínico, sin que existan pruebas o exámenes complementarios confirmatorios. El diagnóstico precoz mejora la morbilidad, por lo que es importante conocer las situaciones que constituyen un factor de riesgo. Los test y cuestionarios pueden ayudar a precisar la sintomatología existente pero no son útiles en la confirmación del diagnóstico. El diagnóstico diferencial se establece con otros trastornos que se expresan con síntomas conductuales, como los trastornos del estado del ánimo o de las emociones.

Otros exámenes complementarios, como pruebas de laboratorio, neuroimagen o neurofisiológicas, no están indicados, excepto cuando se sospecha de la existencia de alguna enfermedad orgánica en situación de comorbilidad<sup>9</sup>.

## Tratamiento

El tratamiento debe incluir intervención especializada desde distintas disciplinas: psicológica, médica, educativa además de social y/o judicial si fuera necesario.

### Tratamiento psicopedagógico

Es muy importante en el caso del TDAH, ya que el déficit de atención conlleva dificultades en el rendimiento escolar. Se realiza en el entorno escolar y debe incluir la adecuada adaptación al problema mediante adaptación curricular, técnicas de modificación de conducta o modificación de instrumentos de evaluación si fuera necesario. En más de la mitad de las comunidades autónomas de España existen protocolos de actuación en el ámbito escolar para niños y adolescentes con TDAH<sup>9</sup>.

### Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico de elección es la psicoterapia cognitivo conductual. Incluye, entre otros, programas de modificación de conducta mediante entrenamiento a los padres y/o educadores y estrategias cognitivas de adherencia terapéutica a aplicar con los jóvenes<sup>13</sup>.

#### Técnicas de modificación de conducta

Hay que tener en cuenta que las técnicas de modificación de la conducta se deben aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (p. ej., los fines de semana) ya que suponen un retroceso en los logros. También que no existen programas de intervención universales. Hay que evaluar los problemas del adolescente de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes. Por último, es necesario comprender que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo<sup>14,15</sup>.

Las técnicas de modificación de conducta más útiles son:

1. Contrato de contingencias: consiste en utilizar un reforzador positivo importante para el adolescente para incrementar una conducta positiva que casi no se está produciendo. Para ello hay que establecer un «contrato» entre el adolescente y

**Tabla 3. Criterios diagnósticos DSM-IV para el trastorno disocial**

**A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:**

#### **Agresión a personas y animales:**

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. Ha manifestado crueldad física con las personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual

#### **Destrucción de la propiedad:**

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

#### **Fraudulencia o robo:**

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. A menudo, miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tíma» a otros)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

#### **Violaciones graves de normas:**

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos 2 veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo)
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

**B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral**

**C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad**

Añadir si es de inicio infantil (por lo menos un criterio antes de los 10 años), inicio adolescente (ausencia de criterios antes de los 10 años) o no especificado (no se sabe la edad de inicio)

Hay que especificar la gravedad: leve, moderado o grave según el número de criterios que cumple

sus padres, que incluso puede ser escrito y firmado por ambas partes donde se especifique lo que se consigue por realizar la conducta requerida. Por ejemplo, horas de utilización del móvil por mejoría de las calificaciones o del comportamiento.

2. Técnicas de reforzamiento: los adolescentes con problemas de comportamiento se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, no resulta útil mantener una actitud beligerante constante como respuesta a sus conductas. En contraposición, resulta eficaz el reforzamiento positivo. Consiste en transmitir alabanzas y halagos cuando su comportamiento no es disruptivo.

3. Extinción: se basa en la ignorancia de las conductas que manifiesta el adolescente. Es importante no ceder cuando el

adolescente aumenta la intensidad de intromisión. Si se cede, se le puede transmitir que la respuesta de los padres aparece cuando su irrupción se realiza con más ímpetu. La extinción se utiliza, sobre todo, cuando hay conductas desafiantes y opositoras graves.

#### *Adherencia terapéutica en los trastornos del comportamiento en la adolescencia*

Los adolescentes con trastornos conductuales suelen rechazar todo tipo de intervención clínica. Existen distintas técnicas que favorecen la adherencia terapéutica<sup>13,15</sup>. Son especialmente importantes si existen problemas graves del comportamiento y delincuencia. Las estrategias basadas en soluciones y la *compliance therapy* son algunas de las más utilizadas.

Las terapias o intervenciones basadas en soluciones se basan en los siguientes aspectos: establecer la demanda, postular los cambios preintervención, establecer las líneas de motivación y empatía, análisis de las excepciones (explicitar lo que «va bien» o lo que «hace bien» el joven), escalar la problemática presente, establecer las tareas entre sesión y sesión, y las preguntas que permitan mejorar el afrontamiento del problema. Estos pasos se llevan a cabo en un entorno narrativo, en el cual el chico tiene mucho protagonismo a través de la empatía, los diálogos, los contextos de confianza y de aceptación.

La *compliance therapy* se desarrolla en 3 fases<sup>16</sup>:

1. Aclaración del concepto del problema y opiniones sobre la intervención. Para su realización, se comienza repasando la historia clínica anterior. A continuación, se formula la postura del paciente y por último se empatiza sin juzgar la negación de la intervención. Se pueden utilizar frases como «¿qué sientes?, lo has tenido que pasar mal, comprendo que ha sido duro...».

2. Exploración de sentimientos y pensamientos sobre la intervención, manejando la ambivalencia. Para ello hay que considerar las ventajas y desventajas de la intervención, centrarse en los síntomas o problemas sobre los que la intervención actúa, identificar posibles beneficios indirectos y ver las consecuencias negativas de la no intervención. Lo importante en esta fase es que el adolescente se convenza de la necesidad de acudir a la terapia, y no que le convenzamos nosotros a él, ya que las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas que por las que les explicamos los demás.

3. Confirmar la necesidad de continuidad de la intervención. Para ello, hay que encontrar un razonamiento que acepte el paciente, según el cual la intervención puede ser parte de la estrategia para afrontar los problemas que ha tenido. Se puede, por ejemplo, construir una lista con las preocupaciones y los miedos que pueda tener el adolescente, señalar los argumentos a favor y en contra que otros han tenido, etc.

#### **El tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de conducta en la adolescencia**

Los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH, independientemente del subtipo, la edad o el sexo, son el metilfenidato y la atomoxetina. Hay que mantenerlo mientras suponga beneficio clínico del paciente, por lo que hay que monitorizar la evolución sintomática, suspendiendo el

**El tratamiento es multidisciplinar, pudiéndose utilizar la psicoterapia y la intervención farmacológica. La psicoterapia más útil es la cognitivo-conductual, debiendo de incorporar estrategias psicoeducativas con el paciente y su familia. Los psicofármacos más utilizados son la risperidona y el metilfenidato.**

fármaco durante períodos cortos de 1 o 2 semanas anuales y obteniendo información del funcionamiento del niño<sup>9,17</sup>. El tratamiento a largo plazo no disminuye su efectividad. La evaluación de la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento se realiza, al menos, al cabo de 1, 3 y 6 meses del inicio del tratamiento, y posteriormente cada 6 meses. Con respecto a la coincidencia del TDAH y otros trastornos, el uso de metilfenidato o atomoxetina no está contraindicado cuando hay epilepsia comórbida. Cuando el TDAH se acompaña de ansiedad se recomienda el uso de la atomoxetina como primera elección, ya que ha demostrado ser eficaz para tratar ambos trastornos. Durante el tratamiento se debe realizar un control ponderoestatural, de frecuencia cardíaca y presión arterial periódico. Pero no se recomienda realizar ningún otro tipo de exploración complementaria como electrocardiogramas a no ser que la anamnesis o la exploración física lo indiquen<sup>9,18</sup>.

#### *Metilfenidato*

Es un fármaco psicoestimulante. En la actualidad, existen 4 presentaciones de metilfenidato que se muestran en la tabla 4. Las diferencias principales entre ellas se encuentran en la forma de liberación y la duración del efecto del fármaco<sup>19</sup>. El tratamiento se comienza con dosis bajas (0,5 mg/kg/día) y se va aumentando en función del resultado clínico y los efectos secundarios hasta un máximo de 1,2 mg/kg/día. Es posible llegar a 2 mg/kg/día cuando se ha realizado una reevaluación del diagnóstico y no se han objetivado efectos secundarios destacables<sup>20,21</sup>. Es posible utilizar varias formulaciones de metilfenidato al unísono, aunque siempre son preferibles las de acción prolongada a las de acción corta.

En cuanto a los efectos secundarios, en general, son leves, bien tolerados y transitorios. Los más frecuentes son pérdida de apetito e insomnio de conciliación. Otros efectos secundarios son: cefaleas, abdominalgias y agitación<sup>22</sup>.

#### *Atomoxetina*

Es un fármaco no psicoestimulante. En España, solo existe una presentación comercializada con el nombre de Strattera (dosis de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100 mg). Recientemente, se ha retirado la obligatoriedad de visado por inspección que existía anteriormente. El tratamiento se comienza con una dosis de 0,5 mg/kg/día que es necesario aumentar a 1,2 mg/kg/día a la semana. El efecto terapéutico se obtiene progresivamente, siendo máximo a las 4-6 semanas de iniciado el tratamiento<sup>9,23</sup>. La efectividad es similar al metilfenidato, siendo de primera elección cuando existen trastornos de ansiedad en situación de comorbilidad con el TDAH y cuando existen efectos secundarios importantes con el metilfenidato. Los efectos secundarios más frecuentes son la pérdida de apetito, las abdominalgias y la somnolencia aunque también se puede observar insomnio<sup>17,23</sup>.

**Tabla 4.** *Metilfenidato comercializado en España*

Metilfenidato	Liberación inmediata	Liberación prolongada Oros	Liberación prolongada 50/50	Liberación prolongada 30/70
Nombre comercial	Rubifén, Medicebrán	Concerta	Medikinet	Equasym
Presentación	5, 10 y 20 mg	18, 27, 36 y 54 mg	5, 10, 20, 30 y 40 mg	10, 20, 30, 40 y 50 mg
Duración de la acción aproximada	4 h	12 h	8 h	8 h
Formulación	100% liberación inmediata	22% liberación inmediata 78% liberación prolongada	50% liberación inmediata 50% liberación prolongada	30% liberación inmediata 70% liberación prolongada

En el caso del TND y el TD, el tratamiento farmacológico se debe reservar para aquellos casos de difícil control, es decir, para los comportamientos más graves o en aquellos casos en los que hayan fracasado las otras modalidades terapéuticas<sup>24</sup>.

Actualmente, no existe un protocolo aceptado de manera universal para el tratamiento de los trastornos de este tipo en los adolescentes. Los psicofármacos que han mostrado ser efectivos, son los neurolépticos, los psicoestimulantes (metilfenidato), la atomoxetina, los antiepilépticos y el litio<sup>25</sup>.

Dentro del grupo de los neurolépticos, nos encontramos con los típicos o convencionales (haloperidol, clorpromacina o tioridacina) y los atípicos, siendo la risperidona el más estudiado en niños y adolescentes<sup>26,27</sup>. Los típicos, aunque su uso es cada vez menos frecuente, siguen siendo utilizados para tratar los episodios agudos de agitación o agresividad, es decir, en crisis o descompensaciones. La vía de administración en estos casos suele ser la intramuscular. Su utilización de manera prolongada se desaconseja, ya que presentan frecuentes e importantes efectos secundarios, entre ellos problemas motores (acatisia, discinesia), disfunción hormonal y la aparición de déficits cognitivos. El otro grupo, los denominados neurolépticos atípicos (tipo risperidona, olanzapina o quetiapina), son los de elección para el tratamiento de mantenimiento de los problemas de conducta y otros trastornos psiquiátricos debido a que los efectos secundarios que presentan suelen ser leves y bien tolerados<sup>28</sup>. A dosis bajas, pueden disminuir el oposicionamiento, las conductas desafiantes y la sintomatología disocial. Como ya hemos mencionado anteriormente, la risperidona es el más estudiado entre ellos. Existe evidencia científica de su eficacia y tolerabilidad en el tratamiento de síntomas como la irritabilidad, agresividad y comportamientos autolesivos que forman parte de dichos trastornos. No existe una dosis óptima establecida, aunque se recomienda empezar por dosis bajas y se va aumentando progresivamente hasta conseguir el efecto clínico deseado. En adolescentes, se puede comenzar con 1-2 mg día, realizando un aumento progresivo hasta un máximo de 5-6 mg. Los efectos secundarios más frecuentes suelen ser la sedación y el incremento de peso<sup>29</sup>.

Los psicoestimulantes, como el metilfenidato, son útiles en la regulación de la impulsividad y favorece el control inhibitorio y la autorregulación del comportamiento. Su efectividad es mayor cuando existe comorbilidad con TDAH.

En la actualidad, está siendo cada vez más frecuente el uso combinado de un antipsicótico con un psicoestimulante, en estos casos de comorbilidad, aunque aún existen pocos estudios para confirmar su eficacia y tolerabilidad. La atomoxetina se emplea de la misma manera que los psicoestimulantes, pero su efectividad está menos demostrada en los trastornos de conducta<sup>30</sup>.

Los antiepilépticos son otro grupo farmacológico muy empleado en este tipo de trastornos para regular las oscilaciones en el estado de ánimo, que pueden ir acompañadas de irritabilidad y para controlar conductas impulsivas. Existe suficiente evidencia para afirmar que los antiepilépticos reducen la impulsividad y también la agresividad. El que parece tener mayor utilidad es el valproato. Otros, como la carbamacepina y la oxcarbamacepina, son de elección en la agresividad con accesos explosivos y en la agresividad con labilidad afectiva. El topiramato es útil en alcoholismo, dependencia a cocaína, automutilación, cleptomanía y agresividad asociada a trastornos de personalidad.

Por último, la efectividad del litio ha sido demostrada en los trastornos de comportamiento, especialmente en los que se acompañan de un componente explosivo. Sin embargo, los importantes efectos secundarios que presenta y la necesidad de una estrecha monitorización han restringido su uso a profesionales muy familiarizados con su manejo<sup>24,31</sup>.

## Conclusiones

En la actualidad, los dispositivos de sanitarios pueden aportar diversas estrategias en la intervención en los problemas de conducta en la adolescencia, trastorno disocial y delincuencia. En la presente revisión, se han desarrollado diferentes consideraciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Entre ellas, algunas técnicas para mejorar la adherencia terapéutica y se han mencionado varias pautas psicofarmacológicas. Es necesario seguir investigando en los trastornos conductuales y profundizar en otras estrategias que contribuyan a mejorar los resultados de las intervenciones.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía



### ● Importante ●● Muy importante

- Rodríguez PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral*. 2008;12:949-58.
- Castells P. Trastornos del comportamiento. En: del Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V, editor. *Tratado de pediatría extrahospitalaria*. Madrid: Ergon S.A.; 2011. p. 1321-25.
- Javaloyes A, Redondo A. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. En: Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente P, editores. *Pediatría extrahospitalaria*. Madrid: Ergon S.A.; 2008. p. 721-25.
- Colman I, Murria J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*. 2009;338:a2981.
- Kimonis ER, Frick PJ. Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown-up. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31:244-54.
- Zahrt DM, Melzer-Lange MD. Aggressive behavior in children and adolescents. *Pediatrics Rev*. 2011;32:325-32.
- Herreros O, Rubio B, Monzón J. Etiología y fisiopatología de la conducta agresiva. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2010;27: 254-69.
- Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366:237-48.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. **Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N.º 2007/18.**
- Rey JM, Domínguez MD. Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, editorial. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 79-93.
- Hendren RL, Mullen DJ. Trastorno disocial y trastorno negativista desafiante. En: Weiner JM, Dulcan MK, editorial. *Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia*. Barcelona: Masson S.A.; 2006. p. 511-30.
- Farré-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Nuevo estudio factorial en niños españoles*. *Rev Neurol*. 1997;25:200-4.
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20:305-18.
- Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17:421-37.
- Henggeler SW, Sheidow AJ. Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *J Marital Family Therapy*. 2012;38:30-58.
- Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 1996;312:345-9.
- Biederman J, Spencer TJ. Psychopharmacological interventions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17:439-58.
- Wigal SB, Chae S, Patel A, Steinberg-Epstein R. Advances in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: a guide for pediatric neurologists. *Semin Pediatr Neurol*. 2010;17:230-6.
- Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D. Medicamentos estimulantes en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *JANO*. 2010;1761:69-72.
- Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68:167-72.
- Soutullo C, San Sebastián J, Miranda EM, Figueroa A. Psicofarmacología de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): estimulantes. En: Soutullo C, editor. *Guía básica de Psicofarmacología del TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Orense: Springer SBM S.A.U.; 2012. p. 345-80.
- Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Calleja-Pérez B, Muñoz-Jareño N. Eficacia sostenida del metilfenidato de liberación osmótica: estudio en 266 casos. *Rev Neurol*. 2009;48:339-45.
- San Sebastián J, Soutullo C, Benítez E, Figueroa A. Psicofarmacología de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes: medicaciones no estimulantes. En: Soutullo C, editor. *Guía básica de psicofarmacología del TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Orense: Springer SBM Spain S.A.U.; 2012. p. 381-402.
- Ipsier J, Stein DJ. **Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. Psychopharmacology. 2007;191:127-40.**
- Turgay A. Psychopharmacological treatment of oppositional defiant disorder. *CNS Drugs*. 2009;23:1-17.
- Findling RL. Atypical antipsychotic treatment of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:9-14.
- Jensen PS, Buitelaar J, Pandina GJ, Binder C, Haas M. Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics: a systematic review of published clinical trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16:104-20.
- Vitiello B, Correll C, van Zwieten-Boot B, Zuddas A, Parellada M, Arango C. **Antipsychotics in children and adolescents: Increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. Eur Neuropsychopharmacol. 2009;19:629-35.**
- McKinney C, Renk K. Atypical antipsychotic medications in the management of disruptive behaviors in children: Safety guidelines and recommendations. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:465-71.
- Linton D, Barr AM, Honer WG, Procyshyn RM. Antipsychotic and psychostimulant drug combination therapy in attention deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders: a systematic review of efficacy and tolerability. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15:355.
- Gutiérrez-Casares JR, Alcaina-Prósper T, Martínez-Rey T. Tratamiento psicofarmacológico de los trastornos disociales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*. 2004;2:66-9.

## Bibliografía recomendada

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. **Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N.º 2007/18.**

*Guía del SNS sobre TDAH. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_TDAH\\_ALAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_TDAH_ALAQS_compl.pdf)*

Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Ed. Pirámide; 2001.

*Manual sobre psicoterapia aplicada.*

Linton D, Barr AM, Honer WG, Procyshyn RM. **Antipsychotic and psychostimulant drug combination therapy in attention deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders: a systematic review of efficacy and tolerability. Curr Psychiatry Rep. 2013;15:355.**

*Revisión reciente sobre el tratamiento farmacológico.*

Rey JM, Domínguez MD. Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, editor. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 79-93.

*Revisión reciente sobre los trastornos del comportamiento.*