

Trastorns del comportament en la infància i l'adolescència: què està passant?



© 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

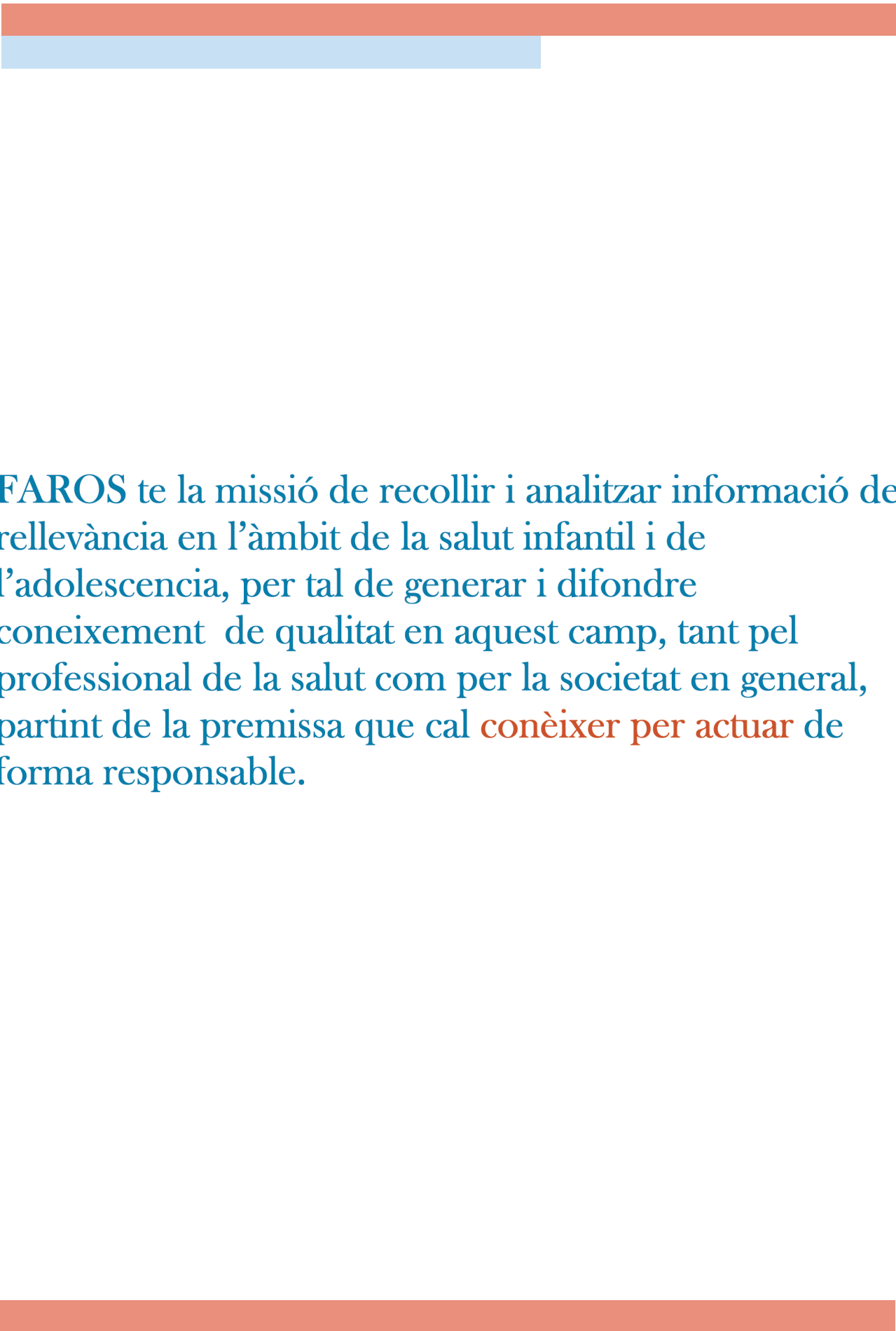
Les opinions expresades en aquest document són les de l'autor i no reflecteixen, necessàriament, les de l'Hospital Sant Joan de Déu.

Para citar este documento: Alda, José Ángel; Arango, Celso; Castro, Josefina; Petitbò, M. Dolors; Soutullo, César; San, Luís (coord.). 2009. Trastorns del comportament en la infància i l'adolescència: què està passant?. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.

87 págs, 21 cm x 27,9 cm

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

Impressió: Gráficas Campás, S.A.



FAROS te la missió de recollir i analitzar informació de rellevància en l'àmbit de la salut infantil i de l'adolescència, per tal de generar i difondre coneixement de qualitat en aquest camp, tant pel professional de la salut com per la societat en general, partint de la premissa que cal **conèixer per actuar** de forma responsable.

Trastorns del comportament en la infància i l'adolescència: què està passant?

Coordinador:

Lluís San, director de l'Àrea de Salut Mental de l'Hospital Sant Joan de Déu

Autors:

Maria Dolors Petitbò. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

José Angel Alda. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantojuvenil.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Josefina Castro. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil.
Institut de Neurociències, Hospital Clínic Universitari de Barcelona

César Soutullo. Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica.
Clínica Universitaria. Pamplona.

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

Amb la col·laboració de:

Edició: Faros Sant Joan de Déu

FAROS Sant Joan de Déu és l'observatori de salut de la infància i de l'adolescència de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

FAROS té la missió d'obtenir i analitzar informació rellevant en l'àmbit de la salut infantil i l'adolescència, per tal de generar i difondre coneixement de qualitat en aquest camp. Es tracta d'un coneixement per al professional de la salut, per a l'educador i per a la societat en general, ja que és necessari conèixer per poder actuar d'una manera responsable.

Tots els documents produïts per FAROS Sant Joan de Déu estan disponibles i d'accés lliure a www.faroshsjd.net.

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

Índex

1. Introducció	7
2. El trastorn de conducta en la infància	9
2.1. Introducció	9
2.2. Definició	10
2.3. Prevalença del transtorn	11
2.4. Característiques del trastorn de conducta en funció de l'edat d'inici i el sexe	12
2.5. Etiologia del trastorn de conducta	13
2.6. Comorbiditat amb altres trastorns	14
2.7. Avaluació i diagnosi dels trastorns de conducta	15
2.8. Tractament	17
2.9. Prevenció	18
2.10. Conclusions	20
2.11. Bibliografia	21
3. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)	23
3.1. Introducció	23
3.2. Què entenem per trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)?	23
3.3. Com es manifesta el TDAH en nens i adolescents?	25
3.4. Informació epidemiològica	26
3.5. Com evoluciona el TDAH al llarg de la vida?	27
3.6. Quina és l'etiopatogènia del TDAH?	28
3.7. Com es diagnostica el TDAH?	28
3.8. Existeix un sobrediagnòstic del TDAH?	29
3.9. Quines són les repercussions sanitàries del TDAH?	30
3.10. Quines són les repercussions econòmiques del TDAH?	31
3.11. Quin és el tractament del TDAH?	31
3.12. Quins fàrmacs hi ha disponibles a Espanya?	32
3.13. Quin fàrmac triar?	33
3.14. Conclusions	36
3.15. Bibliografia	37
4. Trastorns de la conducta alimentària.	
Anorèxia, bulímia i trastorns de la conducta alimentària no especificats	41
4.1. Introducció	41
4.2. Clínica i epidemiologia	41
4.3. Diagnosi	43
4.4. Tractament	47
4.5. Conclusions	54
4.6. Bibliografia	55
5. Trastorn Negativista Desafiant i Trastorn Disocial	57
5.1. Introducció i definició	57
5.2. Característiques clíniques dels trastorns del comportament disruptiu	58
5.3. Prevalença del TND	60
5.4. Etiologia dels trastorns disruptius del comportament	60
5.5. Diagnòstic diferencial del TND i del TC	61
5.6. Tractament	61
5.7. Prevenció	64

5.8. Conclusions	66
5.9. Bibliografia	67
6. Trastorn de personalitat en l'edat infanto-juvenil	69
6.1. Introducció	69
6.2. Trastorns de la personalitat	71
6.3. Tipus de trastorn	73
6.4. Complicacions	75
6.5. Tractament	76
6.6. Conclusions	79
6.7. Bibliografia	80
7. Glossari	85

1. Introducció

La infància, en psiquiatria, es reconeix com un període de vulnerabilitat i plasticitat en el desenvolupament progressiu vers la personalitat adulta. Per això, i per la seva especificitat, en la major part dels textos de psiquiatria general, els trastorns que afecten la infància i l'adolescència es presenten per separat dels trastorns propis de l'edat adulta. No obstant això, en molts dels trastorns psiquiàtrics d'adults es poden identificar de manera retrospectiva alteracions que s'havien iniciat en la infància, de manera que el seu abordatge requereix sempre integrar aspectes neurobiològics, psicològics, familiars i socials.

Tot i que en general la malaltia mental infantil representa un fet sorprenent per a l'adult, avui els trastorns psiquiàtrics infantils s'estan convertint en un centre d'atenció per la seva freqüència, gravetat, perquè són tractables i perquè poden ser entitats precursoras de la psicopatologia adulta. Fins fa uns quants anys, es creia que els trastorns afectius no apareixien abans de la meitat o el final de l'adolescència i actualment s'accepta que pràcticament tots els trastorns psiquiàtrics de l'adult poden tenir el seu inici durant la infància o l'adolescència. Per tant, sorgeix una pregunta: on eren aquests pacients psiquiàtrics adults en la seva infància?

A partir d'aquesta pregunta, en aquest tercer informe de l'Observatori FAROS s'ha intentat reflectir el coneixement que hi ha en relació amb els principals trastorns del comportament que es poden observar en la infància i l'adolescència i que tenen una rellevància especial tant des del punt de vista diagnòstic com terapèutic. Tot i que no es tracta de les patologies més greus en aquest camp, sí que són motiu de controvèrsia en els fòrums científics i acadèmics, a causa de la dificultat de precisar tant els límits de les seves manifestacions clíniques com els abordatges terapèutics que es consideren d'elecció.

Per establir la diagnosi, el nen o adolescent i els seus pares són entrevistats sobre la seva vida i els símptomes a fi d'aplegar dades tant a partir de les observacions del clínic com de les respostes obtingudes. En alguns àmbits, com ara els sentiments d'ansietat i depressió o els problemes conductuals encoberts, els nens poden ser més bons informadors, mentre que els seus pares poden aportar un punt de vista més objectiu. D'altra banda, si els problemes són d'origen agut, l'avaluació ha d'incloure un examen mèdic fet en els últims sis mesos, per cercar-ne les causes mèdiques i descobrir i tractar qualsevol trastorn mèdic que, tot i no estar-hi relacionat, sigui coexistent.

Les funcions d'afrontament en les capacitats adaptatives no es relacionen de manera simple amb l'edat cronològica, sinó que algunes pautes de conducta poden ser normals en determinats estadis del desenvolupament, però poden ser diagnosticades com a patològiques quan apareixen més endavant. D'altra banda, també és cert que la majoria d'aquests trastorns no es poden considerar normals a cap edat.

Malgrat els esforços en la diagnosi dels trastorns d'inici en la infància, tot sovint aquests apareixen combinats, interactuant entre ells al llarg del temps; canvien de presentació durant la maduresa i es poden emmascarar o amplificar per l'acció d'esdeveniments que tenen lloc durant el desenvolupament. Les descripcions rígides i cristal·litzades dels trastorns no ressalten la vivacitat i energia dels nens, ni la realitat que suposa créixer fent front a aquests trastorns. Així doncs, el missatge principal d'aquest informe és la dinàmica subjacent. És a dir, ens hem de centrar en la influència i el canvi que aquestes entitats exerceixen en les vides dels nens i la dels adults en els quals aquests es convertiran.

En aquesta publicació s'ofereix una visió global i una orientació del tractament psiquiàtric en nens i adolescents. Fins fa poc temps, aquest ha estat gairebé exclusivament un art més que no pas una ciència. I en el passat els tractaments, alguns d'ells extrapolats de l'experiència amb adults, s'han aplicat de manera molt genèrica. Amb les tècniques d'avaluació cada cop més rigoroses, el desenvolupament de criteris diagnòstics amb una base empírica més sòlida i una major atenció a l'especificitat terapèutica, s'està evolucionant de manera progressiva i estable cap a l'ajustament dels tractaments als pacients menors. La finalitat de tots els tractaments és reduir els símptomes, millorar el funcionament emocional i conductual, pal·liar els dèficits en les habilitats i eliminar els obstacles que impedeixen un desenvolupament normal. A diferència del tractament d'adults, un nen o un adolescent ve acompanyat normalment per algú i en cada cas hi ha com a mínim dues persones: un dels pares i el nen, amb unes necessitats i unes expectatives que poden ser diferents.

En aquest informe s'han elaborat cinc capítols pertanyents a l'espectre dels trastorns de conducta. Aquests són: 1) els trastorns del comportament; 2) el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat; 3) els trastorns de la conducta alimentària; 4) el trastorn negativista desafiant, i 5) els trastorns de personalitat. Per això s'ha comptat amb la col·laboració de professionals de prestigi reconegut en el camp de la psiquiatria i la psicologia infantojuvenil. En cada un dels capítols s'ha intentat plasmar una definició amb dades de tipus epidemiològic i una descripció clínica de les principals manifestacions clíniques per dur a terme una diagnosi correcta i un apartat de tractament. Com que es tracta d'entitats diagnòstiques amb les seves pròpies característiques diferencials, no sempre s'ha pogut mantenir aquesta estructura nuclear, si bé s'ha intentat mantenir la coherència que correspon a cada procés diagnòstic. A més, en tots ells s'aporta una bibliografia especialment seleccionada i actualitzada que permeti al lector ampliar els seus coneixements si ho vol.

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

2. El trastorn de conducta en la infància

Dra. M. Dolors Petitbò Rafart; Dr. Josep Lluís Matalí Costa; Dr. Eduard Serrano Troncoso. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

2.1. Introducció

Als nens entre dos i tres anys els costa obeir, intenten oposar-se a les normes que els imposen els pares i es posen agressius quan els pares no encerten a comprendre allò que demanen o no accedeixen als seus desitjos. L'adolescent també qüestiona les normes i es rebel·la. Aquestes actituds són normals, perquè corresponen a etapes evolutives en què s'adquireix l'autonomia i l'oposició apareix com a via de consolidació de la identitat.

Els pares i cuidadors tenen un paper fonamental en la regulació de la conducta del nen perquè aprengui a comportar-se segons les exigències pròpies de l'edat i dels diversos llocs i persones amb qui interactua. Els estils educatius en què predomina la flexibilitat i l'afecte solen ser més efectius que els autoritaris. El risc de patir un trastorn de conducta comença quan un nen o un adolescent no respecta els demés, incompleix les normes amb actitud desafiant i la relació amb els pares i professors es deteriora.

El trastorn de conducta en la infància i adolescència es denomina també "trastorn dissocial" perquè el nen o adolescent que el pateix trenca normes socials importants i es salta els drets de les persones, podent arribar a delinquir. No es tracta de gamberrisme esporàdic sinó d'una manera d'actuar persistent. Cal que els pares sol·licitin ajuda si observen que els seus fills són cruels amb els animals, roben en comptes de demanar, menteixen habitualment, fan campana a l'escola o destrueixen intencionadament objectes dels altres. Quan un nen o un adolescent intimida els altres, provoca baralles i agredeix amb freqüència, això indica que no ha après a relacionar-se ni a resoldre els conflictes adequadament. Els pares han de consultar els professionals de salut mental perquè efectuïn un detallat estudi de les capacitats i les dificultats del nen i puguin orientar la família.

Aquest trastorn provoca conseqüències que afecten la vida familiar, social i escolar del nen; per això, cal que en el tractament hi intervinguin diversos especialistes. Els professionals de salut mental ensenyen els pares a establir regles, donar normes clares, negociar acords, reduir retrets verbals i utilitzar mètodes disciplinaris quan la conducta requereix un càstig. En els casos més greus es recepten medicaments per reduir l'agressivitat i la impulsivitat o per millorar els símptomes d'altres trastorns que puguin coexistir amb el trastorn de conducta. Quan el nen rebutja anar a l'escola o és expulsat freqüentment per la seva conducta, el psicopedagog ajuda a evitar el retard escolar i millorar la relació amb els professors i amb els companys de classe. L'èxit del tractament depèn de la implicació dels pares i la motivació del nen per a introduir canvis en el seu comportament.

2.2. Definició

El trastorn de conducta es caracteritza per la persistència de símptomes com agressions a persones i animals, la destrucció o robatori de béns aliens i la violació greu de normes familiars i socials.

Per a la diagnosi cal que es donin interferències significatives en l'àmbit acadèmic, social i ocupacional.

El trastorn de conducta, també anomenat trastorn dissocial, es caracteritza per la persistència i reiteració de conductes que violen les normes socials i els drets de les persones. Els símptomes poden comportar agressió a les persones i animals, destrucció o robatori de bens aliens i violació greu de les normes familiars i socials mitjançant fugides, absentisme escolar o vagabunderia abans dels 13 anys.

Seguint els criteris del Manual Diagnòstic i Estadístic dels trastorns mentals, quarta edició (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (1995), per diagnosticar el trastorn cal l'existència de tres o més dels 15 símptomes durant un període de 12 mesos i, almenys un, en els últims sis mesos (Taula 1). Les alteracions del comportament han de provocar interferències significatives en l'àmbit acadèmic, social i ocupacional.

Taula 1. Criteris del DSM-IV per a la diagnosi del Trastorn de conducta	
Criteri A	
Patró repetitiu i persistent de comportament en què es violen els drets bàsics d'altres persones o normes socials importants pròpies de l'edat, manifestant-se per la presència de tres o més dels següents criteris durant els últims 12 mesos i, almenys, d'un criteri en els últims 6 mesos:	
Agressió a persones o animals	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sovint fanfarroneja, amenaça o intimida els demés 2. Sovint inicia baralles físiques 3. Ha utilitzat una arma que pot causar dany físic greu a altres persones (per exemple, un bat de beisbol, una totxana, una ampolla trencada, una navalla, una pistola, etc.) 4. Ha mostrat crueltat física amb persones 5. Ha mostrat crueltat física amb animals 6. Ha robat enfrontant-se a la víctima (per exemple atracament, estirar bosses de mà, extorsió, robatori a mà armada) 7. Ha forçat algú a tenir una relació sexual 	
Destrucció de la propietat	
<ol style="list-style-type: none"> 8. Ha provocat deliberadament un incendi amb la intenció de causar un dany important 9. Ha destruït deliberadament la propietat aliena (diferent de provocar un incendi) 	
Engany o robatori	
<ol style="list-style-type: none"> 10. Ha entrat a la força en una casa, edifici o automòbil aliè 11. Sovint menteix per obtenir bens o favors o per evitar obligacions (enganya els demés) 12. Ha robat objectes de cert valor sense enfrontament a la víctima (per exemple, roba en botigues, però sense violència) 	
Violacions greus de normes	
<ol style="list-style-type: none"> 13. Sovint passa la nit fora de casa a pesar de les prohibicions dels seus pares, iniciant aquest comportament abans dels 13 anys d'edat 14. S'ha escapat de casa de nit almenys dues vegades, vivint a casa dels seus pares o en una llar substitutiva (o només un cop sense tornar durant un llarg període de temps) 15. Sovint fa campana a l'escola, iniciant aquesta pràctica abans dels 13 anys d'edat 	
Criteri B	
El trastorn provoca deteriorament clínicament significatiu de l'activitat social, acadèmica o laboral Si l'individu té 18 anys o més, no compleix els criteris de trastorn antisocial de la personalitat	
Criteri C	
Si l'individu té 18 anys o més, no compleix els criteris de trastorn antisocial de la personalitat	

La diversitat de símptomes del TC fa que els casos siguin molt variats. Per aquest motiu la diagnosi pot ser: lleu, moderada o greu.

Amb l'aplicació d'aquests criteris el trastorn de conducta es diferencia d'altres situacions en què el comportament del nen o l'adolescent presenta alteracions pròpies del desenvolupament, com es l'oposicionisme en la infància o la rebel·lia en l'adolescència. També queda clarament establert que els problemes de conducta aïllats i transitoris no han de ser diagnosticats com trastorn de conducta.

Degut a la diversitat de símptomes que inclou el trastorn de conducta, els pacients diagnosticats presenten característiques heterogènies. Alguns mostren un comportament molt agressiu, que causa importants danys als altres, mentre que altres evidencien la seva problemàtica sense component agressiu a través de mentides, enganys, furts, absentisme escolar o fugides. Per reflectir aquestes diferències i obtenir major precisió, el DSM-IV estableix tres nivells d'intensitat del trastorn (lleu, moderat i greu) en funció dels símptomes que sobrepassen el mínim establert i el dany provocat.

La diagnosi també es classifica en tres subtipus relacionats amb l'edat d'inici: el d'inici en la infància, abans dels 10 anys, el que s'inicia en l'adolescència sense antecedents previs i el subtipus en el qual es desconeix l'edat d'inici.

En la Classificació Internacional de Malalties, dècima edició (CIM-10) de l'OMS, el trastorn de conducta es classifica tenint en compte l'àmbit on es manifesten els símptomes i el nivell de socialització. El trastorn dissocial limitat al context familiar implica que els símptomes es produeixen només en la llar o en les relacions amb els membres de la família nuclear. Les manifestacions més freqüents són els robatoris de diners o pertinences de membres de la família, el deteriorament o destrucció deliberada d'objectes apreciats per persones de la llar o la provocació d'incendis deliberats a casa.

El trastorn dissocial en nens no socialitzats implica que, a més del comportament agressiu persistent, el nen presenta dificultats generalitzades i significatives en les relacions interpersonals, que solen provocar aïllament i rebuig per part dels demés. Les relacions amb els adults tendeixen a ser hostils i predomina el ressentiment.

En canvi, en el trastorn dissocial en nens socialitzats, el pacient està ben integrat amb els seus companys, manté amistats de llarga durada amb nois de la seva mateixa edat, amb qui sovint comparteix activitats delictives.

2.3. Prevalença del trastorn

Les dades recollides en estudis de prevalença mostren que les taxes del trastorn de conducta varien en funció de l'edat i el sexe. En un estudi realitzat en població clínica per Aláez, Martínez-Arias i Rodríguez Sutil (2000), el trastorn de conducta té una prevalença del 15,4% entre els 6 i 9 anys i augmenta fins el 29% entre els 10 i els 13 anys. En els nois la prevalença és del 24,4% i en les noies del 21%.

El nombre de casos varia segons l'edat i el sexe. En general sol presentar-se més en nens que en nenes: Els casos no clínics en un estudi a Catalunya (2006) van arribar al 9% de nens i 4,1% de nenes, amb diferents pesos relatius segons l'edat. En l'àmbit clínic, no existeixen diferències tan clares en el nombre de casos per sexe.

Frick (1998) indica que en casos no clínics el percentatge és menor, però també significatiu. En l'Enquesta de Salut de Catalunya (2006) efectuada amb una mostra de 2.200 nens de 4 a 14 anys, la prevalença del trastorn de conducta es del 9% en nens i 4,1% en nenes. Analitzant aquestes dades en funció de l'edat, la prevalença en nens de 4 anys és del 5,8% i arriba al 10,6% en el grup entre 10 i 14 anys. La prevalença en les nenes oscil·la des del 0,9% als 4 anys al 4,8% entre els 10 i 14 anys.

Malgrat que el trastorn de conducta sol ser més prevalent en nens que en nenes, un estudi de López-Soler *et al.* (2009) en població clínica de 6 a 12 anys, utilitzant les puntuacions del CBCL d'Achenbach (1991), no observa diferències significatives.

2.4. Característiques del trastorn de conducta en funció de l'edat d'inici i el sexe

En nois, la conducta problemàtica apareix en l'etapa escolar i va augmentant en gravetat.

S'ha observat que els casos d'inici en l'adolescència són més lleus i tenen millor pronòstic que els casos d'inici en la infància.

En el trastorn de conducta d'inici en la infància en nois, la conducta problemàtica apareix en l'etapa preescolar i va augmentant en gravetat. Entre els 7 i 10 anys, els nens mostren conductes agressives i tendència a mentir; entre els 11 i 13 anys apareix la crueltat física i actuacions antisocials com robatoris, vagabunderia o fugides.

Frick (2006) assenyala que aquest grup no és homogeni i observa que hi ha diferències importants en funció de la presència de trets d'insensibilitat emocional ("callous-unemotional"), que interfereixen el desenvolupament de l'empatia i dels sentiments de culpa. Els seus problemes de conducta són més freqüents i les agressions més greus. Els nens que no tenen aquests trets tenen majors factors de risc a nivell emocional, cognitiu i contextual. Mostren dificultat en la regulació de les seves emocions i la seva conducta respon a reaccions impulsives.

Les noies amb trastorn de conducta solen procedir de famílies problemàtiques i presenten dèficits cognitius i neuropsicològics.

Els nois adolescents que inicien el trastorn de conducta sense antecedents previs solen ser menys agressius i violents, menys impulsius, presenten menys dèficits cognitius i neuropsicològics, procedeixen de famílies menys problemàtiques i mostren més recursos adaptatius que els adolescents d'inici infantil.

El pronòstic en noies és pitjor que el del nois, sobretot amb trastorn de conducta d'inici en l'adolescència.

El patró de trastorn de conducta d'inici en l'adolescència en les noies presenta característiques diferents que en les nois. Les noies solen procedir de famílies problemàtiques i presenten dèficits cognitius i neuropsicològics similars als adolescents que han iniciat el trastorn en la infància. El pronòstic en les noies també és pitjor que en els nois amb trastorn de conducta d'inici en l'adolescència. Frick (1998) proposa que es distingeixi aquest patró del trastorn en les noies denominant-lo d'inici retardat ("delayed-onset").

El trastorn de conducta es manté en alguns casos des de la infància a l'adolescència i l'edat adulta. Odgers *et al.* (2008) analitzen en l'estudi longitudinal de Dunedin l'origen i les conseqüències en l'edat adulta de la conducta antisocial de les dones en comparació amb la dels homes. En la infància d'homes i dones amb trastorn persistent al llarg de la

En alguns casos els trastorns de conducta que comencen en la infància es mantenen fins l'edat adulta.

Segons un estudi (Oggers *et al.*, 2008), aquests casos als 32 anys estan implicats en problemes de violència, dificultats econòmiques i problemes de salut física i mental.

vida hi havia factors de risc socials, familiars i neuropsicològics que els diferenciaven dels que tan sols havien presentat trastorns de conducta durant l'adolescència. Tant els homes com les dones d'aquest estudi de trastorn amb conducta persistent als 32 anys estaven implicats en problemes de violència i tenien problemes de salut física i mental i dificultats econòmiques.

En la Taula 2 es sintetitzen els factors que prediuen la continuïtat del trastorn de conducta en l'edat adulta.

Taula 2. Factors que prediuen la continuïtat del trastorn de conducta en l'edat adulta

- 1. Existència de trastorns de conducta greus abans dels 11 anys**
- 2. Elevada freqüència, intensitat i diversitat dels símptomes**
- 3. Problemes de conducta amb component agressiu**
- 4. Comorbiditat amb el Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)**
- 5. Baix nivell intel·lectual**
- 6. Antecedents familiars de trastorns antisocials crònics o delinqüència**
- 7. Disfuncionalitat a nivell familiar**
- 8. Dificultats socioeconòmiques**

En el desenvolupament i manteniment del trastorn de conducta hi intervenen factors biològics, psicològics i socials que s'interrelacionen.

Altres estudis longitudinals sobre la continuïtat dels trastorns de conducta d'inici en la infància indiquen que existeix un grup de nens que tan sols presenten el trastorn en la infància. El seguiment d'aquests nens mostra que en l'edat adulta no presenten conductes antisocials, però tendeixen a presentar depressió, ansietat, aïllament social i dependència econòmica.

2.5. Etiologia del trastorn de conducta

La història familiar és un predictor molt important: el fet que els pares l'hagin patit és un factor de risc important per raons genètiques i ambientals (per l'entorn familiar que generen).

En el desenvolupament i manteniment del trastorn de conducta hi intervenen factors biològics, psicològics i socials que s'interrelacionen. La història familiar és un predictor molt potent per als trastorns de conducta, ja que en ella hi conflueix el component genètic i les influències de l'ambient dels progenitors. Els pares amb antecedents de trastorn de conducta tenen dificultat en exercir les seves funcions parentals i l'ambient familiar sol ser caòtic. Els fills de mares amb personalitat antisocial tenen major probabilitat de rebre un tracte hostil, ser víctimes de maltractament físic i testimonis de violència domèstica.

Existeixen també característiques individuals que poden propiciar l'aparició del trastorn de conducta (dèficits neuropsicològics, quocient intel·lectual baix, entre altres) o reforçar-lo (quan els pares es sotmeten o transigeixen davant la conducta anòmala del nen).

De totes formes, en l'estudi de Dunedin el trastorn de conducta o trastorn de personalitat antisocial i consum de substàncies en pares i avis es troba com antecedent en els trastorns de conducta d'inici en la infància i que persisteixen en l'edat adulta com a conducta antisocial, però no es troba en els trastorns de conducta d'inici en l'adolescència o limitats a l'edat infantil (Oggers *et al.*, 2007).

Pel que fa a les característiques individuals, els dèficits neuropsicològics, com quocient intel·lectual baix, pobresa comunicativa i alteracions en les funcions executives, propicien l'aparició dels trastorns de conducta en la infància, que poden reforçar-se si la interacció amb els pares és coercitiva. El procés d'interacció coercitiva descrit per Patterson (1982) consisteix en què la conducta anòmala del nen es reforçada pels progenitors quan aquests es sotmeten o transigeixen. Tot i que aparentment la conducta del nen finalitza, s'incrementa la probabilitat que es repeteixi en el futur. En famílies amb nens agressius, les interaccions coercitives tenen major probabilitat d'instaurar-se per l'impacte que produeix en els pares la reacció agressiva del fill.

2.6. Comorbiditat amb altres trastorns

El trastorn de conducta sol estar associat a altres trastorns, con el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, el trastorn d'ansietat, el trastorn depressiu i el consum de substàncies. La comorbiditat condiona de forma clara l'evolució i el pronòstic del trastorn de conducta.

Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH): El TDAH és la diagnosi comòrbida més freqüent, arribant a percentatges que oscil·len entre el 65% i el 90%. L'educació dels nens amb TDAH suposa un important repte pels pares. Quan les pautes educatives dels pares deixen de ser coherents i consistents, apareixen problemes de conducta de diversa intensitat que poden acabar en trastorn. En els nens amb trastorn de conducta i TDAH els problemes apareixen precoçment i tenen major gravetat que els que no presenten TDAH. En l'adolescència tenen major risc d'inadaptació social i inici de l'ús de substàncies.

Trastorn d'ansietat: En mostres no clíniques, entre el 22% i el 33% dels nens amb trastorn de conducta presenten també un trastorn d'ansietat concomitant. Aquest percentatge pot arribar fins el 75% en mostres clíniques. Durant l'edat escolar la comorbiditat amb el trastorn d'ansietat sembla que redueix la gravetat i evita la cronicitat del trastorn de conducta. En canvi, en l'adolescència el trastorn d'ansietat agreuja el trastorn de conducta i el fa crònic, perquè el malestar emocional s'externalitza. En els pacients amb trastorn de conducta que presenten trets d'insensibilitat emocional, el nivell d'ansietat és molt baix perquè no senten malestar per la seva conducta.

Trastorn depressiu: En els nens diagnosticats de trastorn de conducta les taxes de depressió poden situar-se entre el 15% i el 31%. La presència de símptomes depressius aporta dades sobre el nivell d'adaptació. Freqüentment els nens amb trastorns de conducta tenen dificultats en les relacions interpersonals amb els seus companys, la qual cosa redueix la seva autoestima i pot incrementar el risc de temptativa autolítica si apareix ideació suïcida i el nivell de control dels impulsos és baix.

Consum de substàncies: L'ús de substàncies psicoactives és poc freqüent en la infància i, quan es produeix, sol anar associat al trastorn de conducta, que és un dels predictors d'inici precoç de l'ús des substàncies en l'adolescent. (Gau *et. al.*, 2007 i Kuperman *et al.*, 2001). La

El trastorn de conducta sol estar associat amb altres trastorns com el dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), trastorns d'ansietat, depressius o consum de substàncies.

El TDAH és la diagnosi acompanyant (comòrbida) més freqüent. Quan coexisteixen tots dos trastorns, els problemes són més precoços i greus.

El trastorn d'ansietat és el segon que amb més freqüència acompanya el trastorn de conducta (TC) (22% a 33%). Si coincideixen en l'edat escolar, redueix la gravetat i evita la cronicitat del TC. Però si apareix el trastorn d'ansietat en l'adolescència, agreuja el TC i el fa crònic.

Del 15% al 31% dels nens amb TC poden presentar depressió. La reducció de l'autoestima i el risc d'ideació suïcida es converteixen llavors en preocupacions importants.

El consum de substàncies psicoactives en la infància sol anar associat al TC. Aquest risc s'accentua en l'adolescència, facilitat per la major accessibilitat de l'adolescent a les substàncies: tabac, alcohol, marihuana, etc.

baixa tolerància a la frustració, la impulsivitat, la manca de recursos per resoldre problemes i l'ansietat són aspectes que indueixen a l'ús de substàncies que estan fàcilment a l'abast dels adolescents, com són el tabac, l'alcohol i la marihuana. En un estudi amb 564 nens i adolescents que presentaven greus trastorns de conducta, el 27% dels nois i el 37% de les noies tenien problemes amb l'ús de substàncies a més d'altres problemes emocionals (Weiner *et al.*, 2001).

2.7. Avaluació i diagnosi dels trastorns de conducta

El mal comportament dels nens pot ser:
(1) Variació evolutiva (detectada per pares i professors, però que ni per característiques ni intensitat excedeix la que s'espera per edat i condicions del nen);
(2) Problema (distorsiona el funcionament del nen a casa i escola, però no és suficientment greu) i
(3) Trastorn (compleix els criteris del DSM-IV).

Per diagnosticar el trastorn de conducta és necessari diferenciar-lo de les alteracions transitòries del comportament infantil. Wolraich *et al.* (1996) en la versió per a nens i adolescents del Manual de Diagnosi per Atenció Primària (DSM-PC) proposen una classificació basada en el supòsit que en la majoria de conductes es pot observar una continuïtat que va des de la normalitat a la patologia. Estableixen tres nivells: Variacions evolutives, Problemes i Trastorns. Les Variacions evolutives són conductes que els pares o professors detecten com anòmales, però que no excedeixen per les seves característiques i intensitat el tipus de conductes possibles en l'edat i condicions del nen. Les conductes catalogades com Problema són les que distorsionen el funcionament del nen a casa o en l'escola amb els seus companys, però no són suficientment greus per considerar-les un trastorn mental. Quan les característiques del comportament compleixen els criteris establerts pel DSM-IV es diagnostica el Trastorn. Aquesta classificació facilita la intervenció dels professionals d'Atenció Primària, ja que els permet orientar directament a les famílies en les variacions de la normalitat i efectuar interconsulta o derivació als especialistes de salut mental en les situacions problemàtiques.

Tots els nens que presenten problemes de conducta requereixen una avaluació individualitzada i minuciosa, que s'inicia amb una entrevista. El professional decidirà si efectua la primera entrevista només amb els pares o inclou també el pacient. Quan el pacient és un adolescent convé implicar-lo des del primer moment, sol·licitant la seva opinió i explicant-li com i per què s'efectua l'avaluació. L'entrevista conjunta permet obtenir informació verbal i no verbal, mentre s'observa l'estil d'interacció i la resposta de cada un davant els temes conflictius. Durant l'entrevista, de forma més o menys estructurada, s'ha de recollir àmplia informació sobre el motiu de consulta, els antecedents personals i familiars, la història escolar i les consultes efectuades prèviament (Taula 3).

Taula 3. Contingut de l'entrevista clínica

Motiu de consulta:

Tipus i freqüència d'aparició de les conductes problemàtiques, edat d'inici, llocs on es produeixen, reacció de la família, professors, companys. Consultes i tractaments anteriors.

Genograma familiar:

Identificar les persones que, sense ser del nucli familiar, participen en l'atenció i educació del nen.

Antecedents personals:

Prenatals, perinatals, alimentació, son, desenvolupament psicomotriu, llenguatge, control d'esfínters, hàbits, malalties, accidents, abús físic i sexual (com víctima o com perpetrador).

Història escolar:

Edat d'inici, adaptació, motiu dels canvis d'escola, rendiment acadèmic, necessitats especials, relació amb professors i companys, problemes de disciplina (edat i freqüència).

Història familiar:

Psicopatologia en els pares (depressió, ús de substàncies, conducta antisocial), problemes conjugals, violència domèstica, implicació en l'educació dels fills, estil educatiu, coherència en la disciplina.

Informes d'altres professionals:

Professors, psiquiatres, psicòlegs, educadors, treballadors socials.

En la diagnosi del trastorn de conducta és necessària una avaluació individualitzada amb una entrevista en que es recull informació sobre el motiu de consulta, els antecedents personals i familiars, la història escolar i les consultes prèvies.

Les dades de l'anamnesi s'han de completar amb material estandaritzat que permeti contrastar la informació dels pares amb la dels professors. El Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach i Rescola, 2001), traduït per la Unitat d'Epidemiologia i Diagnosi en Psicopatologia del desenvolupament de la Universitat Autònoma de Barcelona, recull la valoració dels pares sobre les competències comportamentals en nens de 6 a 18 anys. L'inventari Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach i Rescola, 2001) recull la mateixa valoració segons els professors i, per a pacients entre 11 i 18 anys, s'utilitza el Youth Self Report (YSR) (Achenbach i Rescola, 2001).

Les dades de l'anamnesi s'han de completar amb material estandaritzat que permeti contrastar la informació dels pares amb la dels professionals.

Les puntuacions obtingudes en aquests inventaris serveixen per a precisar les característiques del trastorn de conducta. La síndrome conducta agressiva prediu els símptomes agressius del trastorn de la conducta, mentre que la síndrome conducta antinormativa ("rule-breaking"), prediu els no agressius (Tackett *et al.*, 2003). Les puntuacions significativament altes en aquestes dues síndromes també contribueixen a predir la persistència dels trastorns de conducta en un 77% (Biederman *et al.*, 2001).

L'adaptació espanyola del BASC, Sistema d'avaluació de la conducta de nens i adolescents (Reynolds i Kamphaus, 2004), permet avaluar els aspectes adaptatius i inadaptatius de la conducta dels nens i adolescents des dels 3 fins els 18 anys. El BASC diferencia tres nivells en funció de l'edat (preescolar, escolar i adolescent) i recull in-

formació dels pares (escala P), dels professors (escala T) i del propi pacient (escala S). Avalua tant aspectes positius com negatius.

Per tenir informació del grau d'adaptació del pacient i les actituds dels pares també es pot utilitzar el Test Autoevaluatiu Multifactorial d'Adaptació Infantil (TAMAI) de P. Hernández (2004), aplicable dels 8 als 18 anys.

Tenint en compte la importància de la integritat neuropsicològica en el pronòstic del trastorn, sempre que hi hagi dificultats a nivell acadèmic és útil obtenir informació del rendiment del nen a nivell del raonament verbal, raonament perceptiu, memòria de treball i velocitat de processament, aplicant l'Escala de Wechsler per a nens (WISC-IV).

Quan es sospita la coexistència d'altres trastorns (TDAH, ansietat, depressió, etc.), s'utilitzen els mètodes de diagnosi específics i apropiats per aquests trastorns.

Quan el pacient presenta símptomes que fan sospitar la presència de dèficit d'atenció i/o hiperactivitat, o bé un trastorn d'ansietat o de l'estat d'ànim, cal utilitzar el material psicodiagnòstic específic per a l'avaluació d'aquests trastorns.

2.8. Tractament

El tractament integra accions dirigides tant al nen com a la seva família.

Com que en el trastorn de conducta hi ha múltiples factors determinants, el tractament ha de combinar i integrar intervencions, dirigides tant al nen com a la família. Els programes d'entrenament a pares, la teràpia multisistèmica, l'entrenament en la resolució de problemes, les intervencions psicopedagògiques, els recursos comunitaris psicoeducatius i el tractament farmacològic formen part dels recursos que els professionals utilitzen per dissenyar els plans terapèutics de cada cas.

Programes d'entrenament a pares: S'ensenya els pares a establir regles, donar normes clares, negociar acords, donar reforços positius i també com aplicar mètodes disciplinaris eficaços quan la conducta requereix càstig.

Programes d'entrenament a pares: Estan dissenyats per incrementar la coherència i consistència del procés de socialització dels fills dins de la llar. La majoria de programes es centren en la modificació de conducta del fill i en l'increment de comunicació i millora de la relació pares-fills. S'ensenya els pares a establir regles, donar normes clares, negociar acords i reduir o eliminar les reprimendes verbals. Els pares també aprenen a utilitzar el reforç positiu per incrementar les conductes més adaptades i actituds prosocials. El nen descobreix que els seus pares ja no veuen en ell només allò negatiu i aquest canvi d'actitud facilita la reducció del patró d'interacció coercitiva. També s'ensenya els pares com aplicar mètodes disciplinaris eficaços quan la conducta requereix un càstig. Per tal que els canvis que es van produint a casa es generalitzin a altres àmbits, el nen ha d'incorporar les noves formes d'actuar i per això necessita comptar amb el recolzament i confiança dels pares. En els programes per als pares també es treballa la comprensió de les pròpies emocions i les dels altres, amb l'objectiu de desenvolupar una actitud més empàtica i evitar els posicionaments rígids que generen enfrontaments. Per aconseguir els resultats desitjats, els pares han d'aplicar amb perseverança allò après, superant la frustració de no obtenir canvis de seguida.

La teràpia multisistèmica integra la teràpia familiar, l'atenció des de la escola, el recolzament per a la cooperació pares-escola i l'acompanyament en la integració en grups d'activitats extraescolars.

Entrenament en resolució de problemes: com delimitar el problema, identificar solucions, mesurar conseqüències i decidir.

Les intervencions psicopedagògiques tracten d'evitar que el retard acadèmic dificulti la integració grupal.

Recursos comunitaris psicoeducatius: Programes promoguts pels serveis socials quan el trastorn o la implicació de la família dificulten l'assistència del nen a l'escola i/o el compliment del tractament.

El tractament farmacològic té l'objectiu de reduir l'agressivitat i la impulsivitat.

La prevenció es porta a terme a través de programes específics dirigits a casos de risc: preescolars procedents de famílies desfavorides i/o amb símptomes de TC.

Teràpia multisistèmica: És una de les poques intervencions que ha demostrat la seva eficàcia per a escolars i adolescents amb greus trastorns de conducta. S'inicia amb un detallat estudi del nen i la família per comprendre el context sistèmic dels problemes de conducta i llavors es dissenya la intervenció en funció de les necessitats de cada grup familiar. La intervenció integra recursos psicoterapèutics, com la teràpia familiar, individual o de parella, amb altres comunitaris, com són l'atenció des de l'escola, el recolzament per a la cooperació pares-escola, l'acompanyament en la integració en grups d'activitats extraescolars o la intervenció amb els companys d'aquestes activitats. L'eficàcia d'aquest procediment terapèutic es basa en la delimitació clara de les necessitats i l'actuació integrada dels professionals.

L'entrenament en resolució de problemes: Se'ls ensenya a delimitar el problema, definir-lo, identificar solucions alternatives, anticipar les conseqüències per a cada alternativa i seleccionar el comportament més adequat. Aquest procés de reflexió contribueix a reduir l'actuació impulsiva en els moments en què apareixen conflictes.

Intervencions psicopedagògiques: El retard en l'aprenentatge, ja sigui per falta de capacitat intel·lectual, per dificultats específiques o per les interferències directament relacionades amb el trastorn de conducta, requereix atenció psicopedagògica individualitzada. Es tracta d'evitar que el retard acadèmic incrementi les dificultats d'integració grupal ja existents per la falta d'habilitats socials.

Recursos comunitaris psicoeducatius: Quan el trastorn i la falta d'implicació de la família dificulten l'assistència del nen a l'escola i/o el compliment del programa terapèutic des dels centres de salut mental, s'ha de recórrer a les intervencions psicoeducatives des de la comunitat. Solen ser programes promoguts pels serveis socials dels ajuntaments i entitats juvenils, en què els educadors estimulen la conducta prosocial en grup a través d'activitats ocupacionals o lúdiques. Es fomenta l'autocontrol, les habilitats de comunicació, l'empatia, la capacitat de compromís i la cooperació.

El tractament farmacològic: Té l'objectiu de reduir l'agressivitat i la impulsivitat dels casos més greus i els símptomes dels trastorns comòrbids. El tractament farmacològic que redueix els símptomes del TDAH també sol reduir la taxa i gravetat dels trastorns de conducta.

2.9. Prevenció

Els millors resultats en la prevenció del trastorn de conducta s'obtenen quan la població diana del programa de prevenció són preescolars provinents de famílies molt desfavorides, el programa conté diversos aspectes i s'aplica de forma intensiva (Bennett i Oxford, 2001).

En una metanàlisi de 45 estudis de seguiment de programes de prevenció de símptomes del trastorn oposicionista desafiant i del trastorn de conducta, efectuats a partir de 1980, Grove *et al.* (2008) conclouen que

globalment els programes avaluats tenen un efecte positiu i persistent anys després de la intervenció preventiva. No obstant això, alerten de la dificultat que suposa prevenir trastorns en què hi intervenen variables de tipus biològic, psicològic i social. Els autors suggereixen diferenciar la manera de prevenir cada un d'aquests aspectes, creant programes de prevenció multidimensionals.

2.10. Conclusions

- La desobediència en els nens o la rebel·lia en l'adolescència són comportaments normals. Només alguns casos concrets que compleixen un criteris diagnòstics específics corresponen a Trastorns de Conducta (TC).
- Els TC són conductes persistents en qui les pateixen, amb la característica que infringeixen les normes socials i els drets de les altres persones. Apareixen abans dels 13 anys i per a la seva diagnosi han de complir-se els criteris definits en un barem anomenat DSM-IV. La diagnosi descarta les alteracions normals de l'edat i els problemes de conducta transitoris.
- La prevalença del TC (nombre de casos que es representen en la població) és important, arribant a xifres del 9% en nens i del 4% en nenes. Pot aparèixer en la infància o en l'adolescència i donada la diversitat de símptomes pot ser lleu, moderat o greu.
- Segons el sexe, hi ha característiques diferents: en els nois, quan apareix en la infància i no es tracta, va progressant en complexitat i gravetat amb els anys. D'altra banda, si s'inicia en l'adolescència, sol ser menys greu. En les noies, per contra, tot i que el TC comenci en l'adolescència, es manifesta i comporta de forma similar al TC en nois d'inici en la infància, per la qual cosa el pronòstic es pitjor que en els casos en adolescents nois.
- Els TC poden romandre fins l'edat adulta traduint-se en persones amb problemes de violència i de delinqüència, entre d'altres. Existeixen factors que ajuden a predir la continuïtat del TC en l'edat adulta i, per tant, orienten la prioritat en el tractament.
- El TC sol associar-se amb altres trastorns; el d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), d'ansietat, depressió o el consum de substàncies.
 - EL TDAH és el trastorn que amb més freqüència acompanya el TC: la coexistència d'aquests dos trastorns afavoreix l'aparició de problemes més precoços i greus.
 - El trastorn d'ansietat és la segona comorbiditat (trastorn que pot aparèixer junt al TC). Tanmateix, si apareix en la infància redueix la gravetat del TC i n'evita la cronicitat, mentre que si apareix en l'adolescència té l'efecte contrari.
 - Del 15% al 31% dels casos de TC poden desenvolupar depressió i amb això el risc de baixa autoestima i potencial ideació suïcida.
- La diagnosi l'estableixen professionals de salut mental a través de la realització d'entrevistes i l'aplicació de diversos tests, tant al pacient com a la seva família i professors.
- Pels múltiples factors, el tractament es dirigeix al nen i la seva família i comprèn un ventall d'aproximacions que inclouen programes d'entrenament per a pares, teràpia multisistèmica, entrenament en la resolució de problemes, intervencions psicopedagògiques i el tractament farmacològic per a casos greus. Particularment la teràpia multisistèmica destaca com la més efectiva per als casos més greus.
- La prevenció es dirigeix fonamentalment a casos de risc com poden ser preescolars procedents de famílies desfavorides.

2.11. Bibliografia

Achenbach TM. 1991. *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach TM i Rescorla LA. 2001. *Manual for the ASEBA School-Age Forms i Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Aláez M, Martínez-Arias R i 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 i Offord DR. 2001. Conduct disorder: can it be prevented? *Current Opinion in Psychiatry*, 14: 333-337.

Biederman J, Mick E, Faraone SV i Burback 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 i 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 i 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 i 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 i 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.
- Odgers 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 i Kamphaus, RW. 2004. *BASC: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tackett JL, Krueger RF, Sawyer MG i 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 i 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 i 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. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)

Dr. José Ángel Alda. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

3.1. Introducció

El TDAH és un conjunt de conductes que s'inicia durant la infància i es caracteritza per tres símptomes principals: dificultat per mantenir l'atenció, hiperactivitat o excessiu moviment, i impulsivitat. El TDAH afecta entre el 3 i el 7% dels nens, i és més freqüent entre nens que entre nenes.

Els símptomes poden aparèixer des que són bebès: són uns tornados quan comencen a caminar, estan sempre en moviment i llancen coses constantment. Són nens amb una curiositat insaciable, intrèpids, no veuen cap perill enlloc i els costa acceptar les normes. Els jocs solen ser més agressius i les demandes són freqüents i sorolloses; interrompen constantment i presenten rabietes freqüents i intenses.

En l'edat escolar són freqüents les notes a l'agenda. Sovint no acaben els deures, els quals estan poc organitzats i amb errors. A classe parlen impulsivament, responen abans d'acabar la pregunta, es mostren agressius i tenen dificultats per acceptar les normes. A casa tenen dificultats per realitzar les tasques, tot i que millora el rendiment amb la supervisió. En la seva relació amb el grup, solen ser manaires i dominants, no respecten els torns de joc, són moguts i tenen propensió als accidents; a l'informe escolar apareixen frases del tipus "es distreu amb facilitat", "sol interrompre la classe", etc.

El diagnòstic sol realitzar-se a l'iniciar l'escolaritat, aproximadament als 6-7 anys, sobretot quan comencen els problemes d'adaptació escolar. Un cop realitzat el diagnòstic del TDAH és necessari instaurar el tractament, l'objectiu del qual és millorar l'atenció, la impulsivitat i la hiperactivitat i evitar les complicacions associades al TDAH.

El tractament que millors resultats obté és el tipus multimodal o combinat, és a dir, intervenció psicològica i psicofarmacològica juntament amb l'assessorament familiar i escolar.

El pronòstic varia en funció de la gravetat del TDAH i dels quadres associats. Un diagnòstic i un tractament precoç i adequat seran claus per a una millor evolució del TDAH.

3.2. Què entenem per trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)?

El TDAH és un trastorn d'origen neurobiològic, els símptomes del qual comencen durant la infància, i comprèn un patró persistent de conductes de manca d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat. Es considera que el

trastorn està present quan aquestes conductes tenen una freqüència i intensitat superiors al que és habitual segons l'edat i el desenvolupament de la persona, i aquestes manifestacions interfereixen de forma significativa en el rendiment escolar o laboral i en les activitats quotidianes, i s'obtenen resultats per sota de les seves capacitats (DSM-IV-TR, 2001).

Els últims anys s'ha produït un important increment en el nombre de publicacions, no només científiques, sobre el TDAH en nens i adolescents, fet que dona la sensació en amplis sectors de la nostra societat d'estar al davant d'una nova malaltia. Aquesta afirmació no pot ser més errònia. El TDAH es coneix des de fa molts anys, representa un dels trastorns psiquiàtrics més prevalents en nens i adolescents i constitueix un dels motius de consulta més freqüents als centres de salut mental infanto-juvenil per les conseqüències que provoca en els diferents aspectes de la vida del pacient.

El TDAH és un dels trastorns més freqüents en nens i adolescents, les manifestacions del qual (manca d'atenció, hiperactivitat i impulsivitat) interfereixen de forma significativa en la vida d'aquests pacients i en les persones del seu entorn.

La primera definició del TDAH va ser realitzada per G. Still (1902), qui va descriure 43 nens que presentaven greus problemes en l'atenció sostinguda i en l'autoregulació, als quals atribuïa un problema en el control moral de la conducta. L'any 1914, A. Tredgold va argumentar que el TDAH podria ser causat per una mena de disfunció cerebral, una encefalitis letàrgica en què quedava afectada l'àrea del comportament, per això es produïen les conseqüents hipercinèsia compensatòria, explosivitat en l'activitat voluntària i impulsivitat. El 1937, Bradley descobreix de forma casual els efectes terapèutics de les amfetamines en nens hiperactius. El terme disfunció cerebral mínima va ser encunyat per Strauss y Lehtinen el 1947, aplicat a nens amb trastorns de conducta en els quals no s'hi apreciava suficients indicis de patologia cerebral (Barkley, 2006). Lauferr i Denhoff (1957) van realitzar la primera denominació de síndrome hiper-cinètic. L'any 1968, el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, conegut per les seves sigles en anglès DSM-II (1968), el va incloure com a reacció hiper-cinètica en la infància i posteriorment el DSM-III (1980) va utilitzar el terme trastorn de dèficit d'atenció fins que va arribar al DSM-IV-TR (2001) en forma de trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat.

Les impressions clíniques sobre la validesa del diagnòstic del TDAH i l'eficàcia del tractament estan sòlidament confirmades per la recerca realitzada. L'American Medical Association (AMA) va encarregar un estudi que conclou que "el TDAH és un dels trastorns millor estudiats en medicina i les dades generals sobre la seva validesa són més convinents que en la majoria de trastorns mentals i fins i tot que en moltes malalties mèdiques" (Goldman *et al.* 1998).

Tot i ser un dels trastorns més ben estudiats en medicina, al nostre entorn existeix una gran variabilitat en la pràctica clínica quant a diagnòstic i tractament del TDAH.

Tot i aquestes proves, al nostre medi existeix una gran variabilitat en la pràctica clínica quant a diagnòstic i tractament del TDAH. Per tot això, i dins del "Programa d'Elaboració de Guies de Pràctica Clínica (GPC) basades en l'evidència per al conjunt del Sistema Nacional de Salut " promogut pel Pla de Qualitat del Ministeri de Sanitat i Consum, la Fundació Sant Joan de Déu (FSJD) juntament amb l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Investigació Mèdiques de Catalunya (AATRM) han estat les encarregades d'elaborar una Guia de Pràctica Clínica sobre el TDAH en nens i adolescents que ha estat coordinada pel nostre grup i Fernández

(Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009). Per la seva qualitat, aquesta guia ha servit de base per a la realització d'aquest document.

3.3. Com es manifesta el TDAH en nens i adolescents?

Les manifestacions conductuals del TDAH solen produir-se tant a la llar i l'escola com a la feina i situacions socials.

Les conductes per valorar un TDAH són dimensionals i es distribueixen en un continu que va des de la normalitat fins a la patologia. Els símptomes nuclears són: la inatenció, la hiperactivitat i la impulsivitat, als quals sovint se sumen els símptomes secundaris a la comorbiditat (Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes).

Segons el DSM-IV-TR (APA, 2001), les manifestacions clíniques dels símptomes nuclears fan referència a:

Hiperactivitat:

Es manifesta per un excés de moviment en situacions en les quals resulta inadequat fer-ho i en diferents àmbits (casa i escola). Tenen grans dificultats per estar quiets quan les situacions ho requereixen (s'aixeca del seient, ho toca tot, no para quiet, semblen moguts per un motor). Parlen en excés i fan massa soroll durant activitats tranquil·les.

La hiperactivitat consisteix en un excés de moviments en situacions on resulta inadequat, parlar en excés i produir massa soroll en situacions tranquil·les.

El moment evolutiu influeix significativament en la manifestació de la hiperactivitat. Així doncs, els nens preescolars tenen una hipercinèsia generalitzada menys dependent de l'entorn. En l'edat escolar, pot passar que la conducta hiperactiva del nen es limiti a algunes situacions, especialment quan estan poc estructurades. Parlen en excés i fan massa soroll durant activitats tranquil·les. La hiperactivitat en adolescents sol ser menys evident i predomina una sensació interna d'inquietud, intenta fer diverses coses alhora i passa d'una activitat a una altra sense acabar-ne cap (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2009).

Inatenció:

El dèficit d'atenció dificulta al nen organitzar i acabar les tasques, escoltar i seguir instruccions, i provoca que es distregui amb facilitat.

Fa referència a les dificultats per mantenir l'atenció durant un període de temps, tant en tasques acadèmiques com familiars i socials. Als nens els resulta difícil prioritzar les tasques, persistir fins acabar-les i eviten activitats que suposin un esforç mental sostingut. Tendeixen a anar canviant de tasca sense arribar a acabar-ne cap. Sovint sembla que no escoltin. No segueixen ordres ni instruccions i tenen dificultats per organitzar tasques i activitats amb tendència als oblitats i pèrdues freqüents. Solen distreure's amb facilitat davant d'estímulos irrellevants (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

En situacions socials, la inatenció sol manifestar-se amb canvis freqüents de conversa, amb dificultats per seguir les normes o detalls en activitats i/o jocs.

A nivell evolutiu, la inatenció sol aparèixer més freqüentment durant l'etapa escolar quan fa falta una activitat cognitiva més complexa, i persisteix significativament durant l'adolescència i edat adulta.

Impulsivitat:

Els nens amb TDAH es caracteritzen per actuar d'una forma impulsiva i sense pensar en les conseqüències de la seva conducta.

Es manifesta amb impaciència, dificultat per ajornar respostes o esperar el torn. Sovint interrompen i donen respostes precipitades abans que s'hagin completat les preguntes. En general, es caracteritzen per actuar sense pensar, no avaluant les conseqüències de la conducta.

Durant els primers anys, la impulsivitat fa que el nen sembli "estar controlat pels estímuls" de manera que té tendència a tocar-ho tot. En l'edat escolar, interrompen constantment a la resta i tenen dificultats per esperar el torn.

La impulsivitat en l'adolescència comporta un major conflicte amb els adults amb tendència a tenir més conductes de risc (abús de tòxics, activitat sexual precoç i accidents de trànsit) (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

El baix rendiment acadèmic dels escolars amb TDAH es deu tant a les seves dificultats organitzatives i executives, com als trastorns específics de l'aprenentatge que sovint s'hi associen (per exemple la dislèxia).

Les manifestacions conductuals descrites anteriorment solen produir-se en múltiples contextos (llar, escola, feina i situacions socials). Els escolars amb TDAH presenten més dificultats d'aprenentatge que la resta de la població infantil, i aquest fet és un dels principals motius de consulta i de fracàs escolar (Spencer J., 2007). El baix rendiment acadèmic és degut en part a les mateixes dificultats organitzatives, de planificació, prioritització, atenció i precipitació de la resposta que obeeixen a les alteracions de les funcions executives (memòria de treball i inhibició de la resposta) pròpies del TDAH, i també a les dificultats específiques que comporten els trastorns específics de l'aprenentatge freqüentment associats, com és la dislèxia (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.4. Informació epidemiològica

Entre un 1,9 i un 14,4% dels nens i adolescents pateixen TDAH.

És més freqüent en homes que en dones. Sol aparèixer associat a altres trastorns.

El TDAH representa una de les raons més freqüents per les quals els nens són remesos al pediatra o a l'equip de salut mental perquè presenten problemes de conducta. S'admet que el TDAH és un dels trastorns psiquiàtrics del nen i de l'adolescent més prevalents (Barkley, 2006).

Els índexs de prevalença són marcadament dispars segons els criteris de diagnòstic utilitzats, l'origen de les mostres (clíniques o poblacionals), la metodologia i les edats i sexes estudiats (Benjumea, 2006). Els intervals de prevalença se situen entre l'1,9 i el 14,4% (Scahill *et al.* 2000; Faraone *et al.* 2003). El DSM IV TR (2001) fa referència a una prevalença estimada entre el 3-7% de la població en edat escolar. Polanczyk *et al.* (2007) observen una prevalença mundial del 5,3%. En el nostre medi s'obtenen índexs similars; així doncs, Cardo (2007) troba una prevalença del 4,6% entre escolars de 6 i 11 anys a l'illa de Mallorca, valor similar a altres estudis europeus.

S'accepta de manera general que és un trastorn més freqüent en nois que en noies, amb valors que oscil·len entre 2,5:1 i 5,6:1 (Criado *et al.*, 2003). En ambdós sexes, el subtipus combinat és el més freqüent, però al subtipus inatent sembla que hi ha major percentatge de noies, entre

les quals els símptomes d'impulsivitat i hiperactivitat poden aparèixer amb menor intensitat (Benjumea, 2006). Les diferències quant a sexe es relacionen més amb les escales de valoració psicopatològica i/o conductual, les quals no inclouen elements específics per a noies, que una especificitat en funció del sexe (Knellwoft *et al.*, 2008).

És poc freqüent la presentació aïllada del trastorn, més del 85% dels pacients presenta almenys una comorbiditat, i prop del 60% té almenys 2 comorbiditats; els més freqüents són el trastorn negativista desafiant, el trastorn d'ansietat i el trastorn dissociat (Jensen *et al.* 2001).

En mostres comunitàries no clíniques Szatmari *et al.* (1989) indiquen que prop d'un 44% dels pacients presenta almenys una comorbiditat, el 32% dues comorbiditats, i l'11% tres o més comorbiditats.

3.5. Com evoluciona el TDAH al llarg de la vida?

Els símptomes solen aparèixer als 4-5 anys d'edat.

En general, la hiperactivitat tendeix a disminuir, mentre que la impulsivitat i la inatenció romanen.

Molts joves amb TDAH tindran una bona adaptació a l'edat adulta i estaran lliures de problemes de salut mental.

La mitjana d'edat d'inici dels símptomes se situa entre els 4 i 5 anys, es presenta impulsivitat, hiperactivitat i desobediència, es té propensió a tenir més accidents (Du Paul *et al.* 2006; Dopfner *et al.* 2004). El diagnòstic d'aquests nens pot ser més difícil perquè aquests símptomes són propis de l'edat, i la intensitat, la freqüència i la repercussió sobre l'entorn és el que orientaria sobre un TDAH. Beitchman *et al.* (1987) destaca que pacients preescolars diagnosticats amb TDAH tenien més probabilitats de rebre el mateix diagnòstic 5 anys més tard o fins i tot persistir els mateixos símptomes d'hiperactivitat i desobediència.

El diagnòstic se sol realitzar quan comença l'educació primària i apareixen problemes en el rendiment escolar (deures incomplets, poc organitzats i amb errors), es distreu fàcilment, parla impulsivament, respon abans d'acabar la pregunta, juntament amb una disfunció social (conducta disruptiva a classe, dificultats per acceptar les normes, agressivitat, interromp i es fica a tot arreu) (Greenhill, 1998).

En molts nens els símptomes d'hiperactivitat tendeixen a disminuir durant la infància. La inatenció i especialment la impulsivitat romanen en adolescents i adults.

El temps que els nens poden mantenir l'atenció augmenta amb l'edat; malgrat tot, en molts nens amb TDAH aquest temps tendeix a estar per sota del nivell esperat i del que es necessita per cobrir les demandes de la vida diària. Un alt percentatge de nens amb TDAH seguirà tenint símptomes en l'adolescència i edat adulta i haurà de mantenir el tractament.

Tot i que els símptomes d'inatenció i hiperactivitat poden persistir en molts casos, és important recordar que molts joves amb TDAH tindran una bona adaptació a l'edat adulta i quedaran lliures de problemes de salut mental. Un bon pronòstic serà més probable si predomina la inatenció més que la hiperactivitat-impulsivitat, si no es desenvolupen trastorns de conducta i les relacions amb els familiars i altres nens són adequades (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.6. Quina és l'etiopatogènia del TDAH?

En l'aparició del TDAH intervenen factors genètics i ambientals. Tot i que el component genètic és el de major pes, és important saber quins factors ambientals, com el consum de tabac, alcohol i altres drogues per part de la mare, es relaciona amb un major risc de patir un TDAH.

No es coneixen amb exactitud tots els factors que intervenen en l'aparició del TDAH, però està clar que existeix una interrelació de múltiples factors genètics i ambientals, el més important dels quals és el component genètic. Es postula que l'origen del TDAH es troba en una disfunció de l'escorça prefrontal i les seves connexions frontals i estriades (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Diverses dades donen suport a aquest model etiopatogènic, entre les quals hi ha l'efecte beneficiós dels estimulants i els models animals que impliquen les vies dopaminèrgiques de gran rellevància en el funcionament del lòbul prefrontal (Shaywitz *et al.*, 1978; Arnsten, 2006).

Entre els factors ambientals destaquen sobretot la prematuritat, la encefalopatia hipoxicoisquèmica, el baix pes de naixement i el consum de tabac, alcohol i altres drogues durant la gestació. També els traumatismes craneoencefàlics (TCE) greus en la primera infància, així com patir infeccions del sistema nerviós central (SNC) s'han relacionat amb un major risc de TDAH.

Factors dietètics com el tipus d'alimentació, la utilització d'additius alimentaris, sucre i edulcorants han estat també motiu de polèmica sense que de moment existeixin estudis concloents que ho relacionin (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.7. Com es diagnostica el TDAH?

El diagnòstic del TDAH es realitza mitjançant la informació obtinguda dels nens o adolescents, pares i educadors, i ha d'estar avalat per la presència dels símptomes característics.

En aquests moments no disposem de cap prova complementària de laboratori, de neuroimatge o neurofisiològica per realitzar el diagnòstic de TDAH, sinó que és exclusivament clínic, és a dir, mitjançant la informació obtinguda dels nens o adolescents, pares i educadors i ha d'estar avalat per la presència dels símptomes característics del trastorn, amb una clara repercussió a nivell familiar, acadèmica i/o social, després d'haver exclòs altres trastorns o problemes que puguin estar justificant la simptomatologia observada.

A l'entrevista s'ha d'obtenir informació sobre els problemes actuals del nen, la natura dels símptomes (freqüència, durada, variació situacional dels símptomes), l'edat d'inici i el grau de repercussió en els diferents ambients de la vida del nen. Han d'avaluar-se també els antecedents familiars (pel caràcter genètic del trastorn), el funcionament familiar i antecedents personals (embaràs, part i període perinatal, desenvolupament psicomotor, antecedents patològics i història de salut mental del nen). S'ha de realitzar una exploració física i psicopatològica del nen i recollir informació de l'escola i sobre el rendiment acadèmic durant tota la història escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Les exploracions neuropsicològica i psicopedagògica no són imprescindibles per al diagnòstic de TDAH en nens i adolescents. No obstant això, és recomanable l'estudi neuropsicològic quan se sospiti de la presència

d'un trastorn específic d'aprenentatge comòrbid o sigui important valorar el perfil de funcionament cognitiu. Igualment, una avaluació psicopedagògica permetrà valorar l'estil d'aprenentatge i establir els objectius de la intervenció reeducativa.

La realització de proves complementàries no és necessària per al diagnòstic de TDAH en nens i adolescents a no ser que la història clínica i exploració física posin en evidència la presència d'algun trastorn que en requereixi la realització.

És important tenir en compte que la inquietud i el dèficit d'atenció són símptomes que poden aparèixer en molts altres trastorns diferents del TDAH.

És necessari efectuar un diagnòstic diferencial amb altres malalties que puguin confondre's amb el TDAH, tenint en compte que no tots els nens moguts i despitats tenen TDAH, ja que els símptomes d'inquietud i dèficit d'atenció poden aparèixer en una àmplia varietat de trastorns:

- retard mental
- trastorns d'aprenentatge
- trastorns generalitzats del desenvolupament
- trastorns del comportament
- trastorn d'ansietat
- trastorn de l'estat d'ànim
- abús de substàncies
- factors ambientals
- trastorns mèdics

La majoria d'aquests trastorns poden ser exclosos amb una història clínica completa i l'exploració física (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.8. Existeix un sobrediagnòstic del TDAH?

Desgraciadament no tots els pacients que presenten un TDAH són correctament identificats i tractats, fet que tindrà importants repercussions tant personals, familiars com de salut pública. El Centre de Control de Malalties nord-americà (CDC) va analitzar les dades d'una enquesta nacional de salut infantil i va observar que només el 56,3% dels nens de 4 a 17 anys diagnosticats amb TDAH rebien un tractament farmacològic correcte i que no existien diferències en funció del sexe (Mental Health in the United States, 2005).

Jensen *et al.* (1999) van realitzar un estudi amb la idea de valorar el possible sobrediagnòstic i possible sobretractament amb estimulants i va observar una prevalença de TDAH del 5,1%. Només un 12,5% dels nens diagnosticats amb TDAH rebien tractament amb estimulants; ben al contrari, algunes de les prescripcions d'estimulants eren administrades a nois que no complien tots els criteris de TDAH tot i tenir nivells elevats de símptomes, i per això conclouen que no es pot parlar de sobrediagnòstic.

Durant els últims anys es pot detectar un increment en el nombre de pacients en tractament amb estimulants, des de 1991 les prescripcions per al tractament del TDAH es multipliquen per 5 a EUA, fins el punt que un

de cada 8 nens nord-americans pren metilfenidat (Knellwolf *et al.* 2008; Bonati i Clavenna 2005; Cox *et al.* 2003; Schlander 2007).

Al nostre país es produeix una situació similar, entre els anys 1992 i 2001 s'ha multiplicat per 6 l'ús del metilfenidat (Criado Alvarez i Romo 2003), però l'increment és inferior a l'experimentat a Estats Units.

És cert que en els últims anys s'ha incrementat el nombre de persones que sol·liciten ajuda per al tractament, fet que dona la sensació subjectiva d'un major nombre de pacients diagnosticats (Brown 2003). Malgrat tot, s'estima que una part d'aquest increment és degut al major nombre de consultes per TDAH, a la prolongació dels tractaments farmacològics i a la utilització actual d'estimulants també en nenes, en adolescents i en adults joves, i en els casos de TDAH de predomini inatent (Schlander 2007; Brown 2003).

3.9. Quines són les repercussions sanitàries del TDAH?

Un menor rendiment acadèmic, menor categoria professional, un increment de les visites a urgències per accidents, més divorcis i major delinqüència associada són algunes de les repercussions del TDAH si no es tracta de forma adequada.

De l'experiència clínica en l'avaluació de persones diagnosticades amb TDAH s'observa que els símptomes del trastorn tenen un gran impacte en el desenvolupament de l'individu i interfereixen en el funcionament social, emocional i cognitiu, i causen una important morbiditat i disfuncionalitat no només en el nen, sinó també en el grup de companys i en la seva família (Cardo i Servera 2008).

En els pacients amb TDAH no tractat o infractat, s'associa a llarg termini amb una àmplia gamma de resultats adversos, com ara menor rendiment acadèmic, augment de les expulsions o abandonament escolar, menor categoria professional, més accidents de trànsit, increment de les visites a urgències per accidents, major incidència de divorci i fins i tot major increment de la delinqüència (Barkley i Cox 2007; Mannuzza *et al.* 1991; Mannuzza *et al.* 1993; Mannuzza *et al.* 1997; Mannuzza *et al.* 1998). És freqüent la comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics, com l'abús de substàncies, la conducta antisocial, quadres afectius i d'ansietat (Jensen *et al.* 1999; MTA, 1999). Tant en l'adolescència com en l'edat adulta són freqüents els problemes de baixa autoestima i escasses habilitats socials (Pormelau *et al.* 1995). Quant al consum de substàncies, l'inici del consum és més precoç en aquests pacients i n'és menys probable l'abstinència en l'edat adulta (Wilens *et al.* 1995; Biederman *et al.* 1997; Pormelau *et al.* 1995). El risc de presentar un trastorn de personalitat antisocial és 5 vegades major en pacients amb història de TDAH, i aquest risc s'associa a la comorbiditat amb un trastorn dissocial previ (Faraone *et al.*, 1998).

Segons un estudi, el TDAH interfereix en la vida diària dels nens i les seves famílies més que l'asma.

Un estudi realitzat per Escobar *et al.* (2005) que comparava la qualitat de vida entre pacients amb TDAH i pacients asmàtics conclou que el TDAH interfereix en la vida diària de nens, pares i famílies encara més que l'asma, principalment en àrees relacionades amb el funcionament psicosocial, tot i que apareix també l'evidència del deteriorament en el funcionament físic. Els endarreriments en el reconeixement, valoració i

tractament del TDAH poden afectar negativament la qualitat de vida d'aquests nens.

En les famílies es poden observar idees d'autoculpabilitat, aïllament social, conflictes conjugals, símptomes afectius i d'ansietat, menor productivitat laboral i un augment de l'absentisme laboral (Johnston *et al.* 2001; Mash *et al.* 1983).

3.10. Quines són les repercussions econòmiques del TDAH?

Tot i que els costos sanitaris del TDAH són gairebé el doble respecte dels nens sense TDAH, oferint un tractament adequat es poden reduir aquestes implicacions econòmiques i el desgast emocional que provoca a la societat.

D'altra banda, l'impacte de la malaltia en la salut pública i la seva càrrega per al sistema sanitari són considerables, els costos sanitaris són gairebé el doble respecte dels nens sense TDAH; per això en general el cost de la malaltia es calcula que és superior als 40 mil milions de dòlars anuals només als Estats Units (Schlander *et al.* 2007).

Els costos en aquell país han augmentat per l'increment en el diagnòstic i tractament de casos de TDAH. El cost econòmic estimat anual en nens i adolescents és d'aproximadament 14.000 dòlars per individu en preus del 2005 (valors entre 12.000 i 17.500 dòlars), i consisteix en costos de salut (18%), costos del sistema educatiu (34%) i costos associats amb activitats il·legals (48%) (NICE, 2009).

Es fa evident que el TDAH s'associa significativament a costos econòmics i emocionals reflectits en el sistema de salut, els serveis educatius, els cuidadors, les famílies i la societat en general. Oferir el tractament efectiu adequat podria millorar la qualitat de vida de les persones amb TDAH, els cuidadors i familiars, i alhora reduir les implicacions econòmiques i el desgast psicològic i la sobrecàrrega del TDAH en la societat (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

No disposem en el nostre medi d'estudis similars quant a l'impacte del TDAH i costos associats. Els costos que caldria estudiar al nostre medi haurien d'incloure accidents, costos de serveis de salut, comorbiditat amb altres trastorns, abús de substàncies, conducta antisocial, fracàs escolar, disfuncions a la família i la societat, entre d'altres (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.11. Quin és el tractament del TDAH?

El tractament del TDAH de nens i adolescents ha de ser individualitzat en funció de cada pacient i la seva família. Té per objectiu millorar els símptomes i reduir l'aparició d'altres trastorns associats, ja que de moment no existeix cap cura per al TDAH (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Actualment no existeix cap cura per al TDAH. El tractament inclou una intervenció psicopedagògica, un tractament psicològic conductual i, només en casos de repercussió moderada o greu, els fàrmacs.

En nens i adolescents amb TDAH amb repercussió moderada o greu sobre la vida diària, es recomana el **tractament combinat**, el qual inclou el tractament psicològic conductual, el farmacològic i la intervenció psicopedagògica. En els casos de TDAH amb repercussió lleu es

recomana l'associació de tractament psicològic conductual i intervenció escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

La combinació de tractaments farmacològics i psicològics té la potencialitat de tenir efectes immediats en els símptomes del TDAH mitjançant la utilització de la medicació, així com efectes de llarga durada gràcies al desenvolupament d'estratègies i habilitats cognitives i de comportament proporcionades pel tractament psicològic (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Tractament psicològic per al TDAH

Les intervencions psicològiques que han mostrat proves científiques positives per al tractament del TDAH es basen en els principis de la teràpia cognitiva conductual (TCC). Entre aquestes hi ha:

- Teràpia de conducta
- Entrenament per a pares
- Teràpia cognitiva
- Entrenament en habilitats socials

Tractament psicopedagògic per al TDAH

Comprèn des de les intervencions encaminades a millorar el rendiment acadèmic del nen o adolescent (mitjançant una reeducació psicopedagògica) fins a les dirigides a la millora de l'entorn escolar i per tant de la seva adaptació a aquest entorn (mitjançant un programa d'intervenció a l'escola i la formació als docents).

Tractament farmacològic per al TDAH

Per la seva seguretat, alta eficàcia i escassos efectes secundaris es recomana el tractament farmacològic per al tractament d'aquests pacients.

L'efecte beneficiós dels fàrmacs sobre les conductes hiperactives es coneix des de fa més de 70 anys. Els primers fàrmacs per al tractament del TDAH es van comercialitzar a Espanya fa més de 25 anys. Aquests fàrmacs estan entre els més **estudiats i segurs** de tots els que s'utilitzen en nens i adolescents, són tots **molt eficaços** per al tractament dels símptomes del TDAH. Entre el 70 i 80% dels pacients respon de forma favorable al primer tractament utilitzat. Amb els fàrmacs milloren els símptomes del TDAH, el rendiment escolar i el comportament del nen tant a casa com a l'escola a nivell relacional. Alhora potencia l'efecte de les intervencions psicològiques i psicopedagògiques (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

El tractament farmacològic del TDAH es caracteritza per la seva eficàcia i seguretat.

3.12. Quins fàrmacs hi ha disponibles a Espanya?

En aquests moments disposem al nostre país de dos grups de medicaments indicats per al tractament del TDAH en nens i adolescents: els psicoestimulants, com el metilfenidat, i els no estimulants, com l'atomoxetina.

Disposem de 3 presentacions de metilfenidat en funció de la forma d'alliberament del fàrmac:

- Alliberament immediat: la durada de l'efecte és d'unes 4 hores, per això s'han d'administrar 2-3 dosis repartides durant tot el dia per tractar de forma adequada al pacient.
- Alliberament prolongat: existeixen dues presentacions comercials. Totes dues consisteixen en una mescla de metilfenidat d'alliberament immediat i d'alliberament prolongat en una sola dosi diària. La diferència entre l'un i l'altre és la quantitat de fàrmac d'acció immediata i prolongada i el mecanisme d'alliberament utilitzat; tot això comporta una durada de l'efecte diferent, unes 12 hores amb l'un i 8 hores amb l'altre.

En altres països del nostre entorn existeixen altres presentacions de fàrmacs estimulants: per exemple, presentació en pegats, associació de sals d'estimulants, etc., les quals de moment no disposem al nostre país.

L'elecció del fàrmac s'adapta a les necessitats de cada pacient i família.

3.13. Quin fàrmac triar?

El tractament ha de ser **individualitzat**, és a dir, adaptat a les necessitats de cada pacient i cada família. L'elecció d'un fàrmac o un altre dependrà (NICE 2009):

- De l'existència de problemes associats, com ara tics, epilèpsia, etc.
- Dels efectes adversos de la medicació
- De l'existència de consum de drogues en l'adolescent
- De les experiències prèvies de manca d'eficàcia amb un determinat fàrmac
- De les preferències del nen/adolescent i la seva família
- De la facilitat d'administració

No és necessària la realització de cap prova complementària (anàlisi de sang, electrocardiograma, etc.), llevat que la història i/o l'exploració del pacient ho aconsellin. Per exemple, en pacients amb antecedents de problemes cardíacs serà necessari realitzar un estudi cardiològic abans d'iniciar el tractament (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Per al control del tractament és convenient registrar el pes, la talla, el pols i la tensió sanguínia de forma periòdica.

Un cop triat el fàrmac es comença amb dosis baixes i s'incrementarà la dosi cada una o tres setmanes en funció de la resposta del pacient i de l'aparició d'efectes secundaris. El metge serà el responsable d'avaluar l'eficàcia i la tolerabilitat del fàrmac mitjançant visites periòdiques, molt més freqüents a l'inici del tractament i més espaiades en el temps (cada 3-6 mesos) després d'ajustar la dosi del fàrmac de forma adequada.

Tot i que el tractament és individualitzat, les pautes generals per a cada fàrmac són:

- Metilfenidat d'alliberament immediat: són necessàries 2-3 dosis al dia.
- Metilfenidat d'alliberament prolongat: s'administra una dosi única al matí.
- Atomoxetina: es recomana administrar una dosi única al matí. Si apareixen problemes de tolerabilitat es pot administrar a la nit o repartir la dosi entre el matí i la nit.

En algunes ocasions, si la millora no és suficient o existeixen altres trastorns associats, serà necessari augmentar la dosi fins a la dosi màxima recomanada o combinar diferents tipus de fàrmacs.

Els efectes secundaris es produeixen fonamentalment a l'inici del tractament, són poc freqüents, de poca intensitat, transitoris i d'escassa gravetat. En casos molt ocasionals obliguen a suspendre el tractament. És important poder consultar amb el metge responsable del tractament qualsevol efecte advers abans de suspendre l'administració del fàrmac.

Els principals efectes secundaris dels fàrmacs utilitzats per al TDAH són la pèrdua de pes i d'apetit. Els fàrmacs estimulants poden produir insomni, inquietud i mal de cap. Els fàrmacs no estimulants poden produir cansament i problemes gastrointestinals.

- **Efectes secundaris dels estimulants (metilfenidat):** pèrdua de pes i d'apetit sobretot a l'inici del tractament, insomni de conciliació, cefalàlgia i, de forma molt més infreqüent, tics i inquietud.
- **Efectes secundaris dels no estimulants (atomoxetina):** pèrdua de pes i d' gana sobretot a l'inici del tractament, somnolència, símptomes gastrointestinals com ara dolor abdominal, nàusees o vòmits, marejos i cansament. De forma molt infreqüent pot aparèixer icterícia, indicació de dany hepàtic que obliga a la supressió del tractament.

Una pregunta que sempre fan els pares del pacient és sobre la durada del tractament; aquesta pregunta s'ha de plantejar de forma individualitzada en funció de la persistència de símptomes i de la seva repercussió en la vida del nen o de l'adolescent.

No han estat demostrats els problemes d'addicció o d'endarreriment del creixement que alguna vegada s'han atribuït al consum d'aquests medicaments.

Per als pacients que estiguin prenent estimulants, una pràctica acceptada és la realització de períodes curts, d'una o dues setmanes anuals, sense tractament farmacològic, amb l'objectiu de poder valorar el funcionament del nen o l'adolescent tant a casa com a l'escola. Un dels millors moments per realitzar aquesta avaluació sense tractament sol ser al començament del curs escolar (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

Tot i que els fàrmacs estimulants milloren els símptomes del TDAH i el rendiment escolar, els seus efectes no només es manifesten a l'escola, sinó també a casa i en altres ambients. Per aquest motiu, en el tractament del TDAH de nens i adolescents no es recomanen de forma rutinària els períodes de descans del tractament farmacològic ("vacances terapèutiques"), ja que pot comportar un empitjorament de la simptomatologia del pacient. En qualsevol cas la realització o no de les "vacances terapèutiques" serà una decisió consensuada entre el metge, la família i el pacient, amb l'objectiu d'avaluar la necessitat de mantenir el tractament o no, i reduir els efectes adversos (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

No existeix cap prova científica que hagi demostrat que el tractament amb estimulants produeixi addicció. Sí que existeixen proves clares que demostren que els pacients amb TDAH en tractament farmacològic presenten significativament menys problemes de consum de drogues en l'adolescència que els pacients amb TDAH que no reben tractament farmacològic (Wilens, 2008).

No queda clar que el tractament farmacològic per al TDAH produeixi un endarreriment del creixement, els estudis disponibles fins el moment són poc concloents, les últimes dades informen que la talla final dels nens en tractament amb estimulants seria entre 1 i 3 centímetres menys del que s'esperava. L'endarreriment en el creixement és major el primer any de tractament, però tendeix a normalitzar-se posteriorment (Pliszka, 2007).

L'ús correcte dels fàrmacs indicats per al tractament del TDAH en nens i adolescents administrats de la forma i dosi prescrita no produeix tolerància, no deixa de ser eficaç ni és precís augmentar la dosi, llevat per motius del creixement (increment de la talla i el pes). Existeixen indicis que el tractament és efectiu a llarg termini si es realitza de forma continuada (Guías de Práctica clínica en el SNS, 2009).

3.14. Conclusions

- El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) és un dels trastorns més freqüents en nens i adolescents.
- Les manifestacions del TDAH són les següents:
 - **Dèficit d'atenció:** dificulta al nen organitzar i acabar les tasques, escoltar i seguir instruccions, i provoca que es distregui amb facilitat.
 - **Hiperactivitat:** consisteix en un excés de moviments en situacions en què resulta inadequat, parlar en excés i produir massa soroll en situacions tranquil·les.
 - **Impulsivitat:** els nens amb TDAH es caracteritzen per actuar d'una forma impulsiva i sense pensar en les conseqüències de la seva conducta.
- Se sap que en l'aparició del TDAH intervenen factors tant genètics com ambientals i, malgrat que el component genètic és el de major pes, factors ambientals com el consum de tabac, alcohol i altres drogues es relacionen amb un major risc de patir un TDAH.
- El diagnòstic del TDAH és exclusivament clínic, és a dir, es realitza amb la informació obtinguda dels nens o adolescents, pares i educadors. Tant la presència dels símptomes característics com la possibilitat de descartar altres trastorns que presenten manifestacions semblants confirmen aquests diagnòstic.
- El TDAH representa un problema de salut pública per la seva elevada prevalença, la qual s'estima, segons les fonts epidemiològiques, entre un 3 i un 7% de la població escolar. És més freqüent en homes que en dones.
- El curs del trastorn és crònic i requereix tractament a llarg termini. En general, la hiperactivitat tendeix a disminuir, mentre que la impulsivitat i la inatenció romanen. Els símptomes solen aparèixer als 4-5 anys d'edat.
- Tot i que els nens amb aquest trastorn tenen un major risc de fracàs escolar, problemes de comportament i dificultats en les relacions sociofamiliars, un diagnòstic precoç i un tractament adequat permeten que el nen millori en tots aquests aspectes i tenir un bon pronòstic.
- Així doncs, tot i que actualment no existeix una cura per al TDAH, el tractament que es proporciona actualment als nens és segur i efectiu, de manera que molts tindran una bona adaptació en l'edat adulta i quedaran lliures de problemes de salut mental. Aquest tractament és multidisciplinari i inclou: una intervenció psicopedagògica, un tractament psicològic conductual i, només en casos de repercussió lleu o moderada, els fàrmacs.
- El tractament psicològic comprèn accions com la teràpia de conducta, l'entrenament per a pares, la teràpia cognitiva i l'entrenament en habilitats socials.
- El tractament psicopedagògic busca millorar l'adaptació del nen o adolescent a l'entorn escolar i, per tant, el seu rendiment acadèmic.
- El tractament farmacològic és individualitzat per a cada pacient i es caracteritza per la seva seguretat, alta eficàcia i escassos efectes secundaris.

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. 2a ed. Washington: 1968.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3a ed. Washington: 1980.
- American Psychiatric Association. DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV Text revisat. 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 (a premsa)
- 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.

Schlanger 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. Trastorns de la conducta alimentària. Anorèxia, bulímia i trastorns de la conducta alimentària no especificats

Dra. Josefina Castro. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Institut de Neurociències, Hospital Clínic Universitari de Barcelona.

4.1. Introducció

Els trastorns de la conducta alimentària constitueixen un conjunt de trastorns psiquiàtrics que tenen com a denominador comú l'alteració en la ingesta d'aliments, amb les consegüents complicacions nutricionals, cognitives, emocionals i conductuals.

En l'*anorèxia* nerviosa hi ha una disminució de pes molt per sota del que li correspondria per edat i talla, que es deu a una restricció voluntària de la ingesta d'aliment que es pot acompanyar d'exercici excessiu i/o conductes purgatives com ara vòmit o ús de laxants i diürètics. En general, hi sol haver una disconformitat prèvia amb la mida o la forma corporal i una por a l'increment de pes. Tot plegat s'acompanya d'alteracions de l'humor, increment de l'obsessivitat i del perfeccionisme i irritabilitat i labilitat emocional. La *bulímia nerviosa* té com a símptoma principal la presència d'afartades de menjar que s'acompanyen de conductes purgatives o de restricció alimentària per controlar l'increment de pes que es produiria. En general, el pacient presenta pes normal o sobrepès i acostuma a amagar tant les afartades com les conductes purgatives. Hi pot haver, a més, simptomatologia depressiva, baixa autoestima, irritabilitat, conflictes familiars, impulsivitat amb canvis de relacions socials i afectives freqüents i consum de tòxics. Tot sovint presenten, a més, trastorns depressius, d'ansietat i trastorns de personalitat.

El tractament dels trastorns de la conducta alimentària ha de considerar els diferents components biològics i psicològics que són rellevants tant en el seu origen com en el manteniment. La recuperació de pes, el tractament cognitivoconductual, l'abordatge familiar i el tractament farmacològic s'han d'integrar en el programa terapèutic.

4.2. Clínica i epidemiologia

Anorèxia nerviosa

La prevalença d'anorèxia nerviosa en les adolescents a Espanya és del 0,3%.

Hi ha un home afectat per cada deu dones.

El símptoma principal n'és una pèrdua de pes causada per la pràctica de restriccions alimentàries. Les dietes hipocalòriques són, per tant, la manifestació més important i evident de l'AN. Més de la meitat de pacients complementen la restricció alimentària amb una activitat física excessiva. D'altres recorren als vòmits provocats, el consum de laxants, etc. Les dietes hipocalòriques s'inicien voluntàriament amb la intenció de perdre pes. De manera progressiva, la restricció d'aliment ja no és tan voluntària, sinó que el pacient ja no pot deixar de fer-ho. Menjar desencadena una gran ansietat. Passa una cosa semblant amb l'activitat física, que en un principi és més voluntària i va esdevenint compul-

siva. L'ansietat és molt present en l'AN. La por al pes determina la conducta alimentària. A més, a l'estrès propi del trastorn se suma el generat pels conflictes familiars i socials.

L'ansietat sovint està lligada a la anorexia nerviosa. A l'estrès propi del trastorn alimentari se suma el generat pels conflictes familiars i socials.

Hi ha una percepció exagerada de les dimensions del cos i per certes parts en concret.

L'estat d'ànim es va fent progressivament més depressiu tant per la desnutrició com pels conflictes amb l'entorn. El pacient se sent incomprès i permanentment obligat a menjar, cosa que li provoca una ansietat desbordant. La seva preocupació pel volum del seu cos o de certes parts d'aquest està associada a la distorsió de la seva imatge corporal; és a dir, percep les dimensions del cos de manera exagerada. En el curs habitual d'una AN hi ha cada vegada més distorsió de la imatge, més por de guanyar pes i, per tant, una major restricció alimentària. Tot plegat comporta un cercle viciós del qual es difícil sortir sense ajuda. A mesura que empitjora l'AN es van alterant les relacions familiars i socials, es mostra més irritable i amb menys desitjos de relacionar-se amb els altres, i això fa que redueixi les sortides amb amics. El seu estat d'ànim fa que no gaudeixi com abans de les activitats socials.

La pèrdua de pes provoca alteracions i trastorns que, en últim extrem, poden causar la mort. Presenta hipotèrmia, bradicàrdia, pèrdua de cabells, deshidratació i restrenyiment. Les alteracions de l'eix hipotàlem-hipofisoovàric donen lloc a amenorrea secundària o a la prolongació de la primària. La malnutrició també afecta els sistemes de neurotransmissió i potencia les alteracions psicopatològiques com ara tristesa, irritabilitat o obsessivitat. A mesura que avança l'AN es produeix una progressiva pèrdua de massa òssia, i acostuma a haver-hi osteopènia en els pacients de més d'un any d'evolució. Tot sovint es presenta comorbiditat amb trastorns d'ansietat i trastorn obsessiu compulsiu. També són freqüents certs trastorns de personalitat, sobretot d'evitació i obsessiu compulsiu.

L'evolució a mitjà i llarg termini de l'AN en adolescents és millor que en adults. En adolescents espanyols, avaluats 8 anys després de ser tractats, s'ha observat un 67% de recuperacions totals i un 35% de parcials, i mantenen criteris diagnòstics d'AN el 8%, amb un 2% de mortalitat (Pla i Toro, 1995). La prevalença d'AN en població femenina adolescent espanyola se situa al voltant del 0,3% (Pérez-Gaspar *et al.*, 2000). La prevalença en homes és molt menor: el trastorn es diagnòstica en 1 home per cada 9 o 10 dones.

Bulímia nerviosa

La ingesta excessiva de menjar, les afartades, va acompanyada de conductes compensadores per no guanyar pes.

També hi ha sentiments de culpa i automenyspreu.

La ingesta de quantitats excessives de menjar, anomenada afartades, sense voler fer-ho i amb sensació de pèrdua de control és la característica principal de la BN. Les afartades van acompanyades de conductes compensadores per no guanyar pes, en general vòmits provocats. Els dejunis i les restriccions alimentàries fora del moment de l'afartada també són freqüents. En altres casos, els pacients consumeixen laxants i diürètics, o practiquen exercici físic excessiu. Les afartades generen sempre sentiments de culpa i d'automenyspreu. En la majoria dels casos, a partir de fer règims alimentaris hipocalòrics, es produeix l'aparició d'episodis bulímics. En alguns casos, prèviament a la BN s'havia desenvolupat una AN que, un cop recuperat el pes, va evolucionar cap

a bulímia. De vegades les afartades s'inicien coincidint amb estats d'ànim negatius i/o situacions d'estrès. La preocupació intensa per l'aparència física i pel pes també es dona en la bulímia. L'exageració del volum del cos i la distorsió de la imatge corporal és semblant a la que es presenta en l'AN. Els trastorns depressius i d'ansietat són molt freqüents en pacients amb BN. L'associació amb trastorn límit de personalitat empitjora el curs de la BN i en fa més difícil la resposta al tractament. La impulsivitat força generalitzada acostuma a ser la norma. Les conductes purgatives (vòmits, laxants, diürètics, etc.) donen lloc a pèrdues de líquids que de vegades acaben en alcalosi metabòlica. Aproximadament la meitat dels pacients presenten desequilibris electrolítics. Els vòmits repetits durant molt de temps provoquen erosions de l'esmalt dental, ulceracions de la mucosa nasal i esofagitis. Els vòmits persistents donen lloc a hipertròfia de les paròtides.

L'afectació de la bulímia nerviosa en adolescents femenines és del 0,8% i en homes, del 0,3%

En població femenina adolescent i juvenil es troben prevalences de BN situades al voltant del 0,8% (Pérez-Gaspar *et al.*, 2000). En homes, al voltant del 0,3%. No hi ha estudis d'evolució de pacients bulímics el trastorn dels quals s'iniciés en l'adolescència. En avaluacions de seguiments fetes uns 11 anys després de la diagnosi de BN s'ha observat que un 11% complien criteris diagnòstics de BN, un 6% d'AN i un 18,5% de trastorn de la conducta alimentària no especificat (TCANE). Al voltant del 70% estaven en remissió total o parcial (Keel *et al.*, 1999).

Trastorns de la conducta alimentària no especificats

En línies generals cal descriure els TCANE com un conjunt de TCA que s'assemblen a l'AN o la BN però que no compleixen tots els criteris exigits per a la seva diagnosi regular. El més difós i acceptat és el **trastorn per afartades**, que presenta les mateixes característiques que un trastorn bulímic però amb absència de conductes compensadores. Els TCANE són els més freqüents en la clínica i en la població general. Tenen una prevalença aproximada del 3,1% en adolescents espanyoles (Pérez-Gaspar *et al.*, 2000). En homes se situa sobre el 0,6%.

4.3. Diagnòstic

Anorèxia nerviosa

La malnutrició associada a l'anorèxia nerviosa condiciona una bona part de les alteracions psicològiques; alteracions de l'humor, irritabilitat i labilitat emocional.

La diagnosi de l'AN és bàsicament clínica per mitjà d'una exploració psicopatològica i física completa. Una vegada el quadre clínic està establert, el pacient presenta una disminució de pes fins a un nivell molt per sota del que li correspondria per edat i talla, sense una patologia orgànica que ho justifiqui. Aquesta disminució de pes es deu a una restricció voluntària de la ingesta d'aliment que es pot acompanyar d'exercici excessiu i/o conductes purgatives com ara vòmit o ús de laxants o diürètics. Per aconseguir la disminució de la ingesta d'aliment acostumen a utilitzar excuses, llençar menjar, amagar-lo, manipular el que tenen al plat, mentir a la família i fins i tot enfrontar-se directament negant-se a menjar. L'increment d'activitat pot afectar totes les àrees amb exercici excessiu (tant incrementar les hores de gimnàs com fer exercici a soles a la seva habitació), canvi d'hàbits (pujar escales i no pujar

en ascensor, caminar fins a l'escola i no agafar l'autobús...) o dormir menys.

En general, hi sol haver una disconformitat prèvia amb la mida o la forma corporal i una por a l'increment de pes. En dones postpuberals, hi ha amenorrea sense cap altra causa que la justifiqui que la disminució de pes i l'alteració hormonal. Tot plegat s'acompanya, com s'ha comentat abans, d'alteracions de l'humor, l'increment de l'obsessivitat i del perfeccionisme, la irritabilitat i la labilitat emocional, la disminució de l'interès social i sexual. Aquestes alteracions psicològiques es consideren en bona part originades per la malnutrició (Toro i Castro, 2000). S'instaura en general una elevada conflictivitat familiar tant per l'estat emocional del pacient com per la pressió del seu entorn perquè mengi. Hi ha una alta coincidència entre els *criteris diagnòstics* establerts en el DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) i la CIE 10 (World Health Organization 1992). A la Taula 1 es resumeixen i es comparen aquests criteris.

Taula 4. Criteris DSM-IV i CIE-10 per a la diagnosi de l'anorèxia nerviosa

DSM-IV

- A. Negativa a mantenir el pes per damunt del valor mínim normal (p. ex., pèrdua que dóna lloc a un pes inferior al 85% de l'esperable)**
- B. Por intensa de guanyar pes tot i tenir un pes inferior al normal**
- C. Alteració de la percepció del cos o la silueta, exageració de la seva importància en l'autoavaluació, o negació del perill que comporta el pes baix**
- D. En dones postpuberals, amenorrea (3 cicles consecutius)**
Tipus: Restrictiu: durant l'episodi, el pacient no incorre en afartades o purgues
Compulsiu/purgatiu: durant l'episodi el pacient incorre regularment en afartades o purgues

CIE-10

- A. Pèrdua significativa de pes (IMC < 17,5)**
- B. La pèrdua de pes és autoinduída per mitjà de l'evitació d'aliments "que engreixen"**
- C. Distorsió específica de la imatge corporal psicològica, en forma d'idea sobrevalorada i intrusa de por intensa i persistent a l'obesitat, de tal manera que el malalt s'imposa un llindar de pes corporal**
- D. Trastorn endocrí generalitzat que es manifesta en la dona per amenorrea i en l'home per pèrdua d'interès per la sexualitat i impotència**
- E. No compleix els criteris D i E de bulímia nerviosa**

No hi ha un criteri diagnòstic que es compleixi en tots els casos. Tant l'amenorrea com l'alteració de la imatge corporal i la por a la recuperació no apareixen en certs casos.

Actualment hi ha controvèrsia respecte de quins d'aquests criteris són imprescindibles per a la diagnosi d'AN i, per tant, s'haurien d'incloure en futures classificacions diagnòstiques. El criteri d'amenorrea no és útil ni en pacients prepúbere ni en pacients de sexe masculí, a més d'haver-hi variabilitat individual en el pes mínim en el qual la menstruació es manté.

L'alteració de la imatge corporal i la por a la recuperació de pes no semblen estar presents en la totalitat dels casos i, per tant, per a molts experts tampoc no haurien de ser criteris obligatoris per a la diagnosi.

D'altra banda, en nombroses ocasions, sobretot en les formes incipients o de gravetat moderada, és difícil establir la diagnosi seguint els criteris esmentats a causa de diverses raons: el pacient acostuma a amagar el que li passa o fins i tot nega el desig d'aprimar-se; acostuma a ser un adolescent amb un bon compliment en la resta d'aspectes de la seva vida, com l'escolar; pot presentar símptomes depressius que indueixen a pensar en un trastorn depressiu pròpiament dit. En les nenes en edat prepuberal la diagnosi pot ser encara més difícil, per tal com no es compta amb el símptoma guia de l'amenorrea i perquè la pèrdua de pes pot ser no gaire elevada i només es manifesta per una interrupció del desenvolupament pondoestatural i puberal.

Per a una diagnosi adequada de l'estat del pacient, cal dur a terme una completa exploració psicològica i biològica. A més de l'exploració psicopatològica, és aconsellable administrar escales d'avaluació d'alteracions psicològiques de la conducta alimentària amb qüestionaris com l'EAT (Eating Attitudes Test); EDI (Eating Disorders Inventory), de l'autoimatge corporal amb escales com el BSQ (Body Shape Questionnaire) o tècniques d'exploració de la percepció d'imatge corporal. Tot i que s'han esmentat alguns instruments, n'hi ha molts més per avaluar la conducta alimentària i l'autoimatge. També cal explorar la presència de simptomatologia depressiva, obsessiva i ansiosa.

L'exploració biològica és imprescindible per adoptar les mesures urgents en cas que siguin necessàries (Pomeroy i Mitchell, 2002). Aquesta exploració ha d'incloure necessàriament: pes i altura per al càlcul de l'índex de massa corporal, freqüència cardíaca i pressió arterial, electrocardiograma i analítica general (sodi, potassi, glucosa, creatinina, urea, bilirubina, GOT, GPT, hemograma complet). Si és possible, és aconsellable tenir una exploració biològica més completa amb: proteïnes totals, colesterol, triglicèrids, àcid úric, albúmina, amilasa, calci, CK, ferro, fosfatases alcalines, gamma-GT, LDH, lipasa, magnesi, fòsfor; proves de coagulació, VSG, perfil nutricional i determinacions hormonals. La densitometria òssia de columna i maluc està indicada si hi ha amenorrea de més de sis mesos d'evolució en pacients de sexe femení amb amenorrea secundària o si el trastorn té una durada de més d'un any (Castro *et al.*, 2000).

Bulímia nerviosa

La diagnosi de la bulímia nerviosa és bàsicament clínica, tot i que és necessària una anàlisi completa de l'estat biològic i psicològic.

També la diagnosi de la BN és bàsicament clínica. Com s'ha descrit abans, la BN té com a símptoma principal la presència d'afartades de menjar que s'acompanyen de conductes purgatives o de restricció alimentària per controlar l'increment de pes que es produiria amb les afartades. En general, el pacient amb BN presenta pes normal o sobrepès. Les conductes purgatives poden ser el vòmit autoinduït i la presa de laxants o diürètics. Tant les afartades com les conductes purgatives s'acostumen a amagar i poden passar anys fins que se'n fa una consulta o una diagnosi. Hi pot haver, a més, labilitat emocional, simptomatolo-

gia depressiva, baixa autoestima, irritabilitat, conflictes familiars, impulsivitat amb canvis de relacions socials i afectives freqüents i consum de tòxics. Tot sovint presenten, a més, trastorns depressius, d'ansietat i trastorns de personalitat.

Els pacients amb bulímia poden presentar un pes normal o un lleuger sobrepès.

Per a la diagnosi correcta de l'estat del pacient és imprescindible fer una anàlisi completa de l'estat biològic i psicològic per decidir quin recurs és el més aconsellable. Cal fer un electrocardiograma (urgent si la freqüència de les conductes purgatives és elevada). També és necessària una anàlisi completa que inclogui, a més, determinacions de sodi i potassi (que són urgents si la freqüència de les conductes purgatives és elevada). Si hi ha amenorrea o alteracions menstruals, cal fer, a més, determinacions hormonals. És aconsellable dur a terme exploracions psicològiques i d'alteracions de la conducta alimentària per mitjà d'instruments com l'EAT i l'EDI ja esmentats per a l'AN i d'altres de més específics de conducta bulímica com el BULIT (Bulimia Test). Els qüestionaris i les tècniques d'avaluació de la imatge corporal seran els mateixos que en el cas de l'anorèxia. També està indicat avaluar per mitjà de qüestionaris la simptomatologia depressiva, ansiosa i obsessiva.

Els *criteris diagnòstics* de la BN en les classificacions internacionals apareixen a la Taula 5, sense que hi hagi diferències importants entre el DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) i la CIE 10 (World Health Organization 1992).

Taula 5. Criteris DSM-IV i CIE-10 per a la diagnosi de la bulímia

DSM-IV

A. Afartades recurrents caracteritzades per:

- 1. Ingesta en poc temps de més quantitat d'aliment que la ingerida per la majoria en circumstàncies semblants**
- 2. Sensació de pèrdua de control sobre aquesta ingesta**

B. Conductes compensatòries inapropiades, repetides, per no guanyar pes: vòmits, laxants, ènemes, dejunis, exercici físic excessiu

C. Les afartades i les compensacions tenen lloc, com a mitjana, unes 2 vegades com a mínim per setmana durant 3 mesos

D. L'autoavaluació està exageradament influïda pel pes i la silueta

E. L'alteració no apareix exclusivament en el curs d'una anorèxia nerviosa

Tipus

Purgatiu: durant l'episodi incorre regularment en vòmits, laxants, diürètics o ènemes.

No purgatiu: durant l'episodi incorre en dejunis o exercici excessiu, però no en vòmits, laxants, diürètics o ènemes.

CIE-10

A. Episodis freqüents d'hiperfàgia, en què consumeix grans quantitats d'aliment en poc temps

B. Preocupació persistent pel menjar juntament amb un desig intens o un sentiment de compulsió en menjar

C. Intents de contrarestar la repercussió sobre el pes mitjançant un d'aquests símptomes o més d'un: vòmits autoinduits, abús de laxants, dejunis, fàrmacs anorexígens o diürètics

D. Com a mínim 2 vegades a la setmana durant 3 mesos

E. Autopercepció d'estar massa obès juntament amb idees intrusives d'obesitat (cosa que pot conduir a un dèficit de pes)

Trastorns del comportament alimentari no especificats

S'anomena trastorn per afartades quan un pacient presenta afartades sense conducta compensatòria.

La diagnosi és de nou bàsicament clínica. Els TCANE, també anomenats atípics o parcials, són trastorns de la conducta alimentària pròpiament dits però no compleixen tots els requisits diagnòstics d'AN o BN (per exemple, la menstruació és regular o encara que hi ha pèrdua de pes significativa el pacient manté un pes dins de la normalitat o la freqüència d'afartades i/o conductes compensatòries és més baixa). La clínica d'aquests trastorns pot variar, ja que alguns són molt semblants a l'AN i d'altres a la BN. El DSM-IV ha definit, a més, provisionalment el trastorn per afartades quan un pacient presenta afartades però no duu a terme conductes compensatòries com en el cas de la BN.

4.4. Tractament

Anorèxia nerviosa

En el tractament de l'anorèxia nerviosa cal tenir en compte tant els factors biològics com els psicològics.

El tractament de l'AN ha de considerar els diferents components biològics i psicològics que són rellevants tant en l'origen com en el manteniment d'aquest trastorn (American Psychiatric Association, 2000). Els aspectes més importants que cal tractar depenen del moment en què ens trobem i són diferents si es considera a curt, mitjà o llarg termini. Els objectius a curt termini són, principalment, corregir les alteracions biològiques que posen en risc la vida del pacient, incrementar-ne el pes i millorar-ne la nutrició, normalitzar la ingesta de menjar i interrompre conductes purgatives. Tot i que també cal iniciar el tractament de les alteracions psicopatològiques i l'abordatge psicològic, és difícil que el pacient col·labori adequadament i presenti una gran millora en aquests

aspectes sense la recuperació de la nutrició. En aquesta primera etapa, quan el pes encara està baix, en general no s'hauria d'indicar un tractament farmacològic de tipus antidepressiu, ja que els símptomes afectius, ansiosos o obsessius que poden ser els propis de la malnutrició en bona part milloren amb la recuperació de pes.

La recuperació del pes sol comportar una millora dels símptomes afectius, ansiosos i obsessius.

Per poder dur a terme adequadament aquest tractament, cal comptar amb diferents dispositius assistencials com ara la consulta ambulatoria, l'hospital de dia i l'hospitalització completa. Durant el tractament es pot necessitar l'un recurs o l'altre segons l'estat clínic i la col·laboració del pacient.

Després de la primera exploració, en alguns casos pot ser necessari prendre mesures de control i tractament mèdic urgent abans de plantejar-se cap abordatge psicològic. A la Taula 6 s'enumeren les alteracions que obliguen a fer un control mèdic urgent.

Taula 6. Criteris d'atenció mèdica urgent en l'anorèxia nerviosa

- . **Pèrdua de pes superior al 50% en els últims mesos**
- . **Alteracions de la consciència**
- . **Convulsions, deshidratació**
- . **Alteracions hepàtiques o renals**
- . **Pancreatitis**
- . **Alteracions del ionograma**
- . **Arítmia cardíaca greu**
- . **Freqüència cardíaca <40 bat./min**
- . **Altres alteracions de l'ECG**
- . **Síncopes**
- . **Hematèmesi intensa**
- . **Dilatació gàstrica aguda**

Si el pacient no presenta criteris d'atenció mèdica urgent, s'inicia el tractament pròpiament del trastorn alimentari, que pot requerir hospitalització en funció dels criteris enumerats a la Taula 7. Aquest ingrés es pot fer amb hospitalització completa o en hospital de dia segons la gravetat dels símptomes.

Taula 7. Criteris d'ingrés hospitalari en l'anorèxia nerviosa

Iniciar el tractament en consultes externes és el millor, ja que interromp menys el ritme escolar i la integració social.

L'ingrés hospitalari s'ha de fer, entre altres causes, quan hi ha risc biològic i quan no s'aconsegueix prou millora en el pes i en la conducta en el tractament ambulatori.

- . **Estat biològic que impliqui risc de complicacions previsiblement greus (nul·la ingesta d'aliments i especialment de líquids; IMC < 14; freqüència cardíaca <45 bat./min; potassi < 4,5; hematèmesi, rectorràgies)**
- . **Síntomes depressius importants amb risc de suïcidi**
- . **Conductes autolesives importants**
- . **Presència d'una altra psicopatologia que dificulti el tractament**
- . **El pacient es nega a seguir les normes del programa ambulatori: freqüència de visites, limitació de l'activitat física, alimentació indicada**
- . **Comportament problemàtic a casa i/o conflictes familiars impossibles de controlar ambulatòriament**
- . **El pes no segueix el ritme pautat en el programa de recuperació de pes**

Sempre que sigui possible, cal iniciar el tractament en consultes externes, ja que la millora que s'aconsegueix és més real i, a més, s'interromp menys el ritme escolar i la integració social de l'adolescent. No obstant això, si el pacient presenta en qualsevol moment del tractament algun dels criteris esmentats a la Taula 4, cal fer un ingrés hospitalari. A l'inici de l'ingrés s'ha d'indicar la presa de constants cada 8 hores i, després dels primers dies, cada 12 hores. A més, cal dur a terme monitorització cardíaca nocturna si la freqüència cardíaca és menor de 45 pulsacions per minut. El pes, la ingesta de menjar, la ingesta hídrica i les conductes purgatives s'han de controlar estretament. Les conductes anòmales en relació amb la manera de menjar també han de ser controlades i corregides durant la ingesta.

A mitjà termini, els objectius del tractament ja se centren plenament en els aspectes psicològics (autoimatge, autoestima, habilitats socials, cognicions anormals respecte a l'alimentació i a la imatge corporal, problemes en les relacions familiars, característiques de personalitat, etc.), que poden haver col·laborat en l'inici i en el manteniment del trastorn. A més, cal continuar o iniciar el tractament de les alteracions psicopatològiques, com també mantenir l'increment de pes i la millora de la conducta alimentària. Si s'aconsegueix una adequada millora psicològica es pot passar als objectius a llarg termini que seran la consolidació i el manteniment de la millora aconseguida tant biològica com psicològica, ajudar el pacient a fer una evolució normal en les etapes de l'adolescència, tenint-ne en compte la integració social. Progressivament cal aconseguir que el pacient assumeixi la responsabilitat de la seva salut, que implica, també, tenir un pes i una nutrició correctes amb una alimentació adient. Si no s'aconsegueix que el pacient arribi a aquest punt d'entendre el que ha de fer per ell mateix, és a dir, sense un control estricte del seu entorn, el trastorn no està en vies de recuperació completa. El seguiment ha de ser llarg (com a mínim un any després d'haver

aconseguit la recuperació, però en molts casos fins a tres o quatre anys) per assegurar que la millora obtinguda es manté i es consolida.

Cal intentar aconseguir que el pacient assumeixi la responsabilitat de la seva salut. Això implica la ingesta d'una alimentació adequada.

Per al tractament de qualsevol dels recursos esmentats, cal tenir implementat un programa conductual de recuperació de pes. Aquest programa és important en la primera etapa del tractament i s'adreça a aconseguir que el pacient faci una ingesta de menjar adequada a fi que el seu pes vagi augmentant progressivament. El pes no s'ha d'estancar durant un temps llarg, atès que poden empitjorar les conseqüències biològiques, la malnutrició impedeix la millora psicològica i es facilita la cronificació. La teràpia cognitivoconductual ha de ser prioritària així que s'ha aconseguit la primera millora biològica, i està adreçada a corregir els pensaments i les actituds disfuncionals relacionats amb l'anorèxia, amb l'alimentació, amb l'autoimatge corporal i amb l'autoestima en general. Amb ella també es milloren les estratègies d'enfrontament davant de situacions socials, d'estrès o conflicte ja sigui social, escolar o familiar. Sempre que sigui possible, la teràpia cognitiva s'ha de fer de manera individual i en grup. Un altre tipus d'abordatge psicològic pot ser la psicoteràpia interpersonal o la motivacional. L'abordatge familiar resulta imprescindible en adolescents, ja que per a la família és difícil entendre el trastorn i tot sovint està desbordada pel problema. Els pares han de rebre consell sobre com actuar respecte del trastorn i, a més, s'han d'abordar altres conflictes familiars que ja hi pogués haver previst al trastorn. Sempre que sigui possible, aquest consell s'ha de fer tant individualment com en grup, atès que tots dos poden ser complementaris i el grup acostuma a ajudar la família a sentir-se recolzada i compresa, com també a entendre millor les diferents etapes del trastorn. Els pares, a més, poden presentar ells mateixos psicopatologia i llavors han de ser remesos per a tractament.

El tractament farmacològic no ha resultat especialment eficaç en l'AN. Tanmateix sí que són necessaris en aquells pacients en què, després de la primera recuperació nutricional, presentin, a més de l'anorèxia, un trastorn depressiu o obsessiu. En aquests casos, el tractament farmacològic ha de ser l'habitual en aquesta mena de recursos. En els darrers anys, també han aparegut alguns estudis que indiquen que els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) (Mayer i Walsh, 1998) poden ser eficaços així que s'ha recuperat parcialment el pes per evitar recaigudes, atès que milloren la simptomatologia obsessiva respecte de l'alimentació i el pes, el perfeccionisme o la irritabilitat que encara poden persistir. En situació de pes molt baix, no és aconsellable realitzar tractament farmacològic. Quan l'IMC ja està normalitzat, el tractament farmacològic amb ISRS pot estar indicat si la simptomatologia obsessiva, el perfeccionisme, la irritabilitat o la simptomatologia depressiva són acusats, tot i que no es compleixin els criteris diagnòstics d'un altre trastorn. El tractament amb antipsicòtics pot estar indicat en alguns casos i hi ha descripcions de casos clínics i alguns estudis controlats que semblen avaluar-ne la utilitat encara que sigui de manera parcial. En conjunt, el tractament farmacològic no és la part fonamental en l'AN, sinó que l'abordatge ha de ser multimodal i ha d'incloure tots els components que hem comentat abans. No obstant això, en alguns pacients els fàrmacs sí que poden ajudar a millorar alguns símptomes.

Un dels criteris imprescindibles per procedir a l'alta del tractament és mantenir el pes estable durant un any.

Al final del programa de tractament, el manteniment del pes i el seguiment a llarg termini són fonamentals per consolidar la millora i per ajudar el pacient a superar les diferents etapes de l'adolescència i assolir-ne la plena integració social. En pacients en edat prepuberal, el seguiment és especialment llarg, ja que el pes i la talla van canviant i el pacient ha d'anar assumint aquests canvis. Abans de poder donar d'alta el pacient, cal aconseguir que aquest mantingui el pes i la millora global assolida sense requerir el control extern de la família o del seu psiquiatre o psicòleg. S'ha d'aconseguir la responsabilització del pacient respecte de la seva salut i la seva alimentació. Els criteris imprescindibles per procedir a l'alta del programa de tractament són el manteniment del pes estable durant un any, la normalització de la menstruació i, a més, que no hi hagi alteracions psicopatològiques alimentàries o associades que requereixin tractament.

Bulímia nerviosa

També en el tractament de la BN els aspectes biològics i psicològics són importants. Com en el cas de l'AN, els tres dispositius assistencials poden ser necessaris. Una vegada feta l'exploració física i analítica, en cas que el pacient presenti algun dels criteris que s'enumeren a la Taula 5, cal procedir al control i el tractament mèdic urgent per corregir les alteracions que representen un risc immediat per al pacient, com ara les alteracions hidroelectrolítiques.

Taula 5. Criteris d'atenció mèdica urgent en la bulímia nerviosa

- . **Deshidratació**
- . **Disminució de potassi o de sodi**
- . **Alteracions hepàtiques o renals greus**
- . **Pancreatitis**
- . **Trastorns de la conducció cardíaca o altres alteracions de l'ECG**
- . **Freqüència cardíaca < 40 bat./min**
- . **Alteracions de la consciència i/o convulsions**
- . **Hematèmesi**
- . **Dilatació gàstrica aguda**

Una vegada descartats els criteris d'atenció mèdica urgent, cal analitzar si és necessari l'ingrés en règim d'hospitalització completa o es pot fer el tractament en un hospital de dia. Tots els pacients que no compleixin els criteris d'ingrés hospitalari que s'enumeren a la Taula 8 i que visquin a una distància que permeti acudir a l'hospital de manera habitual han de dur a terme el tractament preferentment en règim d'hospital de dia.

Taula 8. Criteris d'ingrés hospitalari en la bulímia nerviosa

- . Alteracions electrolítiques
- . Alteracions en l'ECG
- . Hematèmesi recent
- . Ideació autolítica greu
- . Presència de trastorns psicopatològics greus
- . Desorganització conductual greu
- . Autolesions importants

L'ingrés en règim d'hospitalització completa és en general més curt que el de l'AN, ja que el pacient no ha de recuperar pes i és principalment per tallar una situació de descontrol amb l'objectiu principal de tractar les alteracions biològiques i aconseguir l'estabilització de la simptomatologia alimentària i de les conductes compensadores inadequades. Si hi hagués alteracions psicopatològiques especialment greus, l'ingrés pot ser més llarg. Més endavant, el tractament ha de continuar en règim d'hospital de dia sempre que sigui possible, ja que requereix que el pacient visqui a una distància raonable de l'hospital. Només en casos en què el pacient visqui lluny de l'hospital cal plantejar el tractament en règim únicament ambulatori després de l'hospitalització. El tractament en règim d'hospital de dia ha d'incloure un programa d'activitats terapèutiques, com ara grups educatius, programa d'activitat física, grup d'imatge corporal, d'autoestima i d'habilitats socials. Els objectius se centren a normalitzar les conductes alimentàries a l'hospital de dia, suprimir les conductes purgatives, disminuir les alteracions de la imatge corporal, millorar les conductes alimentàries a casa, establir hàbits d'exercici físic saludables, millorar l'autoestima i l'adaptació general.

El tractament cognitivoconductual és imprescindible en tots els casos de bulímia nerviosa.

La teràpia cognitivoconductual és imprescindible en tots els casos de BN, tant si és en hospital de dia com en tractament ambulatori, atès que ha demostrat la seva eficàcia tant en la disminució de les afartades i els vòmits a curt termini com en el seguiment a un any. Sempre que sigui possible, s'ha de fer de manera individual i/o en grup, ja que tots dos abordatges són complementaris. La teràpia consisteix en autoregistre d'ingesta, afartades i conductes purgatives i dels pensaments i sentiments que acompanyen aquestes conductes, pautes de conducta alimentària, pautes de control de les afartades, reestructuració cognitiva de les conviccions errònies que col·laboren en el manteniment del trastorn amb identificació i modificació dels pensaments i les creences irracionals que presenten els pacients amb BN, a més d'explicació d'aspectes psicoeducatius respecte de la malaltia i les seves conseqüències. Altres abordatges psicoterapèutics, com ara la teràpia interpersonal o la motivacional, també poden ser eficaços. Hi ha formes alternatives de tractament que també es poden fer en hospital de dia, com ara el descondicionament o l'exposició a senyals que s'associen a l'afartada (Martínez-Mallén *et al.*, 2007). Aquest abordatge consisteix en l'exposició, amb un terapeuta present, al tipus i a la quantitat de menjar amb què el pacient acostuma a fer l'afartada fins que el nivell d'ansietat que produeix la presència de menjar disminueixi. Cal dur-ne a terme diverses sessions a la setmana i mantenir-ho durant unes quantes setmanes fins que l'ansietat davant d'aquests senyals i l'impuls de

fer l'afartada disminueixin. Es tracta d'un tractament que requereix temps i esforç per part del pacient, per la qual cosa sols està indicat en pacients amb una elevada motivació per aconseguir millorar el trastorn.

El tractament farmacològic està indicat en la majoria de pacients greus i aconsegueix reduir el nombre d'afartades.

El tractament farmacològic aconsegueix reduir el nombre d'afartades i ha demostrat la seva eficàcia davant del placebo en nombrosos estudis. Està indicat en la majoria de pacients que compleixin criteris de BN, especialment si és greu. El tractament de primera elecció és un inhibidor selectiu de la recaptació de serotonina (ISRS) (Mayer i Walsh, 1998), tot mantenint el tractament com a mínim durant sis mesos després de la millora de les afartades. Tot i que la disminució de les afartades és significativament superior al placebo, la mitjana en els diferents estudis se situaria al voltant del 50% i un nombre elevat de pacients no arriben a estar completament asimptomàtics amb el tractament farmacològic, per la qual cosa sempre cal associar-hi la teràpia cognitivoconductual. A més, alguns estudis han demostrat que l'associació de tots dos tractaments és més eficaç. Un altre tractament farmacològic que s'ha fet servir en la bulímia nerviosa és el topiramata (Nickel *et al.*, 2005). Aquest fàrmac és un anticonvulsiu que redueix la gana i ajuda a reduir el pes; també disminueixen les afartades i les conductes purgatives.

Una vegada acabat el programa de tractament en hospital de dia o si aquest no és possible de fer perquè el pacient viu molt lluny de l'hospital, en la bulímia també és necessari un seguiment prolongat per evitar recaigudes.

Una vegada acabat el programa de tractament en hospital de dia o si aquest no és possible de fer perquè el pacient viu molt lluny de l'hospital, en la bulímia també és necessari un seguiment prolongat per a la prevenció de recaigudes. Per a l'alta del trastorn és imprescindible que el pacient no hagi presentat afartades ni conductes compensadores durant un any i que no hi hagi presents alteracions psicopatològiques alimentàries o associades que requereixin tractament.

Trastorns de la conducta alimentària no especificats (TCANE)

El programa terapèutic dels trastorns de conducta alimentària no especificats requereix una personalització i un seguiment a llarg termini per evitar recaigudes.

Segons les característiques predominants del TCANE, el seu programa terapèutic exigeix adaptacions individuals del que és propi d'una AN o d'una BN, per la qual cosa la majoria dels aspectes comentats en el tractament d'aquests trastorns és també aplicable als TCANE. No obstant això, és important tenir en compte que un TCANE pot tenir una gravetat similar a una AN o una BN. Acostumen a requerir un tractament igualment intensiu i prolongat en el temps i pot ser necessari també combinar l'ingrés hospitalari, l'hospital de dia i el seguiment ambulatori per a un control adequat.

4.5. Conclusions

- Podem considerar els trastorns de la conducta alimentària, anorèxia i bulímia nervioses, els extrems d'un mateix problema: hi ha importants irregularitats en la ingesta d'aliments sense una causa orgànica que ho justifiqui.
- Les causes dels problemes de conducta alimentària són multifactorials: hi intervé el component biològic i també les influència socioculturals.
- En la gran majoria dels casos hi ha una distorsió de la imatge corporal i, en concret, d'algunes parts del cos.
- Hi ha una alteració de l'autoestima.
- S'acostumen a donar unes característiques pròpies de la personalitat, com ara la impulsivitat en la bulímia nerviosa o l'obsessió, el perfeccionisme i la rigidesa en l'anorèxia nerviosa.
- La diagnosi d'aquests trastorns és bàsicament clínica. Per tant, sempre és necessària una exploració tant física com psicològica.
- En el tractament dels trastorns alimentaris cal considerar sempre els components biològics i psicològics.
- L'abordatge familiar és imprescindible en el tractament d'aquests pacients. Un dels objectius del tractament és que el pacient assumeixi la responsabilitat de la seva salut. Això implica tenir un pes una nutrició adients.
- Aquests pacients requereixen seguiments prolongats després de la recuperació per evitar recaigudes.

4.6. Bibliografia

- 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. i 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. i Klump, K.L. Prenatal hormona exposure and risk for eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 2008, 65:329-336.
- Favaro, A., Tenconi, E. i 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. i Crow, S.J. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:63-69.
- Martínez-Mallen, E., Castro-Fornieles, J., Lazaro, L., Moreno, E., Morer, A., Font, E., Julián, J., Vila, M. i Toro, J. Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2007, 40:596-601.
- Mayer, L.E. i Walsh, B.T. The use of selective serotonin reuptake inhibitors in eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998. 59:28-34.
- Mizes, J.S. i 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. i 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. i Cervera, S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 2000, 114:481-486.
- Pla, C. i Toro, J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinava* 1999; 100:441-446.
- Pomeroy, C. i Mitchell, J.E. 2002. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. A: Fairburn CG, Brownell KD, (eds) *Eating disorders and obesity*, 2a ed. Nova 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., Anderlueh, 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. i 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. i Castro, J. 2000. Consecuencias psicopatológicas de la desnutrición. A 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. Trastorn Negativista Desafiant

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. Introducció i definició

L'educació dels fills és una tasca complexa que combina la transmissió de valors familiars i socials amb la imposició de límits. A ningú no li agrada que el limitin, però forma part de la realitat, i els nens han d'aprendre a tolerar la frustració que suposa no fer en tot moment el que desitgen. Per als pares la tasca no és fàcil, perquè la persistència dels nens per obtenir el que volen posa a prova la seva paciència.

És habitual que cap als dos anys els nens reforcin la seva identitat mitjançant conductes d'oposició, les quals progressivament van cedint. No obstant això, alguns nens qüestionen contínuament les normes, desobeeixen, porten la contrària i desafien a pares i professors. Solen ser nens intolerants amb els altres, als quals culpen dels seus fracassos. Aquesta actitud i forma de comportar-se provoca malestar en el nen i els que l'envolten, i per això sovint es mostren enfadats amb ells mateixos i amb l'altra gent. És important que els pares s'informin sobre el comportament del seu fill a l'escola. Sovint pares i professors se senten desbordats davant les contínues provocacions i necessiten que els orientin per evitar que els problemes vagin en augment i afectin també el rendiment escolar. Quan aquesta forma de comportar-se és freqüent i persisteix durant un període de més de sis mesos, pot haver-se instaurat el trastorn negativista desafiant.

Els professionals dels equips de salut mental són els especialistes que diagnostiquen i tracten aquest trastorn. El tractament inclou sempre la família, perquè la col·laboració i la confiança dels pares en trobar solució als problemes existents és imprescindible. Els professionals ensenyen als pares a detectar i valorar conductes adequades del seu fill, com actuar davant de les conductes negatives i també quan és possible la negociació i quan no. L'entrenament en habilitats socials, eficàcia comunicativa, control de la ira i tècniques de resolució de conflictes s'aplica en funció de les necessitats de cada família. L'objectiu del tractament és substituir els patrons de comportament inadequats per formes de relació gratificants per a tots. Els canvis no es produeixen amb la rapidesa que tots desitjarien, perquè les actituds i hàbits de relació que han de canviar solen estar molt fixats. En algunes ocasions és necessari que el nen prengui algun medicament per millorar altres símptomes, com ara la inatenció, hiperactivitat, depressió, impulsivitat.

En el Trastorn Negativista Desafiant (TND), el nen es comporta de forma obstinada, negativista i provocativa durant com a mínim sis mesos d'una forma continuada, fet que el diferencia dels "problemes normals" de l'adolescència.

El Trastorn Negativista Desafiant (TND) és una forma moderadament greu de problema del comportament que es produeix en la infància i principi d'adolescència. En aquesta situació el nen o adolescent és molt bel·ligerant, discuteix molt les ordres que se li donen, és desafiant i sovint fa el contrari del que se li mana, però sense produir-se violacions greus dels drets dels altres ni de les normes socials. El nen es comporta de forma obstinada, negativista i provocativa, intenta buscar punts de fricció amb els pares, provocant i discutint les seves normes i intentant incomplir-les. Aquest comportament dura com a mínim 6 mesos de forma continuada, fet que el diferencia dels "problemes normals" de l'adolescència, els quals poden durar unes setmanes i després millorar, per tornar a empitjorar segons l'ambient. Sovint aquest comportament negativista es manté tot i que sigui en perjudici propi, i suposa empipades explosives, picabaralles freqüents amb adults, desafiament de les regles, molestar a l'altra gent intencionalment, culpar a l'altra gent dels seus errors, estar molt sensible als comentaris dels altres, i ser molt ressentit i venjatiu; aquests comportaments apareixen diverses vegades per setmana o amb regularitat, sense ser un problema esporàdic.

5.2. Característiques clíniques

Trastorn negativista / oposicionista desafiant (TND)

El trastorn negativista desafiant (TND) és un dels motius de consulta més freqüents en psiquiatria infantil i adolescent. És un tipus de trastorn del comportament de gravetat moderada. Amb freqüència el seu inici és insidiós a l'inici de l'edat escolar. En la majoria de casos el TND ja es troba present als 8 anys. Es caracteritza per discutir les ordres dels adults (nen "obstinat", desobedient), mantenir una actitud desafiant i provocativa davant l'autoritat (desafiant fonamentalment davant pares i professors, amb qui intenta buscar desacords), i una actitud desafiant i negativista (dir que no a tot el que se li diu o se li indica), presentar empipades explosives amb amenaces d'agressivitat, culpar a l'altra gent dels seus errors (no accepta la seva responsabilitat), molestar expressament (i deliberadament), ser venjatiu o rancorós, i estar sempre enfadat o ressentit (fàcilment irritable per persones que els criden l'atenció). Amb freqüència el nen amb TND manté aquest comportament negativista i hostil encara que vagi en perjudici propi, s'estima més sortir-hi perdent que cedir. En general es presenten com a nens "grollers", poc col·laboradors, que es resisteixen a l'autoritat, fet que sovint produeix enfrontaments. Solen començar a casa i posteriorment generalitzar-se en altres ambients.

Els nens amb TND es presenten com a "grollers", poc col·laboradors i que es resisteixen a l'autoritat. Solen començar a casa, generalitzant aquest comportament posteriorment en altres ambients.

No obstant això, es distingeix d'un Trastorn de Conducta (TC) perquè el nen amb TND no arriba a realitzar violacions greus dels drets d'altres persones ni de les normes socials.

En ocasions s'associa a símptomes més característics de trastorn de conducta (TC), com ara agressivitat o mentides. No obstant això, es distingeix d'un TC perquè el nen amb TND no arriba a realitzar violacions greus dels drets d'altres persones ni de les normes socials (no hi ha robatori, atac, intimidació, crueltat o destrucció). Per al diagnòstic de TND el comportament descrit anteriorment s'ha de produir:

1. varies vegades per setmana (de manera regular),
2. durant com a mínim 6 mesos (mantingut, no esporàdic), i
3. ser tan clínicament significatiu que provoca una alteració (impacte negatiu) almenys en un dels tres dominis del funcionament: social (família, amics), acadèmic (fracàs o abandonament escolar, relació disfuncional amb professors) o ocupacional.
4. El diagnòstic de TND també requereix que aquests comportaments no apareguin només en el context d'un trastorn psicòtic o de l'humor.

El diagnòstic de TND va aparèixer per primer cop al DSM-III (1980), des de llavors els seus criteris diagnòstics s'han anat especificant i restringint fins l'actual classificació diagnòstica DSM-IV-TR (2000).

Taula 9: criteris diagnòstics DSM-IV-TR de trastorn negativista / oposicionista desafiant.

Criteri A
<p>Patró de comportament negativista, hostil i desafiant, que dura com a mínim 6 mesos, període durant el que es presenten almenys quatre dels següents:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amb freqüència perd els estreps. 2. Amb freqüència discuteix amb adults. 3. Amb freqüència desafia activament o es nega a complir les regles o instruccions d'adults. 4. Amb freqüència molesta expressament. 5. Amb freqüència culpa als altres dels seus errors. 6. Amb freqüència els altres el fan enfadar fàcilment. 7. Amb freqüència està enfadat o ressentit. 8. Amb freqüència és rancorós o venjatiu.
Criteri B
<p>La L'alteració en el comportament causa un impacte clínicament significatiu en el seu funcionament social, acadèmic o ocupacional.</p>
Criteri C
<p>els comportaments no es produeixen exclusivament durant el curs d'un trastorn psicòtic o depressiu.</p>

Fins el 40% dels nens amb trastorn negativista desafiant evoluciona cap a la forma més greu de comportament disruptiu, el trastorn de conducta.

El diagnòstic de TND és estable durant l'edat escolar. No obstant això, fins el 70% deixen de complir criteris diagnòstics durant el seguiment. La majoria dels pacients tenen bon pronòstic, sobretot si tenen una edat d'inici més tardana, un diagnòstic i tractament precoç, i absència de comorbiditat amb abús de substàncies. Malgrat això, fins el 40% dels nens amb TND evoluciona cap a la forma més greu de comportament disruptiu, el trastorn de conducta (TC), sobretot els que presenten un TND d'inici precoç.

5.3. Prevalença del TND

Entre un 3 i un 8% dels nens tenen TND, i és entre 2 i 3 cops més freqüent en nens que en nenes.

La prevalença del TC se situa entorn al 2% en adolescents, i és entre 3 i 5 cops més freqüent en nois que en noies.

Aproximadament entre un 3 i un 8% dels nens té TND, i és entre 2 i 3 cops més freqüent en nens que en nenes. El TND es produeix amb més freqüència en nens amb trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), però cal diferenciar-lo del TDAH (en el qual el nen no obeeix perquè no recorda les ordres rebudes, es despista, o està massa hiperactiu per escoltar o acabar cap tasca). Un percentatge alt (fins el 40%) dels nens amb TND desenvolupa la forma més greu denominada trastorn de la conducta, especialment els que tenen nivell intel·lectual inferior, història de moltes baralles i gran resistència a la disciplina paterna, però la majoria de nens amb TND no desenvolupen trastorn de la conducta.

El TC té una prevalença entorn al 2% en adolescents (menys prevalent que el TND) i és entre 3 i 5 vegades més freqüent en nois que en noies. El 90% dels nens amb TC tenen l'antecedent de TND en la infància (40% dels nens amb TND, sobretot d'inici precoç, evolucionen cap a un TC).

5.4. Etiologia dels trastorns

L'aparició del TND i del TC es relaciona amb factors de risc de tipus genètic, individual, social, familiar i biològic.

L'etiologia del TND és generalment multifactorial. La probabilitat d'aparició d'un trastorn del comportament augmenta en presència de diversos factors de risc, els quals interactuen de manera sinèrgica.

Els factors de risc associats als trastorns del comportament són: genètics (heretabilitat entorn al 50%, patró multigènic, importància de la interacció gen-ambient), individuals (sexe masculí, quocient intel·lectual baix, història d'abús, historia de dificultat en l'aprenentatge), complicacions perinatales (mare amb hàbit tabàquic durant l'embaràs, pes baix en el naixement, complicacions mèdiques), temperamentals (antecedent de ser un bebè inconsolable, temperament difícil o agressiu, tendència a reaccions emocionals desproporcionades), biològiques (bradicàrdia basal, disminució del cortisol i augment de la testosterona en sang), socials (pobresa, manca d'estructura, comunitat violenta, amics o germans amb símptomes disruptius), familiars (conflicte conjugal greu, violència domèstica, divorci, estressant familiar greu, malaltia mental en algun dels pares (depressió, abús de substàncies), absència o excessiva supervisió parental, interacció pare-fill negativa o absent, disciplina inconsistent o autoritària, abús del fill), símptomes actuals (dificultat atencional, hiperactivitat, impulsivitat) i deficient nutrició.

Aquests factors causen alteracions cerebrals, fonamentalment a l'escorça prefrontal i escorça orbitofrontal, i en el funcionament de determinats neurotransmissors cerebrals com ara la serotonina (fonamentalment), la noradrenalina i la dopamina.

5.5. Diagnòstic diferencial del TND

El diagnòstic diferencial del TND ha de realitzar-se amb:

Negativisme evolutiu o normal per a l'edat del desenvolupament

És normal presentar comportaments disruptius, sobretot en edat pre-escolar i inici de l'adolescència. En aquest cas els comportaments són esporàdics (no mantinguts) i dependents del context (fonamentalment a casa, a prop de persones que coneixen bé).

Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)

El TDAH és freqüentment comòrbid amb el TND. No obstant això, un nen amb TDAH sense TND pot no complir les ordres perquè no les entén, no les recorda, o per evitar l'esforç mental, però no té aquesta característica d'oposicionisme present al TND. Els nens amb TDAH sense TND sovint no obeeixen en temes de contingut acadèmic, però sí que ho fan en altres situacions.

Trastorn adaptatiu

Un factor estressant (per exemple, un conflicte amb companys o excessiva exigència familiar) pot provocar l'aparició brusca de símptomes disruptius, de manera aïllada. En aquests casos hi ha un funcionament premòrbid bo, i amb prou feines existeix disfunció en el moment del diagnòstic.

Abús sexual, físic o psicològic

En aquest cas els símptomes disruptius són reactius i dependents del context

5.6. Tractament

Principis generals sobre el tractament

El tractament del trastorn negativista desafiant i del trastorn de conducta requereix un entrenament dels pares en tècniques de modificació del comportament.

El tractament del trastorn negativista desafiant i el trastorn de la conducta requereix un entrenament dels pares en tècniques de modificació del comportament, per intentar fomentar els comportaments positius i ignorar quan es pugui alguns comportaments negatius. També s'han de donar ordres més eficaces i utilitzar càstigs i estímuls per modificar l'oposicionalitat o el negativisme. S'han d'establir un nombre reduït de límits clars que no es poden negociar, i unes altres normes menys importants sobre les quals sí que es pot negociar. És important també conèixer les situacions de risc que poden desencadenar explosions desproporcionades d'agressivitat en l'adolescent, i intentar evitar-les tot el que sigui possible. És especialment important prioritzar les nostres exigències amb els adolescents. És a dir, hi ha situacions no importants ni perilloses (endreçar l'habitació, acabar-se el sopar) que generen moltíssima explosivitat si s'intenta imposar el nostre criteri. En aquests casos de temes "menors" és millor deixar que l'adolescent

És important conèixer i evitar les situacions que puguin desencadenar explosions violentes en l'adolescent.

se "surti amb la seva". Hi ha altres situacions que són perilloses i importants, per exemple travessar el carrer sense mirar, ficar els dits a l'endoll..., i en aquests casos s'ha d'imposar el criteri dels pares tot i que el noi tingui una explosió. Finalment hi ha les situacions que no són ni importants ni perilloses, però que tampoc són menors, sobre les quals es poden negociar solucions mútuament satisfactòries. Aquest tipus d'entrenament amb els pares sol ser eficaç perquè redueix molt l'explo-sivitat i les situacions de violència, ja que els pares no ho han de controlar tot, sinó només una part dels comportaments.

Si hi ha manifestacions de depressió, s'haurà de tractar amb la medicació adequada. Això millorarà els símptomes d'oposicionalitat.

A vegades s'utilitzen tractaments farmacològics per controlar la violència en els nens amb trastorn de la conducta, com ara antipsicòtics de nova generació i eutimitzants.

En nens amb TDAH i TND s'ha d'utilitzar medicació com el metilfenidat per millorar tant els símptomes d'inatenció i hiperactivitat com l'oposicionalitat. Si hi ha manifestacions de depressió, han de tractar-se apropiadament amb medicació perquè així milloraran els símptomes d'oposicionalitat. A vegades també s'usen altres tractaments farmacològics per controlar la violència dels nens amb trastorn de la conducta, com ara antipsicòtics de nova generació (principalment olanzapina, quetiapina i risperidona) i eutimitzants (com ara liti o els antiepilèptics valproat i oxcarbacepina).

Es poden establir uns principis generals sobre el tractament:

És imprescindible identificar i tractar correctament la comorbiditat psiquiàtrica.

1. Els trastorns del comportament disruptiu tendeixen a la cronicitat.
2. Els tractaments breus no funcionen, i no existeixen "solucions fàcils i ràpides". La majoria de vegades presenta múltiples àrees del seu funcionament alterades i comorbiditat psiquiàtrica, i per això requereix un tractament multidisciplinari, de com a mínim varis mesos de durada.
3. La intervenció precoç augmenta la probabilitat d'èxit i evita l'aparició de comorbiditat. El tractament serà inefectiu si les conseqüències negatives ja estan arrelades en tots els àmbits de la vida del nen.
4. El tractament ha de ser individualitzat per a cada pacient i cada família.
5. Quan s'elabora el pla terapèutic, s'ha de partir des dels "punts forts" del nen i de la família.
6. La intervenció psicosocial estructurada és el tractament de primera elecció, i s'ha de continuar malgrat iniciar-se tractament farmacològic.
7. És imprescindible identificar i tractar la comorbiditat psiquiàtrica.
8. El tractament sempre ha d'incloure els pares. Un dels objectius més importants del tractament és millorar l'estil parental i la interacció pare-fill. Si els pares presenten una malaltia mental (trastorn depressiu, abús de substàncies, trastorn de personalitat antisocial), és necessari que rebin tractament.
9. Començar amb objectius realistes i a curt termini, per anar avançant progressivament. Per exemple, un primer objectiu en un adolescent amb TC pot ser abandonar el consum de tòxics o les activitats delictives, que és més realista que demanar-li que canviï d'amics, que comenci a anar a classe diàriament i que faci cas als pares.
10. Fomentar la socialització amb companys que no manifestin aquest tipus de comportaments.

11. Afavorir l'adherència terapèutica.
12. Tenir en compte els factors culturals, els quals invariablement inclouen el nivell d'obediència i disciplina a casa i a la comunitat.

Primer pas del tractament

El primer cop que el nen va a la consulta és perquè li obliguen els seus pares després d'anys de comportaments problemàtics.

El primer pas del tractament consisteix en aliar-se amb els pares i amb el nen empatitzant amb la situació de cadascun.

El primer pas és establir una aliança terapèutica amb el nen. La majoria de vegades un nen amb TND va a la consulta perquè l'obliguen els seus pares i és reticent a revelar informació sobre els comportaments disruptius. El nen, en general, no està content amb el seu comportament (sap que ho fa malament), però davant del metge i dels seus pares tendeix a justificar-ho per les circumstàncies que l'envolten i no ho considera "un problema". La manera d'aliar-se amb el nen és empatitzar amb la seva ira i frustració. També cal establir una aliança terapèutica amb els pares. Sovint els pares sol·liciten la primera consulta perquè han sorgit problemes disciplinaris o legals, després de varis anys de comportaments disruptius. En aquell moment la majoria de pares estan cansats, desesperançats i estressats pel comportament del nen. La manera d'aliar-se amb els pares és empatitzar amb la seva frustració i patiment, sense que se sentin acusats o jutjats.

Intervenció psicosocial

La intervenció psicosocial té tres objectius:

1. **Intervenció en els pares i la família** (dirigida a les dificultats a casa). Psicoeducació i entrenament de pares (maneig de contingències).
2. **Intervenció en el nen** (més útil en adolescents). Entrenament en habilitats socials, tècniques de resolució de conflictes, comunicació assertiva, maneig de la ira i tècniques d'estudi.
3. **Intervenció en els professors** (dirigida a les dificultats a l'escola). Psicoeducació i entrenament de professors (maneig de contingències), i intervenció educativa (suport acadèmic en les assignatures en què presenta major dificultat).

Tractament farmacològic

El tractament farmacològic mai pot ser l'única modalitat de tractament dels trastorns de comportament disruptiu, però sovint és un tractament coadjuvant necessari, quan la intervenció psicosocial no resulta efectiva, o només assoleix una remissió parcial dels símptomes. Els fàrmacs que han demostrat ser efectius són: els antipsicòtics atípics o de segona generació (risperidona, aripiprazol, olanzapina, quetiapina), els eutimitzants (valproat, carbamazepina, liti), i la clonidina. Si el nen presenta trastorns comòrbids, també s'han de tractar. La majoria de guies clíniques recomanen com a fàrmac de primera elecció un antipsicòtic atípic. Si té escassa efectivitat, es pot provar un altre antipsicòtic o un estabilitzador de l'humor.

La medicació és un coadjuvant necessari en el tractament d'aquests trastorns, tot i que caldrà avaluar-ne regularment l'efectivitat i possibles efectes adversos.

És important seleccionar uns símptomes diana concrets sobre els quals actuar.

El tractament farmacològic es regeix per tres principis generals:

1. Han de seleccionar-se inicialment uns símptomes diana concrets, sobre els quals actuar.

2. Ha d'avaluar-se regularment l'efectivitat, la tolerància, l'adherència i les possibles interaccions amb altres fàrmacs. Hem d'avaluar el risc / benefici en tot moment, és a dir, si els efectes secundaris que estem produint són raonables o tolerables, o compensen segons el nivell de control dels símptomes diana.
3. La polifarmàcia no és recomanable (tot i que en molts casos és inevitable).

L'entrenament dels pares i el tractament farmacològic són les modalitats de tractament més ben estudiades (mitjançant estudis controlats) i amb els millors resultats.

L'entrenament dels pares i el tractament farmacològic són les modalitats de tractament millor estudiades (mitjançant estudis controlats) i amb els millors resultats. El tractament ha de realitzar-se en l'entorn menys restrictiu que asseguri la seguretat del nen i el seu entorn, i que permeti rebre un tractament de manera regular (ambient familiar estable i organitzat). En alguns casos és necessari un ingrés en una unitat d'hospitalització o hospital de dia. Per exemple si el nen presenta ideació suïcida o idees d'heteroagressivitat, o està sotmès a greus conflictes familiars. També existeixen programes d'assistència a domicili per a famílies d'alt risc.

5.7. Prevenció

La incidència de trastorns del comportament es pot reduir, per això les mesures de prevenció resulten clau. Ja existeixen diversos programes dirigits a pares, professors o nens amb aquest objectiu. Per exemple el programa per a pares "*The incredible years*" o "*Head Start*". A més la majoria de tractaments es poden adaptar perquè compleixin el propòsit de prevenció. La forma més efectiva de prevenció és atacant els factors de risc.

Factors de risc de l'ús d'alcohol i altres drogues

És important prevenir o endarrerir al màxim l'ús d'alcohol i drogues en nens i adolescents, ja que es tracta d'un dels riscos més importants.

Un dels riscos més importants del TND és l'abús d'alcohol i altres drogues. Per això és fonamental prevenir i, si s'escau, endarrerir al màxim possible l'ús d'alcohol i drogues en nens i adolescents. Segons dades de 2004, la mitjana d'edat d'inici de consum de tabac a Espanya és de 13,1 anys, d'alcohol 13,7 anys, de cànnabis 14,8 anys, de tranquil·litants 14,9 anys, d'al·lucinògens 15,7 anys, i de cocaïna 15,8 anys. Un cop ha començat l'espiral d'ús de drogues és molt més difícil aturar-la, especialment en nens amb símptomes de TND. Per això, els experts recomanen posar tot l'èmfasi en evitar l'inici del consum de tabac i d'alcohol. És molt estrany que un nen que no fumi tabac comenci a fumar cànnabis, i és molt estrany que un nen que no usi alcohol comenci a usar altres drogues. L'edat d'inici per començar a prevenir l'ús del tabac és tan aviat com els 3 o 4 anys. Els pares han d'aprofitar totes les oportunitats, amb frases com per exemple "quin fàstic de fum, que bé que tu no fumaràs" o "mira aquell senyor, quines dents més brutes té de fumar". En nens i adolescents no té massa efecte parlar dels riscos de mort o de càncer de pulmó, sinó aspectes negatius més immediats, com ara el mal alè, la brutícia de les dents, el fet que s'espantia la roba, es fa pudor, semblar ridícul amb una cigarreta, etc.

Factors de risc d'abús de substàncies a la família

1. Ambients familiars caòtics o amb abús d'alcohol o drogues per part dels pares, o pares amb un trastorn psiquiàtric
2. Problemes greus en l'educació dels fills per part dels pares de nens amb temperaments difícils o problemes de conducta
3. Dificultat en el vincle afectiu entre fills i pares, i manca d'afecte

Factors de risc a l'escola

A l'entorn escolar existeixen factors de risc sobre els quals és necessari incidir, com ara el comportament del nen, el fracàs escolar, les seves amistats i el consum de substàncies.

L'ús de tabac o d'alcohol multiplica per 65 el risc d'usar marihuana.

L'ús de marihuana multiplica per 104 el risc d'usar cocaïna. Els programes d'endarreriment de l'inici de l'edat de fumar tabac prevenen l'ús de drogues il·legals en adolescents.

1. Comportament excessivament tímid o agressiu del nen a classe
2. Fracàs escolar
3. Incapacitat per manejar situacions adverses (no saber dir que no)
4. Amistats amb altres nois amb problemes de conducta o problemes legals
5. Consentiment implícit o tolerància a l'ús d'alcohol a l'escola, els amics, o al barri o la comunitat. Termes com "drogues toves", o "ús responsable de les drogues" són perjudicials, ja que minimitzen el risc i la creença que l'ús d'alcohol o cànnabis és inofensiu augmenta el nombre de joves que comencen a usar-lo
6. L'ús de tabac o d'alcohol multiplica per 65 el risc d'usar marihuana. L'ús de marihuana multiplica per 104 el risc d'usar cocaïna. Els programes d'endarreriment de l'inici de l'edat de fumar tabac prevenen l'ús de drogues il·legals en adolescents

Factors protectors de l'ús d'alcohol i altres drogues

1. Llaços forts amb la família
2. Els pares que estan al cas de les activitats, aficions i amistats dels seus fills i que formen part de la vida dels seus fills prevenen l'ús d'alcohol i drogues per part dels fills
3. Èxit acadèmic en adolescents
4. Participació i vincles amb institucions socials com ara famílies, escola i organitzacions religioses

5.8. Conclusions

- El TND és la forma moderada, que comença en edat preescolar, i es caracteritza per un comportament negatiu, desobedient, hostil i desafiant, cap a les figures de l'autoritat. Un caràcter mantingut en el temps (com a mínim durant 6 mesos) és clau per diferenciar aquest trastorn dels problemes característics de l'adolescència que poden durar unes setmanes i després millorar, i després tornar a empitjorar segons l'ambient.
- En alguns casos, el TND evoluciona cap a TC, la forma més greu, generalment en l'adolescència, en la qual existeixen violacions greus de les normes socials i dels drets d'altres persones. Aquesta conducta s'ha de mantenir com a mínim un any per poder establir un diagnòstic de TC. Tot això provoca violència, robatoris, enganys, etc., i per això aquestes persones es veuen afectades per una greu disfunció en les seves relacions socials (amb pares, professors, amics), en el seu rendiment acadèmic i en el seu funcionament ocupacional. Generalment tenen problemes amb la policia i el sistema legal..
- El TND afecta entre un 3 i un 8% dels nens, i el TC a un 2% dels adolescents. Tots dos trastorns són més habituals en nens que en nenes.
- Són múltiples i de distinta natura els factors que es relacionen amb l'aparició d'aquests trastorns del comportament disruptiu. Alguns són factors genètics, mentre que altres depenen de l'ambient que envolta el nen i les situacions que viu.
- El tractament d'aquests trastorn és multidisciplinari, de manera que és necessària per una banda una intervenció psicosocial (a pares, professors i pacient) i per una altra una teràpia farmacològica.
- Hi ha determinats aspectes clau del tractament:
 - El tractament ha de ser individualitzat per a cada pacient i cada malalt segons els seus punts forts i necessitats.
 - L'empatia envers la situació de frustració que viu el nen és fonamental per accedir-hi, de la mateixa manera que cal comprendre el cansament i desesperació dels pares per establir una aliança terapèutica amb ells.
 - Com més aviat s'iniciï, millor serà el pronòstic i més fàcil serà controlar l'aparició d'altres trastorns associats.
 - Es tracta d'un tractament multidisciplinari de com a mínim varis mesos de durada. No existeixen les solucions "fàcils i ràpides".
 - És important començar amb objectius realistes i a curt termini, per anar avançant progressivament. Per exemple, un primer objectiu en un adolescent amb TC pot ser abandonar el consum de tòxics o les activitats delictives.
- D'altra banda, és necessari ressaltar que la incidència de trastorns del comportament es pot reduir. Amb aquest propòsit, la majoria de tractaments es poden adaptar i són eficaços en la prevenció d'aquests trastorns atacant els factors de risc.
- El consum de drogues en aquests pacients és una comorbiditat molt freqüent. De fet, es tracta d'un dels factors de risc amb més gran impacte i sobre els quals és possible 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.

Lewis DO & Yeager CA. Conduct Disorder, in: Lewis Ed. *Child & Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, PA, U.S.A., 3a edición, 2002.

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. 4a edición (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. Trastorn de personalitat en l'edat infanto-juvenil

Dr. Celso Arango; Dra. Margarita García-Amador. Servei de psiquiatria Infanto-Juvenil. Hospital Gregório Marañón. Madrid.

6.1. Introducció

La personalitat fa referència a les característiques individuals del caràcter i del temperament que ens fa ser qui som. Seria la forma en què un pensa, sent, es comporta i es relaciona amb altres.

El temperament seria el conjunt de trets que tenen un substrat biològic, essent, per tant, estables en el temps. Durant el desenvolupament de l'individu, aquests "trets" patirien certes modificacions per l'entorn i els factors socioculturals.

Durant el desenvolupament de la personalitat pot aparèixer patologia. Si aquestes alteracions perduren en el temps i provoquen una alteració en les esferes psicològica, comportamental i de les capacitats interpersonals, estaríem parlant d'un trastorn de personalitat.

Al llarg del present article s'abordarà la situació actual del coneixement d'aquests trastorns, subratllant de forma especial la continuïtat dels trastorns de personalitat entre la infància i l'edat adulta i la utilitat de realitzar una diagnosi precoç del trastorn en la infància o l'adolescència.

Estudis de temperament i personalitat en el nen i la seva relació amb el desenvolupament de psicopatologia:

Diversos estudis han intentat definir el temperament i la personalitat en poblacions infanto-juvenils. Aquestes descripcions utilitzen un disseny longitudinal i es centren en el procés del desenvolupament i la seva possible relació amb el desenvolupament de psicopatologia.

New York Longitudinal Study:

Thomas (Thomas, Chess *et al.*, 1963) en els anys 60 va definir nou tipus de trets després d'observar i seguir longitudinalment 400 nens entre els 9 mesos els 2 anys d'edat. Els trets descrits van ser: nivell d'activitat, regularitat en les funcions biològiques, capacitat d'apropament o rebuig a nous estímuls, adaptabilitat a situacions noves, el llinard de resposta a estímuls, la intensitat de les reaccions en resposta a estímuls, la qualitat de l'afecte, la distractibilitat i la persistència o capacitat de mantenir l'atenció. Aquests nens van ser seguits prospectivament als 5 i als 8 anys per determinar l'associació d'aquests subtipus amb la psicopatologia.

Aquests nou trets s'agrupen en tres categories: el nen "fàcil", el nen "difícil" i el nen "d'animació lenta". El nen "fàcil" (75% de la mostra) seria aquell nen que presentaria regularitat biològica, apropament a nous estímuls, ràpida adaptabilitat a situacions noves i afecte positiu. Aquest sub-

tipus no es va associar a psicopatologia. El nen "difícil" (10% de la mostra) presentava exactament el revers dels trets del nen fàcil. Així, aquests nens presentarien irregularitat biològica, rebuig i allunyament davant nous estímuls, difícil adaptabilitat a situacions noves i afecte negatiu amb freqüents i intenses explosions emocionals. El seguiment longitudinal va revelar que el 50% d'aquests nens presentaven riscos de desenvolupar psicopatologia. Finalment, el 15% de la mostra reunia les característiques del nen "d'animació lenta": aquests nens presentarien rebuig a estímuls nous, lenta adaptabilitat i afecte negatiu amb freqüents explosions emocionals de baixa activitat. Aquest subtipus es va associar a psicopatologia en un 30% dels casos.

EASI:

Buss i Plomin (Buss i Plomin, 1975) van definir quatre factors independents del temperament com el sistema EASI: Emoció (en referència a l'estrès), Activitat (amb dos subtipus: tempo i vigorós), Sociabilitat i Impulsivitat.

Aquests autors suggereixen que aquests trets són intrínsecs a l'individu, per la qual cosa es podrien detectar en els primers anys de vida, es mantindrien estables durant tota la vida i constituïrien el fonament de la futura personalitat.

El nen inhibit:

Kagan va definir el nen inhibit com aquell que presenta timidesa en resposta a situacions poc habituals, paràmetres biològics alterats de forma basal (alta freqüència cardíaca, elevat nivell de cortisol en saliva, pupil·les dilatades) i menor llindar d'activació de l'estat d'alerta davant canvis inesperats en l'entorn (Kagan, Reznick *et al.*, 1988; Kagan i Snidman, 1991; Kagan, 1994).

Sistemes basats en el *Big Five*:

El sistema *Big Five* va ser definit per Costa en adults (Costa i McCrae, 1992). Aquest sistema defineix cinc característiques bipolars de la personalitat (des de límit baix a límit alt). Depenent de les combinacions d'aquells factors i la seva polaritat, es podria predir la predisposició de l'adult per al desenvolupament de la possible psicopatologia. Les cinc característiques són: la capacitat d'estar obert a noves experiències, la consciència de l'altre, l'extraversió, la capacitat de filiació i l'estabilitat emocional.

John va afegir dos factors extrems en el cas del nen: la irritabilitat i l'activitat (John, Caspi *et al.*, 1994). Aquest sistema es va utilitzar per definir tres tipus de personalitat (Van Lieshout i Haselager, 1994; Caspi i Silva, 1995): el tipus resilient, el tipus supercontrolador i el tipus infracontrolador. Els nens amb tipus resilient funcionarien dins de la normalitat en totes les dimensions del *Big Five*, tindrien una alta capacitat per a l'adaptació psicològica i estarien, per tant, sota risc per al desenvolupament de psicopatologia. El tipus supercontrolador es defineix com alta filiació i consciència, però baixa extraversió. Finalment, els infracontroladors presentarien baixa filiació i baixa consciència, així com baixa estabilitat emocional. El subtipus supercontrolador presentaria amb major freqüència patologia internalitzadora, enfront els infracontroladors, que presentarien problemes externalitzadors.

Interacció genètica i ambient:

El 30-50% de la personalitat d'una persona adulta és heretat dels seus familiars. La resta depèn de l'ambient i de la interacció dels gens amb aquest.

Estudis en bessons han mostrat un component d'heretabilitat de l'extraversió en un 49% i del neuroticisme en un 40% (Loehlin, 1992). Segons diferents estudis, el 30-50% dels trets de personalitat en adults serien heretats; la resta dependria de l'entorn o de la interacció dels gens amb aquest (Moore i Farmer, 2006).

S'han detectat algunes associacions entre trets de personalitat i gens específics. En aquesta línia d'investigació, es va determinar una associació del receptor D4 en el cromosoma 11 amb la cerca de novetat. A major nombre de repeticions en aquesta porció del cromosoma 11 s'associaria una major disfunció del receptor D4, la qual cosa alhora determinaria una disminució de l'alliberació de dopamina i un augment dels comportaments de cerca de novetat (Cloninger, Adolfsson *et al.*, 1996). Aquest estudi no ha pogut ser replicat per altres autors (Cichon, Nothen *et al.*, 1996). Altres estudis han detectat una associació entre trets neurotics amb el polimorfisme del gen promotor del transportador de serotonina ubicat en el cromosoma 17 (Heils, Teufel *et al.*, 1996; Lesch, Bengel *et al.*, 1996; Katsuragi, Kunugi *et al.*, 1999).

Canvis i estabilitat de la personalitat al llarg de la vida:

L'evolució de la personalitat d'un nen al llarg de la seva vida podria estar subjecta a les experiències que aquest nen tindrà o, per contra, podria ser la seva personalitat la que l'empenyerà a exposar-se a certes situacions.

Caspi va realitzar un estudi longitudinal que va incloure 1.000 nens amb una avaluació als 3 anys i una altra als 18 anys (Caspi i Roberts, 1999). Aquest estudi va detectar una continuïtat de varis estils temperamentals: els nens amb inquietud, impulsivitat i comportaments secundaris a labilitat emocional als 3 anys mostraven altes puntuacions en emocions negatives i dificultats en l'autocontrol als 18 anys. Els nens més inhibits als 3 anys tendien a presentar conductes menys arriscades i tendien a presentar menors puntuacions en agressivitat als 18 anys.

Altres autors qüestionen l'estabilitat de la personalitat afirmant que els canvis vitals podrien modificar la personalitat de base (Stewart, 1996). Aquestes modificacions de la personalitat, alhora, podrien tenir un substrat genètic. Per exemple, certs factors de la personalitat predisposarien l'individu a exposar-se a certes situacions i assumir determinats rols (Caspi i Moffitt, 1991). Així, els individus seleccionarien situacions i companys als quals exposar-se depenent de les seves pròpies predisposicions (Caspi i Herbener, 1990).

6.2. Trastorns de la personalitat

Una alteració de la conducta es diagnostica com trastorn de personalitat sempre que es manifesti durant un període de temps extens i que origini una disfunció psicològica i emocional en la persona.

En general, es reconeix que la diagnosi de trastorn de personalitat (TP) comporta les següents característiques (Hill, 2006): 1) Estabilitat de conductes alterades durant un període de temps extens; 2) Disfunció que s'estén a diverses esferes: psicològica, comportamental i capacitats interpersonals. Donada la gravetat, l'allargada de les alteracions i l'extensió de l'afectació en les diverses esferes de l'individu, molts autors entenen que aquestes alteracions es presentarien ja abans de l'edat adulta.

És, per tant, crucial considerar què se sap dels diversos trastorns de personalitat, amb especial referència a dues qüestions: la continuïtat dels TP entre la infància i l'edat adulta i la utilitat de realitzar una diagnosi en la infància o l'adolescència.

Continuïtat dels TP entre la infància i l'edat adulta:

És probable que un nen que presenta un trastorn de la personalitat al cap d'uns anys presenti problemes a nivell educacional, ocupacional, social, de salut o sentimental.

Molts autors advoquen pel contínuum entre la diagnosi de TP en l'edat infanto-juvenil i aquesta diagnosi en l'edat adulta. En efecte, un dels factors definitoris dels trastorns de l'eix II és el llarg curs de la malaltia, la qual cosa porta a pensar que les alteracions es presentarien ja en edats joves i comportaria interferències en la funcionalitat.

Aquest contínuum queda encara més clar en trastorns com el trastorn límit de la personalitat. En efecte, els pacients diagnosticats de trastorn límit de la personalitat en l'edat adulta i en l'edat infanto-juvenil comparteixen un elevat nombre de familiars de primer grau afectats de trastorn límit de la personalitat, una elevada comorbiditat amb trastorns episòdics (especialment depressió) i els mateixos factors de risc, com són història d'abús sexual, història de negligència greu en la infància, abús de tòxics i altes taxes de criminalitat en els progenitors (Guzder, Paris *et al.*, 1999).

Tot i la necessitat evident de la realització d'estudis longitudinals en aquest tipus de trastorn, existeixen poques evidències en la literatura. En un estudi longitudinal comunitari realitzat a Suïssa en una mostra de 629 nens, el 9,2% van complir criteris de trastorn en l'eix II i un altre 9,1% van ser diagnosticats de trastorns en l'eix I comòrbid amb un trastorn en l'eix II. Una nova avaluació 15 anys més tard (mitjana d'edat 33.2 anys) va revelar que aquells pacients que van presentar diagnosi de TP en l'adolescència no van presentar augment de la freqüència de la diagnosi de TP en l'edat adulta. No obstant això, als 33 anys aquests pacients presentaven pitjor funcionalitat global en diverses àrees (nivell educacional, estatus ocupacional, estat de salut, suport social i capacitat per al compromís sentimental). Aquells pacients que van presentar comorbiditat amb trastorns en l'eix I i II en l'adolescència, van presentar 2,9 vegades major risc per a presentar algun trastorn en l'eix I i 2,5 vegades major risc per a presentar algun trastorn en l'eix II (Crawford, Cohen *et al.*, 2008).

Tot i la utilitat de diagnosticar el trastorn de personalitat abans dels 18 anys, al no incorporar el concepte de neurodesenvolupament, les categories diagnòstiques de l'adult poden suposar una limitació a l'hora d'aplicar-les en nens o adolescents.

L'adequat desenvolupament de capacitats socials i de vinculació comporta un òptim desenvolupament de les competències en l'individu, que, per tant, són necessàries per un adequat neurodesenvolupament de l'individu.

Utilitat de les diagnosis de TP en nens i adolescents:

Utilitzar les diagnosis de TP en subjectes menors de 18 anys ofereix l'avantatge de categoritzar diversos símptomes amb una causa, pronòstic i resposta al tractament en una síndrome comuna (Stattin i Magnusson, 1996).

Malgrat això, importar les categories diagnòstiques d'adults als nens podria comportar importants limitacions, donat que aquestes categories no són suficientment eficients per incorporar el concepte de neurodesenvolupament. S'estableix un cicle d'interdependència: l'adequat desenvolupament de capacitats socials i de vinculació comporta un desenvolupament amb èxit de les competències en l'individu que per

això són necessàries per a un adequat neurodesenvolupament de l'individu. La disfunció i desadaptació dels pacients comporta un dèficit en els estímuls socials i cognitius. Una pobre valoració d'aquesta dimensió comportaria una valoració diagnòstica i un tractament deficient.

6.3. Tipus de trastorn

Trastorn Límit de la Personalitat (TLP):

Definició i clínica:

Els nens i adolescents amb un trastorn límit de la personalitat es veuen afectats de forma extrema per les situacions estressants, podent arribar a desenvolupar símptomes psicòtics i conductes autolesives i/o explosives.

El TLP es caracteritza en el nen i l'adolescent per una inestabilitat en la regulació de l'afecte i de l'atenció, a més d'una elevada impulsivitat. La seva vulnerabilitat extrema a estressors externs comporta el desenvolupament de símptomes psicòtics, conductes autolítiques i/o autolesives i conductes explosives quan s'exposen a situacions estressants. Aquests símptomes poden estabilitzar-se ràpidament amb un canvi en l'ambient, especialment quan el pacient se sent més segur i lliure d'estrès. A més, presenten una restricció generalitzada del neurodesenvolupament en el funcionament cognitiu. Les relacions que estableixen estan marcades per una gran ambivalència, una molt elevada dependència i baixa empatia.

Es diferencia d'altres patologies psiquiàtriques en l'adolescent per presentar història de rebuig i negligència materns, relacions familiars distorsionades per alt contingut d'irritabilitat (Ludolph, Westen *et al.*, 1990) i abús sexual (James, Berelowitz *et al.*, 1996). A més, presenta un component genètic, doncs els pacients amb TLP presenten un elevat nombre de familiars de primer grau afectats de la mateixa patologia (Johnson, Cohen *et al.*, 1999).

Comorbiditat:

Les síndromes més freqüentment associades al TLP són el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), els trastorns d'ansietat i la depressió major (Rose 2002).

Diagnosi diferencials:

Les diagnosi diferencials han de ser plantejades principalment amb el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, la depressió major, el trastorn de conducta, el trastorn per somatització, l'esquizofrènia, la síndrome d'estrès posttraumàtic i les crisis epilèptiques parcials complexes.

Trastorn antisocial:

El trastorn antisocial es caracteritza per una important duresa i indiferència emocionals en les relacions de l'adolescent amb els altres.

Estudis paral·lels en adults i nens van detectar un subgrup de nens que es caracteritzava per una important duresa emocional i indiferència emocionals en les seves relacions amb pares (Frick, Lilienfeld *et al.*, 1999). Aquests nens presentaven de forma característica menors nivells d'ansietat, així com respostes psicofisiològiques reduïdes davant estímuls estressants (Blair, 1999). La característica definitiva d'aquest trastorn és el dèficit de resposta emocional. Semblaria que existeix una progressió psicopatològica en els pacients que reben la diagnosi de trastorn antisocial.

Els nens i adolescents amb aquest trastorn presenten menors nivells d'ansietat enfront d'estímuls estressants que els altres.

Sembla que existeixen components genètics similars entre el trastorn oposicionista, el trastorn de conducta i el trastorn antisocial.

Podria succeir el mateix entre el TDAH i el trastorn antisocial.

En efecte, igual que per a la dependència o abús de substàncies primer ha d'existir un consum ocasional, després un consum regular i finalment un consum regular amb deteriorament a nivell físic i/o funcional, sembla existir una transició entre aquells nens que presenten comportament hiperquinètic en la primera infància, trastorn oposicionista desafiant en la segona infància, trastorn de conducta en la tercera infància o adolescència i trastorn antisocial. Els sistemes tradicionals de classificació diferencien aquestes diagnosis com trastorns independents i, en efecte, molts pacients poden presentar algun d'aquests trastorns en algun moment de la seva vida i no presentar la resta en la seva evolució. Tanmateix, alguns pacients sí segueixen aquesta trajectòria. De fet, existeix una càrrega genètica compartida entre el trastorn oposicionista, el trastorn de conducta i el trastorn antisocial (Eaves, Rutter *et al.*, 2000; Nadder, Rutter *et al.*, 2002). Això mateix succeeix en certa mesura amb el TDAH i el trastorn antisocial (Silberg, Meyer *et al.*, 1996). No obstant això, no tots els nens que presenten dèficit d'atenció amb hiperactivitat presenten posteriorment un trastorn antisocial. Existeixen diverses explicacions a aquesta situació: o bé existeix algun fenotip del TDAH que predisposi al trastorn antisocial o bé la vulnerabilitat genètica es simplement un factor que necessita interactuar en un ambient advers (Rutter, 2006).

Altres:

El trastorn esquizotípic podria estar relacionat amb nens i adolescents passius que s'involucren menys en les activitats i que es mostren més sensibles a les crítiques.

Esquizotípic:

Pocs estudis han intentat aplicar aquest criteri diagnòstic en la infància. Olin va reunir qüestionaris prospectius complimentats per professors d'adolescents de 15 anys que posteriorment desenvoluparien un trastorn esquizotípic (Olin, Raine *et al.*, 1997). Comparats amb altres grups de risc per a l'estudi de malalties psiquiàtriques, els pacients que havien desenvolupat trastorn esquizotípic eren més passius, s'involucraven menys en les activitats i mostraven major hipersensibilitat a la crítica.

Altres autors refereixen que el trastorn esquizotípic en la infància tindria símptomes comuns amb altres síndromes. Així, Nagy (Nagy i Szatmari, 1986) van detectar dèficits en la comunicació que es superposaven amb els trastorns del desenvolupament (excloent l'autisme). Caplan i Guthrie, a banda, van referir aquests dèficits en la comunicació com qualitativament semblants als observats en pacients esquizofrènics, tot i que de menor gravetat (Caplan i Guthrie, 1992).

Trastorn esquizoide:

El 1970, Wolf va aplicar la definició en un estudi, introduint, no obstant, diferents criteris que els que apareixen en el DSM-IV o la CIE-10: hipersensitivitat i idees paranoides (que el DSM-IV o la CIE-10 descriuen com criteri la falta de sensitivitat) i un estil inusual de comunicació més propi del trastorn esquizotípic (Wolff i Chick, 1980; Wolff, 1991; Wolff, 1991). Amb aquests criteris operatius, els autors van arribar a la conclusió que el trastorn esquizoide de la personalitat estava en continuïtat amb la diagnosi de trastorn esquizotípic en l'edat adulta (Wolff, 1991) (Wolff, 1995).

El trastorn obsessiu de la personalitat podria ser l'evolució en l'adolescència d'un trastorn obsessiu-compulsiu desenvolupat en la infància.

Es caracteritza per la rigidesa, una fixació pels detalls i un marcat aïllament social.

Trastorn anancàstic-obsessiu de la personalitat:

Alguns estudis afirmen que la freqüència d'aquest trastorn en nens i adolescents ascendiria a un 11% de la població (Swedo, Rapoport *et al.*, 1989).

Alguns autors refereixen que el trastorn obsessiu de la personalitat en l'adolescent seria un quadre residual d'un trastorn obsessiu compulsiu (TOC) desenvolupat en la infància. Així, en un estudi epidemiològic longitudinal del NIMH es va detectar que un nombre d'adolescents que en la infància havien complert criteris per al TOC ja no els complien més tard, però sí que presentaven trets de personalitat obsessiva com són la rigidesa, una elevada atenció als detalls i un marcat aïllament social (Berg, Rapoport *et al.*, 1989).

6.4. Complicacions

Ús de substàncies:

L'ús i abús de substàncies està associat a diferents formes de psicopatologia i especialment a conductes antisocials.

Els adolescents amb un TP poden arribar a consumir substàncies d'abús amb la finalitat d'autotractar els seus símptomes.

Tot i que l'ús-abús de substàncies pot estar associat a diverses formes de psicopatologia, la comorbiditat més freqüent són les conductes antisocials. En efecte, l'agressivitat i l'elevat estrès intrapsíquic han estat descrits com els factors de risc principals per a l'ús-abús de substàncies en estudis longitudinals (Brook, Whiteman *et al.*, 1995), (Brook, Whiteman *et al.*, 1995; Brook, Cohen *et al.*, 1998). També, igual que en l'edat adulta, els adolescents diagnosticats de TP poden presentar elevada comorbiditat amb l'ús perjudicial de substàncies, amb l'objectiu d'autotractar els símptomes. Així, poden utilitzar substàncies, ja sigui amb una intenció euforitzant per tractar la simptomatologia depressiva comòrbida (anfetamines, cocaïna, alcohol) o per calmar-se o fins i tot arribar a la sedació (alcohol, cannabinoides, heroïna).

A l'hora de plantejar el tractament és d'especial rellevància estar alerta davant de possible simptomatologia afectiva, doncs el tractament adequat d'aquests símptomes facilita en gran mesura el maneig de l'ús inadequat de substàncies (Moore i Farmer, 2006).

Suïcidi:

Existeix una clara relació entre els trastorns de personalitat i els intents de suïcidi.

L'agressivitat, la ira i la impulsivitat són factors que predisposen els nens i adolescents amb trastorns psiquiàtrics a intentar el suïcidi.

Una de les complicacions més greus en qualsevol pacient psiquiàtric és el suïcidi. La predisposició a tenir explosions d'agressió i ira i una alta impulsivitat són factors de risc per al suïcidi en poblacions infanto-juvenils (Shaffer i Gutstein, 2006). També, l'agressivitat i l'ira s'han descrit com factors de risc per a la utilització de mètodes d'elevada letalitat i futurs intents (Gispert, Wheeler *et al.*, 1985; Stein, Apter, *et al.*, 1998; Hawton, Kingsbury *et al.*, 1999). Finalment, alts nivells d'impulsivitat s'han descrit com factor característic tant de primers intents com d'intents de suïcidi repetits (Stein, Apter *et al.*, 1998; Kingsbury, Hawton *et al.*, 1999).

Un estudi prospectiu (Reinherz, Tanner *et al.*, 2006) en què es van incloure 346 adolescents de la comunitat va concloure que aquells subjectes que van presentar ideació autolítica als 15 anys havien comès 12

vegades major nombre d'intents de suïcidi als 30 anys que aquells que no van presentar ideació autolítica durant l'adolescència. Aquells que en la adolescència havien presentat ideació autolítica presentaven amb major freqüència símptomes característics del TP com són problemes de conducta, pitjor funcionament global, baixa autoestima i baixa capacitat per a establir relacions interpersonals.

Estudis en unitats d'hospitalització infanto-juvenils van concloure que els pacients que ingressaven per intents de suïcidi rebien la diagnosi de TP amb elevada freqüència (Brent, Kolko *et al.*, 1993) i que els pacients diagnosticats de TP eren aquells que havien comès els intents de suïcidi de major gravetat mèdica (Friedman, Aronoff *et al.*, 1983).

6.5. Tractament

Utilització dels diferents dispositius:

És recomanable atendre el pacient en el seu propi entorn.

El context ideal per al tractament del pacient ha d'estar integrat en el seu entorn per fer-lo al més accessible possible. El format preferible és l'atenció ambulatoria on el pacient realitzi un seguiment amb el seu metge de forma integrada en la seva comunitat (Rose, 2002). En efecte, és de vital importància que el professional romangui accessible a altres dispositius, especialment el sistema d'escolarització.

L'hospitalització només està indicada per a la intervenció en crisi o per completar el procés de diagnòstic i planificar la mobilització de recursos. En qualsevol cas, cal limitar-se a pocs dies.

L'hospitalització està indicada especialment per a la intervenció en crisi. Idealment, aquest cas ha de limitar-se a pocs dies amb la indicació de prevenir o contenir conductes destructives i/o autolítiques. Les hospitalitzacions podrien estar també indicades per completar el procés diagnòstic i per mobilitzar els recursos disponibles per al pacient.

L'internament en dispositius residencials està indicat en els següents casos: 1) pacients que presenten una combinació d'alteracions neuropsiquiàtriques i història de trauma o situació d'abús actual amb intensa resposta a l'estrès, com són respostes dissociatives o conductes autodestructives; 2) pacients que presenten conductes addictives o un trastorn d'alimentació amb risc vital; 3) pacients amb trets narcisistes importants que presenten elevada impulsivitat i conductes autodestructives, especialment quan els seus esforços per controlar el seu entorn es veuen intensament frustrats.

Els dispositius d'hospitalització parcial són un recurs molt important per a pacients amb TP, especialment aquells diagnosticats de TLP. En efecte, aquest tipus de dispositius permeten que els pacients amb una mala funcionalitat desenvolupin el seu tractament i activitat amb uns horaris fixes i uns límits molt determinats alhora que gaudeixen d'un contacte i seguiment molt proper pel personal sanitari. En efecte, en aquest entorn l'exposició als estressors és major que durant l'hospitalització i la proximitat del terapeuta permet que el pacient vagi adquirint i aplicant allò après en la seva teràpia mentre se sent protegit.

Psicoteràpia:

És complicat realitzar estudis d'eficàcia del tractament dels trastorns de personalitat degut a la dificultat de reclutar pacients, degut al baix compliment del tractament i a l'alt nombre d'abandonaments.

Els estudis controlats per al tractament del TP en adults són molt escassos i inexistents en adolescents. Existeixen diferents problemes a considerar respecte al disseny d'estudis d'eficàcia del tractament en els TP. En primer lloc, l'elevada comorbiditat amb altres trastorns de personalitat o amb trastorns de l'eix I dificulta el reclutament dels pacients. Altres problemes es deriven de les característiques pròpies dels assajos clínics. En efecte, els pacients amb aquest tipus de patologia solen tenir una baixa adherència al tractament donada la baixa estabilitat en la seva vida, per la qual cosa estudis longitudinals prolongats són difícils de realitzar. A més, els pacients joves amb alta agressivitat solen presentar alta freqüència d'abandonament (Smith, Koenigsberg *et al.*, 1995; Bateman i Fonagy, 2000). Les expectatives dels pacients solen ser altes, la qual cosa comporta un important conflicte amb la necessitat d'aleatorització, especialment en estudis longitudinals quan no es poden considerar pacients en llista d'espera com grup control.

Generalment, les variables que es recullen són relatives a la simptomatologia, el comportament, l'ajustament social i l'estat psiquiàtric. Seria necessari consensuar quines variables ofereixen una major interpretabilitat de cara al tractament (Bateman i Fonagy, 2000).

Finalment, l'especificitat de les psicoteràpies és limitada (Goldfried i Wolfe, 1998): l'excessiva variabilitat en els tractaments i la important superposició entre les teràpies comporta que els efectes diferencials entre les diverses psicoteràpies siguin molt difícils de dilucidar.

Diferents autors estan realitzant esforços per desenvolupar teràpies estructurades i manualitzades en estudis d'eficàcia.

La teràpia dialèctica conductual enfoca el trastorn de personalitat com una dificultat per a regular les emocions.

A banda, la teràpia de mentalització ho enfoca com una desregulació dels estats mentals i el seu objectiu és identificar aquests estats com propis o aliens i, així, controlar-los.

Existeixen dues teràpies que han demostrat importants resultats per al TP en adults i adolescents. La teràpia dialèctica conductual (TDC) desenvolupada per Linehan (Linehan, Armstrong *et al.*, 1991) i la teràpia de mentalització (TM) desenvolupada per Bateman i Fonagy (Bateman i Fonagy, 1999). Ambdues teràpies estan basades en el marc de "l'aquí i ara". Tanmateix, mentre la TDC conceptualitza el nucli del TP com una desregulació de les emocions, la TM el conceptualitza com una desregulació dels estats mentals, essent la desregulació emocional un problema secundari a aquest. En efecte, l'objectiu de la TM seria la identificació dels estats mentals propis i aliens, la qual cosa permetria controlar-los arribant així a una autoregulació apropiada del propi ser. Ambdues teràpies han demostrat a nivell ambulatori reduir les conductes parasuïcides i la necessitat de medicació, així com millorar els índexs de qualitat de vida, com una menor freqüentació de serveis d'urgències i de reingrés.

Les intervencions amb la família estan orientades al desenvolupament d'habilitats socials i de comunicació, així com a la resolució en el moment dels conflictes que sorgeixen entre els pares i el fill.

Les intervencions familiars estan orientades cap a la cognició reforçant el desenvolupament de les habilitats socials i de comunicació, així com la resolució de problemes entre els pares i el fill en el marc de l'aquí i ara. Així, quan els conflictes de relació són identificats, els pares poden adquirir una nova perspectiva dels problemes, podent ser més empàtics i arribant així a reconstruir els vincles amb l'adolescent (Diamond i

L'objectiu sempre és reforçar l'aliança terapèutica, millorar el compliment del tractament i contenir comportaments destructius o autolesius.

Liddle, 1999). Aquestes teràpies tenen com objectiu reforçar l'aliança terapèutica, millorar el compliment del tractament, reforçar la marcatió dels límits i contenir els comportaments destructius i autolesius.

Les exigències que hauria de complir un assaig controlat terapèutic en aquest tipus de pacients perquè sigui efectiu són: 1) estar ben estructurat; 2) tenir un únic i clar objectiu, ja sigui conductual o de resolució de problemes afectius; 3) tractament a llarg termini; 4) reforçar el vincle del terapeuta amb els pares; 5) reforçar el vincle del terapeuta amb els nens o adolescents i el seu compliment; 6) integrar el tractament amb altres dispositius i recursos accessibles per al pacient.

Tractament farmacològic:

El tractament amb medicaments està orientat tant als trets de vulnerabilitat com als símptomes que apareixen durant les descompensacions.

El tractament farmacològic en aquest tipus de pacients té com objectius la desregulació de l'estat de l'afecte, de l'estat d'hiperalerta, dels impulsos i la clínica comòrbida de l'eix I. Així, es tractarien no només els símptomes que emergeixen durant les descompensacions, sinó també els trets de vulnerabilitat resultants de la desregulació crònica. Si amb el tractament es poden controlar aquests símptomes, els pacients són capaços d'involucrar-se més en el procés terapèutic i d'integrar millor els coneixements i estratègies apreses durant la psicoteràpia.

6.6. Conclusions

- El trastorn de la personalitat és una síndrome poc estudiada en poblacions infanto-juvenils que mereix una atenció especial, no només per la distorsió en la funcionalitat que provoca en els pacients i les seves famílies, sinó també per la interferència que els símptomes causen en el neurodesenvolupament del pacient.
- És probable que un nen diagnosticat amb un trastorn de la personalitat, al cap d'uns anys presenti problemes a nivell educacional, ocupacional, social, de salut o sentimental.
- La diagnosi precoç és útil. No obstant això, les categories diagnòstiques dels adults, al no incorporar el concepte de neurodesenvolupament, són limitades si les apliquem als nens i als adolescents.
- Els adolescents amb un trastorn de la personalitat poden arribar a consumir substàncies d'abús amb la finalitat d'autotractar els seus símptomes. L'ús i abús de substàncies està associat a diverses formes de psicopatologia i, especialment, en conductes antisocials.
- Existeix una clara relació entre els trastorns de personalitat i els intents de suïcidi. L'agressivitat, la ira i la impulsivitat són factors que predisposen a aquests pacients.
- És per això que una atenció especial es fa necessària en aquesta patologia, no només en el context de la investigació sinó també en la clínica, per especialistes infanto-juvenils que, a més d'una bona formació en psicopatologia, siguin capaços de considerar les dimensions pròpies del desenvolupament.
- És recomanable atendre el pacient en el seu propi entorn i reservar l'hospitalització només per a la intervenció en crisi o per completar el procés de diagnosi i planificar la mobilització de recursos.
- Les intervencions amb la família estan orientades al desenvolupament d'habilitats socials i de comunicació, així com a la resolució en el moment dels conflictes que sorgeixen entre els pares i el fill. L'objectiu sempre és reforçar l'aliança terapèutica, millorar el compliment i contenir comportaments destructius o autolesius.
- El tractament farmacològic està orientat tant als trets de vulnerabilitat com als símptomes que apareixen durant les descompensacions.

6.7. Bibliografia

Bateman, A. i 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. i 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. i R. Plomin (1975). *A temperament theory of personality development*. York, NY, Wiley Interscience.

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

Caspi, A. i 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. i 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. i 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. i 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 i 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." 1 240(4849): 167-71.
- Kagan, J. i 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. i A. Farmer (2006). Personality and illness. *Child and adolescent psychiatry*. M. Rutter i 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. i 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 i E. Taylor. Massachusetts, Blackwell publishing: 309-324.
- Shaffer, D. i J. Gutstein (2006). Suicide and attempted suicide. *Child and adolescent psychiatry*. M. Rutter i 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 i J. A. Goode. Chichester, John Wiley i Fills: 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. i 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 psychomatic 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. i 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 i 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 Psychiatr* 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. Glossari

Adherència terapèutica: Compliment terapèutic. Es refereix a una conducta que coincideix amb la indicació mèdica o de la salut.

Alcalosi metabòlica: Situació en la qual la sang és alcalina a causa d'una concentració massa elevada de bicarbonat. Es produeix quan el cos perd massa àcid, per exemple després de vòmits repetits.

Aliança terapèutica: Relació que s'estableix entre el metge i el pacient que afavoreix un bon compliment del tractament.

Amenorrea primària: Absència de menstruació. No es considera que s'hagi presentat fins que la noia tingui més de 16 anys.

Amenorrea secundària: És l'absència de menstruació per un període de més de 3 mesos en una dona que anteriorment ha presentat cicles menstruals.

Anamnesi: Entrevista que es duu a terme amb la finalitat d'obtenir informació rellevant sobre el pacient, la seva família, el medi en què ha viscut, les experiències que ha tingut, incloent-hi sensacions anormals, estats d'ànim o actes observats pel pacient o per altres persones amb la data d'aparició i la durada i els resultats del tractament. Inclou dades objectives i subjectives.

Ansietat: Reacció psicològica i fisiològica que es produeix davant de situacions que es perceben com a amenaçadores.

Antipsicòtics atípics o de segona generació: Fàrmacs del grups dels antipsicòtics, d'aparició més recent en el mercat, que presenten un perfil d'eficàcia i tolerabilitat superior al dels antipsicòtics clàssics.

Antipsicòtics: Fàrmacs utilitzats per al tractament de diverses malalties mentals greus.

Atenció ambulatoria: Cures que es fan en el mateix entorn del pacient i que no requereixen hospitalització.

Bradicàrdia: Disminució de la freqüència cardíaca.

Causa orgànica: Té el seu origen en malalties de tipus físic.

Cognitiu: Referent a la capacitat psicològica i intel·lectual per apreciar les emocions i el seu impacte a nivell psicològic.

Comorbiditat: Presència d'un trastorn (malaltia) o més d'un a més de la malaltia o trastorn primari.

Conducta autolesiva: Conducta en la qual la persona es provoca lesions físiques.

Conducta autolítica: Conducta de caràcter suïcida.

Conductes parasuïcides: Conductes similars a la suïcida l'objectiu de les quals no és el de posar fi a la vida.

Crisi: Situació excepcional a nivell psicològic, en molts casos amb connotacions negatives.

Cronicitat: S'aplica al problema de salut que progressa o persisteix durant un període de temps prolongat; en general, tota la vida.

Depressió: Alteració greu de l'estat d'ànim, qualitativament diferent de la tristesa i que requereix un tractament específic.

Desenvolupament pondoestatural: Relació de la salut general, l'estat nutricional i l'estatura del/de la nen/a.

Desenvolupament psicomotor: Adquisició d'habilitats que s'observa en el nen de manera contínua durant tota la infància.

Desequilibris electrolítics: Canvis en la composició d'aigua i minerals del cos que poden repercutir en l'estat de salut.

Diagnosi diferencial: Diagnosi triada entre diverses de possibles després de l'estudi pel professional de tota la informació necessària.

Dislèxia: Deficiència de la lectura, l'escriptura i l'aprenentatge.

Diürètics: Fàrmacs que incrementen el volum d'orina actuant principalment sobre els ronyons i produint una pèrdua de sals i aigua de l'organisme.

Estressors: Estímul o situació que provoca una resposta d'estrès.

Estudis de disseny longitudinal: Metodologia científica que pretén estudiar l'evolució d'una malaltia al llarg del temps.

Etiologia: Estudi de les causes sobre alguna malaltia.

Eutimitzants: Fàrmacs que regulen l'estat d'ànim.

Evidència científica: Grau de coneixement contrastat científicament, també anomenat "basat en proves".

Factor ambiental: Factors de l'entorn personal, familiar, laboral d'un pacient que poden influir en una malaltia.

Factor genètic: Element vinculat a l'herència biològica que es troba a la base de moltes malalties mentals.

Fàrmacs anorexígens: Fàrmacs que redueixen la sensació de gana.

Fenotip: Expressió del genotip en un ambient determinat. Els trets fenotípics inclouen trets tant físics com conductuals. Vegeu genotip.

Genotip: Contingut genètic (el genoma específic) d'un individu, en forma d'ADN.

Guia de pràctica clínica: Sèrie de recomanacions en les quals s'indica el procediment a seguir per a una correcta diagnosi i un correcte tractament.

Hematèmesi: Vòmit de sang.

Hipercinèsia: Moviment involuntari del cos o parts d'ell.

Hipertròfia de les paròtides: Creixement desproporcionat de les glàndules paròtides.

Idees paranoides: Idees amb un clar convenciment de realitat en què el pacient es creu vigilat o perseguit.

Infància mitjana: Interval d'edat de 4 a 7 anys.

Infància primerenca: Interval d'edat de 1 a 3 anys.

Infància tardana: Interval d'edat de 8 a 10 anys.

Insomni de conciliació: Dificultat per agafar el son.

Interacció gen-ambient: En moltes malalties, els factors exògens o ambientals interactuen amb factors endògens o genètics i això dóna lloc a l'expressió d'un d'aquests gens.

Interaccions coercitives: Mecanismes de relació pels quals s'intenta imposar el criteri d'un individu en contra de l'opinió de l'altre.

Malalties mèdiques: Alteracions de la salut que tenen com a component fonamental la presència de signes i/o símptomes físics.

Manifestacions clíniques: Sèrie de signes i símptomes que caracteritzen una malaltia.

Neuropsicologia: Combinació entre una exploració neurològica i psicològica que avalua el funcionament a nivell cognitiu.

Osteopènia: Disminució en la densitat mineral òssia.

Patologia externalitzadora (problemes externalitzadors): Reaccions psicològiques per part d'alguns pacients que desplacen la seva responsabilitat cap a factors ambientals.

Patologia internalitzadora: Reaccions psicològiques per part d'alguns pacients que desplacen la seva responsabilitat cap a la seva pròpia persona.

Patologia: És la part de la medicina que s'encarrega de l'estudi de les malalties en el seu sentit més ampli, és a dir, com a processos o estats anormals de causes conegudes o desconegudes. S'utilitza com a sinònim de malaltia.

Patró multigènic: Malalties amb un component genètic que està provocat per diverses anomalies genètiques, no únicament per l'alteració d'un gen concret.

Perinatal: Que pertany o s'esdevé durant el període anterior al part o naixement, o és simultani o posterior a aquest, és a dir, des de la 28a setmana de gestació fins als primers set dies després del part.

Polifarmàcia: Ús concomitant de diversos medicaments.

Pràctica clínica: Manera habitual de diagnosticar i tractar una malaltia.

Prevalença/prevalent: Freqüència d'aparició d'una patologia.

Psicopedagogia: Estratègies psicològiques encaminades a millorar el mecanisme d'aprenentatge.

Rectorràgia: Hemorràgia digestiva que s'expulsa per l'anús.

Síntoma disruptiu: Síntoma que causa una alteració conductual rellevant.

Síntomatologia afectiva: Conjunt de símptomes que afecten l'esfera de l'estat d'ànim.

Símptomes: Conjunt de manifestacions clíniques expressades per un pacient.

Síndrome: Conjunt de signes i símptomes propis d'una malaltia.

Sinergia: Efecte sumatori o multiplicador.

Sobrediagnosi: Fet de diagnosticar excessivament una patologia determinada.

Tractament coadjuvant: Tractament que s'administra conjuntament amb un tractament principal.

Trastorn obsessivocompulsiu: Malaltia mental caracteritzada per la presència d'idees o conductes de tipus obsessiu (repetitiu) i compulsiu (que el pacient no pot evitar).

Trastorn per somatització: Malaltia psicològica que té com a característica fonamental la presència de símptomes físics erràtics.

Trastorns a l'eix I: Sistema de classificació de les malalties mentals que inclou les principals diagnosis psiquiàtriques.

Trastorns a l'eix II: Sistema de classificació dels trastorns de personalitat inclosos entre les malalties mentals.



www.faroshsjd.net

Conèixer per actuar

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

www.hsjdbcn.org

