

Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista

Amaia Hervás, Isabel Rueda

Introducción. Los trastornos del espectro autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo que afectan la comunicación social y presentan conductas estereotipadas. La comorbilidad asociada a trastornos de conducta es frecuente, comienza en la infancia y, en general, continúa hasta la edad adulta. En ocasiones se asocia a agresividad, negativismo, autolesiones y ruptura de normas sociales. Origina gran disfuncionalidad a la persona con TEA, a la familia, a los profesionales y al entorno, y es causa principal de tratamiento farmacológico, hospitalización y educación especial. Factores relacionados con los síntomas de TEA, comorbilidad y factores sociales se asocian a un incremento de riesgo de problemas conductuales. Será necesaria una exploración detallada que incluya un análisis funcional y una combinación de intervenciones psicoeducativas, sociales y farmacológicas en muchos casos.

Objetivo. Revisar los factores desencadenantes, causas, evaluación y tratamiento de los problemas de conducta asociados a TEA.

Desarrollo. Se expone qué se entiende por problemas de conducta en TEA, los diferentes mecanismos clínicos y cognitivos asociados, y las estrategias más efectivas para la intervención.

Conclusiones. El TEA comórbido con problemas de conducta es frecuente, comienza en la primera infancia y continúa a lo largo de la vida. Una detallada evaluación, que incluya un análisis funcional de la conducta a extinguir, y un tratamiento con diferentes estrategias psicológicas, educativas sociales y farmacológicas resultan esenciales.

Palabras clave. Autismo. Conducta. Trastorno del espectro autista.

Introducción

Las personas con trastornos del espectro autista (TEA) presentan alteraciones en el neurodesarrollo que comienzan en edades precoces y que persisten en mayor o menor grado a lo largo de la vida, debido a diferentes causas, en gran parte todavía desconocidas. Presentan aspectos en común respecto a la clínica del autismo nuclear, con alteraciones en la comunicación social, patrones de lenguaje-conducta estereotipada y dificultades en el área sensorial [1]. Es un problema frecuente con una prevalencia entre 1/45 y 1% [2].

La complejidad fenotípica del TEA se manifiesta en la asociación con otras alteraciones del neurodesarrollo, problemas psiquiátricos o médicos. Según las edades, un 50-70% de las personas con TEA presentan asociados otros retrasos en el desarrollo, comorbilidades con problemas de salud mental o problemas de conducta. Aproximadamente un 30% de las personas con TEA muestran una discapacidad intelectual asociada y en un 82% de los casos los niños con TEA requieren adaptaciones educativas. En un 25-50%, las comorbilidades son múltiples, presentando estos casos una gran morbilidad

y necesidad de recursos terapéuticos [3]. Resulta frecuente que el TEA se asocie a problemas conductuales, entre otros, conductas agresivas, negativismo ante órdenes o demandas, ruptura de normas sociales y situaciones de emocionalidad negativa. Los problemas de conducta incrementan el riesgo de recibir un trato coercitivo con sujeción física, hostilidad verbal y física, un mayor aislamiento en casa y emplazamientos en programas especializados. La familia convive con episodios de agresividad, lo que incrementa el estrés emocional y físico de los familiares y, en ocasiones, la percepción de abandono institucional por la falta de servicios y apoyo recibido [4].

La mayoría de los niños con TEA son educados en escuelas ordinarias, por lo general escasamente adaptadas a niños con TEA y problemas de conducta. Las escuelas ordinarias presentan generalmente un alto nivel sensorial, cambios continuados de actividad, aprendizajes y material poco centrado en los intereses del niño con TEA, esfuerzo mental continuado y situaciones sociales poco gratificadoras en la relación con otros niños. Las alteraciones de conducta de los niños con TEA frecuentemente se expresan en el ámbito escolar [5].

IGAIN (Instituto Global de Atención Integral al Neurodesarrollo). Psiquiatría Infantil y Juvenil; Hospital Universitari Mútua de Terrassa; Terrassa, Barcelona, España.

Correspondencia:

Dra. Amaia Hervás Zúñiga. Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Pl. Doctor Robert, 5. E-08221 Terrassa (Barcelona).

E-mail:

ahervas@mutuaterrassa.es

Declaración de intereses:

A.H. ha impartido conferencias patrocinadas por Shire.

Aceptado tras revisión externa:

22.02.18.

Cómo citar este artículo:

Hervás A, Rueda I. Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. Rev Neurol 2018; 66 (Supl 1): S31-8.

© 2018 Revista de Neurología

Problemas de conducta en personas con TEA

Entre los problemas de conducta más frecuentemente observados en los niños y, en general, en las personas con TEA se incluyen:

- Conductas que amenazan la seguridad propia, como autolesiones (golpearse la cabeza, morderse o arañarse), escapismo (huir sin considerar el peligro) o negativas a comer o a dormir.
- Conductas agresivas verbales o físicas que amenazan la seguridad de miembros de la familia u otras personas fuera del círculo más cercano del sujeto con TEA o destrucción física de bienes materiales.
- Negativas persistentes a las peticiones de los adultos, desde desobediencia hasta extremos máximos de incomunicación, como es el mutismo selectivo o la catatonía.
- Ruptura de normas o leyes sociales que, en la mayoría de edad, puede implicar la comparecencia ante la justicia.
- Alteraciones emocionales negativas con extrema irritabilidad, ansiedad o descontrol emocional, a veces desencadenado por una emocionalidad extrema positiva (excitabilidad) [6].

Prevalencia de problemas de conducta en TEA

Los problemas de conducta en TEA son muy frecuentes, aparecen en edades tempranas, se incrementan hasta la edad adulta y permanecen a lo largo del tiempo con una prevalencia del 57-90% [8]. La agresividad es uno de los problemas más habituales. En un 69% de los casos, son agresivos contra los cuidadores, y en un 49%, contra las personas fuera de su círculo más cercano [9].

Cuando van creciendo, la ruptura de normas, en su mayoría relacionadas con dificultades de cognición social y empatía, puede asociarse a conducta delincuente, con una frecuencia del 5-26% [9]. Igualmente, entre las personas que habían delinquido y estaban en régimen de internamiento, se halló una prevalencia de TEA del 2,3-15% [10], muy por encima de la prevalencia en la población general.

Influencia de los síntomas nucleares de TEA en las alteraciones de conducta

Alteraciones sociocomunicativas

El escaso deseo por relacionarse se asocia a la 'no respuesta'. Presionados, pueden reaccionar con escapismo o bien con estados de ánimo negativo. Por

el contrario, aquellos que son sociables pero no saben relacionarse pueden realizar aproximaciones inadecuadas, desde tocamientos o acercamientos verbales inadecuados hasta comportamientos agresivos cuando pretenden ser amigables. Las dificultades en pedir ayuda o comunicarse pueden desencadenar intensas explosiones emocionales.

Comportamientos estereotipados, intereses restringidos y alteraciones sensoriales

La inflexibilidad al cambio en su rutina o entorno y la ruptura de sus rituales puede acompañarse de problemas conductuales. Las personas del entorno pueden tener dificultades en identificar los rituales autistas, interpretando que su conducta es un sinsentido cuando en realidad obedece a un comportamiento compulsivo en el que involucran a los adultos.

La hipersensibilidad a estímulos sensoriales diversos puede provocar reacciones conductuales extremas en diferentes lugares y circunstancias, que a veces la familia puede que no las identifique.

La hiposensibilidad es un factor de riesgo para las autolesiones, que pueden llegar a lesiones físicas importantes sin reacción aparente al dolor. La hiposensibilidad puede producir una disminución de la identificación de percepciones físicas como son las sensaciones de hambre, cansancio, plenitud de vejiga o intestino o plenitud gástrica, relacionándose con inanición, insomnio, alteración del control de esfínteres u obesidad [11].

Influencia de los síntomas comórbidos del TEA en las alteraciones de conducta

Otras alteraciones del neurodesarrollo frecuentemente asociadas a TEA

Trastornos del lenguaje

Las personas con TEA pueden presentar retrasos de lenguaje permanentes y graves. Algunas nunca desarrollarán lenguaje, incluso a pesar de tener capacidades cognitivas no verbales dentro de la normalidad o superiores. Esta disparidad entre una mejor preservada capacidad de integrar información visual asociada a graves dificultades comunicativas, sin poder compensarlas suficientemente con gestos, predispone a que la conducta sea su única manifestación expresiva.

Discapacidad intelectual

Cerca de un 30% de personas con TEA tienen una discapacidad intelectual asociada. En estos casos, los

síntomas de TEA pueden ser menos compensados por otras habilidades cognitivas más preservadas.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Alrededor de un 30% de las personas con TEA tienen un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) asociado, es decir, síntomas de hiperactividad, impulsividad o inatención. La asociación de ambos trastornos potencia la gravedad tanto de los síntomas del TEA como del TDAH. A las dificultades en la rigidez cognitiva y habilidad de planificación propias del TEA se asocian las dificultades de memoria de trabajo y inhibición cognitiva propias del TDAH, lo que afecta a las personas con ambas alteraciones evolutivas en su capacidad de autonomía, autocontrol, explosiones conductuales, rendimiento escolar y aprendizaje, más allá de los logros esperados por su capacidad intelectual.

Tics-trastorno de Tourette

Aproximadamente un 15-20% de las personas con TEA tienen tics o trastorno de Tourette asociado. Los tics motores, fónicos, conductas compulsivas, ecolalias o ecopraxias propias del trastorno de Tourette se asocian a las conductas repetitivas o rituales propias del TEA, incrementando las conductas estereotipadas y rituales. La asociación incrementa el riesgo de comorbilidades múltiples con trastornos emocionales, trastorno obsesivo compulsivo o TDAH con grave deterioro funcional [12].

Comorbilidades con problemas de salud mental

Ansiedad

En personas con TEA es frecuente la ansiedad social por temor a una evaluación social negativa, ansiedad fóbica ante estímulos a los que previamente se han sensibilizado, o ansiedad generalizada ante situaciones nuevas que no sepan afrontar. Por las dificultades en el reconocimiento de la expresión emocional o la tonalidad de la voz de las personas con TEA, sus cuidadores pueden no identificar la ansiedad, lo que dificulta que puedan recibir ayuda en estas situaciones.

Episodios depresivos

Ocurre algo similar con la depresión; el único signo visible puede ser un comienzo brusco de irritabilidad y alteración conductual [3,13].

Episodios psicóticos

Ocurren también asociados a TEA. Más frecuente es la aparición de ideas sobrevaloradas autorreferenciales o malinterpretación de las intenciones de otras

personas, contextos o experiencias sociales, con base en sus dificultades de comprensión social, aunque pueden producirse episodios transitorios psicóticos, en ocasiones relacionados con el estrés [14].

Comorbilidad médica

Un 20-25% de las personas con TEA tienen epilepsia, que frecuentemente comienza en el primer año de vida o en la adolescencia. A veces, su inicio se asocia a cuadros bruscos de empeoramiento conductual antes de poder reconocerse los signos visibles de las convulsiones. Un 40-80% de niños con autismo presentan dificultades para dormir [15]. Las alteraciones del sueño y del apetito, cansancio y malestar también se asocian a empeoramiento conductual. En ocasiones, abruptas reacciones conductuales surgen ante el dolor de cualquier tipo, cuando no son capaces de reconocer la sensación o identificar el lugar del dolor, o no saben comunicarlo.

Aspectos cognitivos del TEA relacionados con problemas de conducta

Alteración en teoría de la mente y cognición social

Las dificultades de entender o malinterpretar intenciones y pensamientos de otras personas, de comprender y adaptarse a las necesidades del entorno, está en la raíz de muchos comportamientos inadecuados de las personas con TEA [16]. La falta de empatía y de comprensión de las repercusiones emocionales que su conducta puede causar en otras personas puede originar que los niños con TEA presenten conductas inadecuadas, incluso agresivas, pensando que es una experiencia agradable para el otro niño. Cuando son más mayores, estas cogniciones incorrectas pueden conducir a conductas desinhibidas. En personas con TEA está alterada generalmente la empatía cognitiva, entendida como la capacidad de comprender los pensamientos que lleva a otras personas a determinadas emociones, y está más preservada la empatía emocional, entendida como la capacidad de sintonizar emocionalmente con las emociones de otras personas. En personas con rasgos psicopáticos ocurre lo contrario: tienen preservada la empatía cognitiva, pero alterada la empatía emocional [17].

Alteración de la función ejecutiva, hiperreactividad fisiológica y regulación emocional

Las personas con TEA y alteraciones de conducta

suelen mostrar dificultades en su flexibilidad cognitiva, organizarse y planificarse, anticipar situaciones y responder de una manera organizada y planificada ante una situación no esperada. Todos estos aspectos les provoca estrés. Existe una clara interacción entre demandas externas y respuestas fisiológicas, y cuando las demandas del entorno superan las respuestas posibles, la persona con TEA puede responder con estrés y desregulación emocional [18]. En personas con TEA se ha descrito una alterada reactividad fisiológica, tanto hiper como hiporreactividad, con una disminución de la frecuencia cardíaca al hablar en público o una reducida respuesta en la conductancia de la piel. La hiperreactividad y la desregulación emocional se relacionan con una menor respuesta al entorno, se encierran en sí mismos, pudiendo llegar a estados mutistas o catatónicos [19].

Evaluación de los problemas de conducta en los TEA

Debe realizarse una exploración detallada de los síntomas nucleares de TEA, de la comorbilidad asociada y de los posibles factores etiológicos utilizando información clínica y cuestionarios o pruebas estandarizadas. Una evaluación detallada de los problemas de conducta es fundamental con el fin de crear la base para mejorarlos o extinguirlos. Se pueden utilizar cuestionarios para evaluar síntomas de conducta, siendo los que más fiabilidad han demostrado en TEA *Home Situations Questionnaire-Pervasive Developmental Disorders version*, *Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits-part 3*, *Aberrant Behavior Checklist* y *Nisonger Child Behavior Rating form*, y para comorbilidad general, el *Child Behavior Checklist* [20].

Sin embargo, la realización de un completo análisis funcional de todos los componentes asociados a la persona con TEA y a su conducta resulta esencial. Debemos realizar los siguientes pasos:

- Identificar, definir y cuantificar de manera objetiva la conducta problemática, aquella en la cual queremos intervenir.
- Recoger información para determinar cuál es la función de la conducta problemática, por ejemplo, si existe una autolesión que representa una manera de comunicarse ante estímulos sensoriales estresantes o, por el contrario, representa una autoestimulación relacionada con una hiposensibilidad ante la falta de estructura.
- Identificar antecedentes de la conducta, cuáles son los factores desencadenantes.

- Identificar las consecuencias en el entorno después de la conducta, cuáles se relacionan con un incremento o descenso de la conducta.
- Medir la frecuencia e intensidad de la conducta.
- Identificar una conducta alternativa que puede hacer la misma función; por ejemplo, otros estímulos similares que pueden ser estimuladores, pero funcionalmente.
- Enseñar conductas alternativas, utilizar la distracción funcional.
- Identificar varios reforzadores que puedan utilizarse alternativamente para el uso exitoso de las conductas alternativas, sobre todo reforzadores naturales y sociales.

También es relevante identificar los factores del entorno que puedan relacionarse con los problemas conductuales, entre los que se encuentran cambios de rutina, estímulos que les provocan miedo o que les alteran, información social compleja que no pueden procesar y ambiente hiperestimulante que les produce excitación o desregulación emocional [21].

Tratamiento de los problemas de conducta asociados a TEA

El tratamiento de los problemas de conducta requiere un plan detallado de intervenciones psicoeducativas multidisciplinares y de intervenciones sociales en los diferentes contextos en los que vive la persona con TEA. Aquellos que presentan episodios de agresividad pueden requerir intervenciones farmacológicas, para las cuales existe cierta evidencia de efectividad.

Intervenciones psicoeducativas

Requieren un plan funcional en el que se concreten las intervenciones específicas a realizar. Siempre debemos utilizar registros de la evaluación funcional, de las conductas que queremos extinguir y, si no disminuyen, evaluar los posibles factores implicados en la no mejora y reevaluar nuestro diagnóstico del análisis funcional. En general, cuando los problemas de conducta se relacionan con rigidez y dificultades en el cambio, son intervenciones de preferencia cambios progresivos utilizando anticipación, estructura y ayudas visuales. En aquellos casos en los que exista una hiperreactividad y desregulación emocional deberemos intervenir acomodando el entorno, reduciendo factores de hiperexcitación o desregulación, y utilizando distractores que les conduzcan a un estado emocional más positivo y equilibrado. Si

los problemas de conducta se deben a malinterpretaciones del entorno, historias sociales, ayudas y recordatorios visuales pueden ayudarles a entender dicho entorno de una manera más concreta. En el caso de que sea la misma conducta la que resulta reforzadora, como es el caso de las autolesiones, se utilizará un refuerzo diferencial con actividades incompatibles para reducir la conducta no deseada.

Estrategias para cambiar la conducta

- *Adaptaciones ambientales.* Retirar los estímulos que causan hiperestimulación sensorial, crear estructura durante el máximo tiempo, actividades motivadoras funcionales y facilitar un espacio para relajarse. En el entorno, los estímulos sensoriales, cambios inesperados de rutina, estrés ambiental, falta de estructura, excesivas demandas que no pueden cumplir, negaciones, malinterpretación de su entorno y situaciones que provocan ansiedad y miedo, suelen precipitar los problemas de conducta. Para reconducir los problemas de conducta en TEA se han utilizado modelos de hipostimulación, es decir, reducir peticiones y órdenes, evitar situaciones hiperreactivas (contacto ocular, hablar alto, contacto físico, personas que los miran), evitar conductas no verbales que pueden llevar a un conflicto (posturas agresivas, miradas) y reducir la hiperestimulación externa mediante espacios sensoriales con poca estimulación. El ejercicio físico también puede ser una manera de reducir la excitación fisiológica, la ansiedad y las conductas estereotipadas, y de mantener una estructura funcional [22]. La excesiva adaptación del ambiente, evitando todos los estímulos que les alteren, puede conllevar al aislamiento de la persona con TEA, reforzando la no tolerancia al cambio. En estos casos, la exposición al entorno debe ser gradual, anticipándolos paulatinamente a cambios, nuevas rutinas y nuevas personas [23].
- *Cambiar su estado emocional.* Ante los problemas de regulación emocional, actividades que cambian el estado emocional favorecen la autorregulación positiva. Debe tenerse en cuenta su estado emocional y exponerlos a situaciones estresantes o cambios cuando están más contentos, y no hacerlo cuando están en un estado de ánimo negativo [24].
- *Utilizar estructura, rutina y ayudas visuales.* La estructura les ayuda a entender su entorno y adecuarse a las transiciones. Los horarios les ayudan a anticipar secuencias y las imágenes pueden utilizarse como recordatorios o transiciones. Aquellas personas con problemas conductuales deben te-

ner una estructura de actividades motivadoras, combinando actividades más tranquilas y movidas, algunas al aire libre y trabajando también la autonomía. En ocasiones, son muy dependientes de la atención del adulto y cualquier retirada de atención les provoca irritabilidad, por lo que habrá que trabajar paulatinamente su autonomía.

- *Utilizar instrucciones proactivas positivas.* Ser positivo cuando queremos cambiar, por ejemplo, la no obediencia, recurriendo a aspectos positivos de su interés, como bromas o juegos que les gusten, que los vuelva más receptivos emocionalmente. Si se bloquean, distraerlos con actividades placenteras y luego intentarlo de nuevo. Ir utilizando aproximaciones hacia la conducta deseada. La utilización de un lenguaje positivo, claro y conciso, con un tono de voz bajo, es esencial en la disminución de conductas agresivas.
- *Utilizar la distracción y situaciones de sorpresa para sacarles de las conductas no deseadas, cambiarles su estado emocional.* Ofrecerles elección siempre que sea posible. Cada persona con TEA tiene sus distracciones, que será útil conocer para poder anticipar situaciones problemáticas y evitar ‘tiempos muertos’ [25].
- *Intervenciones basadas en consecuencias.* Ignorar conductas que no causan daño a nadie, redirigirlo para conseguir la conducta deseada, retirar cualquier consecuencia que refuerce la conducta.
- *Respuesta a la crisis.* Cuando están alterados, es mejor dejarlos solos con algún distractor que pueda tranquilizarlos. Es necesario mantener la seguridad, cerrar puertas, alejar a otras personas, protegerlos de objetos que puedan dañarlos, etc. Si todo ha fallado, presentan riesgo de hacerse daño y es necesaria la sujeción física, los adultos que la realicen tienen que estar entrenados para reducir cualquier riesgo [26].
- *Autoevaluación.* Es importante siempre analizar lo que funciona y lo que no funciona, planificando de antemano toda actuación y ser flexible para cambiar los planes.

Tratamiento farmacológico

Como principio general básico en cualquier población infantil y adolescente, siempre debe instaurarse el tratamiento farmacológico en estrecha colaboración con los padres. Una guía importante en esta población tan vulnerable es evitar ingresos hospitalarios y soluciones crónicas para problemas agudos ante cambios o situaciones inesperadas. Para evitar al máximo los efectos secundarios de la medicación siempre debe comenzarse exclusivamente con un

fármaco, e incrementarlo despacio. El profesional debe controlar posibles efectos secundarios y facilitar a los padres un rápido acceso en caso de que surjan imprevistos. Como norma, el profesional debe intentar maximizar y esperar la efectividad de un fármaco antes de realizar cambios, evitando la politerapia. Muchas veces, un fármaco enmascara efectos secundarios de otro, por lo que su retirada puede producir reacciones no esperadas. Los padres deberán tener una amplia información de los efectos esperados con el tratamiento farmacológico, de cuáles son los efectos secundarios más frecuentes, y por cuáles de estos efectos deberían suspender la administración del fármaco. Hay que evitar comenzar tratamientos farmacológicos durante períodos de cambio en la vida o situaciones escolares muy estresantes.

Los fármacos más utilizados en agresión, agitación y problemas conductuales son los antipsicóticos atípicos, metilfenidato, guanfacina, clonidina, clonacepam y, con menor evidencia de efectividad, propranolol, estabilizadores del estado de ánimo, N-acetilcisteína y naltrexona. Estudios recientes indican que los agentes glutamatérgicos y moduladores del ácido γ -aminobutírico (memantina, arbaclofeno, riluzol) pueden ser útiles. En las alteraciones del sueño con problemas de conducta, melatonina, clonidina, antihistamínicos y trazodona son posibilidades terapéuticas.

Actualmente, los únicos fármacos con indicación por la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense en personas con TEA son la risperidona y el aripiprazol, ambos utilizados para las comorbilidades de conducta, sin que exista evidencia de mejora en los síntomas específicos del TEA.

Antipsicóticos atípicos

El aripiprazol y la risperidona mejoran la irritabilidad, agitación, labilidad emocional, hiperactividad y conducta estereotipada. Los efectos secundarios más frecuentes son sedación, ganancia de peso y efectos extrapiramidales. El incremento de la prolactina, sobre todo en edad adolescente, necesita monitorizarse. Ambos actúan preferencialmente en receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, pero también tienen efectos en receptores histamínicos, adrenérgicos y colinérgicos. Se han utilizado en niños otros antipsicóticos atípicos con alguna evidencia de efectividad, como es el caso de la olanzapina, pero la ganancia de peso y los efectos metabólicos desaconsejan su uso.

La quetiapina, por su efecto sedativo, se utiliza en casos de trastornos de conducta con insomnio resistente al tratamiento. La paliperidona y, en ca-

sos muy graves, la clozapina han demostrado alguna evidencia de efectividad. La olanzapina, la quetiapina, la paliperidona y la clozapina no tienen indicación en el TEA por la FDA.

Fármacos estimulantes utilizados en el TDAH asociado a TEA

Existe moderada evidencia de eficacia del metilfenidato en la comorbilidad del TEA con TDAH y en el TEA asociado a agresividad y problemas de conducta con base impulsiva y dificultades en la inhibición conductual o emocional. Sin embargo, su eficacia y tolerabilidad en TEA con TDAH es menor que en el TDAH puro. Siempre que se utilice el metilfenidato es necesario comenzar con dosis muy bajas, lentamente, descartando efectos secundarios de irritabilidad, agitación, labilidad emocional, conductas compulsivas y empeoramiento de conductas estereotipadas que, en muchas ocasiones, exige la retirada del fármaco. Derivados amfetamínicos (p. ej., lisdexanfetamina) se utilizan de manera similar al metilfenidato.

Fármacos no estimulantes utilizados en el tratamiento del TDAH asociado a TEA

La atomoxetina actúa como un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y tiene una moderada evidencia de mejora en los síntomas del TDAH y ansiedad asociados al TEA. Es menos efectivo en síntomas de impulsividad e hiperactividad que en síntomas atencionales. Fenómenos de activación, incluyendo alteraciones del estado de ánimo, se han encontrado asociados al uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, otros antidepresivos y atomoxetina.

La guanfacina y la clonidina son fármacos no estimulantes, usados en el tratamiento del TDAH, que actúan como agonistas de los receptores α_2 -adrenérgicos. Son una buena alternativa en aquellos casos de TEA con gran hiperactividad e impulsividad con base de desregulación emocional. En general, su uso es bastante seguro, requiere control de la tensión arterial y debe evitarse en niños con antecedentes de cardiopatías. Un incremento paulatino del fármaco para asegurarse la tolerancia y la dosis efectiva necesaria minimiza los efectos secundarios. La sedación es un efecto secundario ocasional. En los casos de grave impulsividad y agresividad pueden utilizarse conjuntamente con los estimulantes [27].

Conclusiones

- Los problemas de conducta ocurren con frecuen-

cia asociados a TEA; síntomas nucleares de TEA y comórbidos están en la raíz del problema.

- Dificultades cognitivas, relacionadas con la empatía, la comprensión social y alteraciones de la función ejecutiva, se asocian con la presencia de problemas conductuales en TEA.
- Es esencial un análisis funcional de todos los componentes que intervienen en los problemas de conducta y un registro continuado objetivo de las conductas.
- El tratamiento psicosocial es de elección en estos casos.
- Tratamientos farmacológicos no son efectivos para los síntomas nucleares del TEA, pero sí para la comorbilidad asociada a irritabilidad y sintomatología de hiperactividad, impulsividad e inatención.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Brugha T, Cooper SA, McManus S, Purdon S, Smith J, Scott FJ, et al. Estimating the prevalence of autism spectrum conditions in adults: extending the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. Leeds: NHS Information Centre for Health and Social Care; 2012.
3. Hervás A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2016; 62 (Supl 1): S9-14.
4. Turnbull A, Ruef M. Family perspectives on problem behavior. *Ment Retard* 1996; 34: 280-93.
5. Salgado M, Hervás A. Nens i adolescents amb TEA: individualització i especificitat en les intervencions educatives. *Àmbits* 2018 [in press].
6. Chowdhury M, Aman MG, Scahill L, Swiezy N, Arnold LE, Lecavalier L, et al. The Home Situations Questionnaire-PDD version: factor structure and psychometric properties. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54: 281-91.
7. Poppes P, Van der Putten AJ, Vlaskamp C. Frequency and severity of challenging behavior in people with profound intellectual and multiple disabilities. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1269-75.
8. Kanne S, Mazurek MO. Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. *J Autism Dev Disord* 2011; 41: 926-37.
9. Allen D, Evans C, Hider A, Hawkins S, Peckett H, Morgan H. Offending behaviour in adults with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2008; 38: 748-58.
10. Siponmaa L, Kristiansson M, Jonson C, Nydén A, Gillberg C. Juvenile and young adult mentally disordered offenders: the role of child neuropsychiatric disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001; 29: 420-6.
11. Black KR, Stevenson RA, Segers M, Ncube BL, Sun SZ, Philipp-Muller A, et al. Linking anxiety and insistence on sameness in autistic children: the role of sensory hypersensitivity. *J Autism Dev Disord* 2017; 47: 2459-70.
12. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 339-46.
13. Hervás A, Toma C, Romarís P, Ribasés M, Salgado M, Bayés M, et al. The involvement of serotonin polymorphisms in autistic spectrum symptomatology. *Psychiatr Genet* 2014; 24: 158-63.
14. Hervás A. Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2017; 64 (Supl 1): S17-25.
15. Hervás A, Balmaña B, Salgado M. Trastorno del espectro autista. *Pediatría Integral* 2017; 21: 92-108.
16. Frith CD, Frith U. Interacting minds – a biological basis. *Science* 1999; 286: 1692-5.
17. Saxe R, Powell LJ. It's the thought that counts. *Psychol Sci* 2006; 17: 692-9.
18. Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *J Comp Neurol Psychol* 1908; 18: 459-82.
19. Hirstein W, Iversen P, Ramachandran VS. Autonomic responses of autistic children to people and objects. *Proc Biol Sci* 2001; 268: 1883-8.
20. Hanratty J, Livingstone N, Robalino S, Terwee CB, Glod M, Oono IP, et al. Systematic review of the measurement properties of tools used to measure behaviour problems in young children with autism. *PLoS One* 2015; 10: e0144649.
21. Mazefsky CA, Day TN, Siegel M, White SW, Yu L, Pilkonis PA. Development of the emotion dysregulation inventory: a PROMIS'ing method for creating sensitive and unbiased questionnaires for autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2016; Oct 3. [Epub ahead of print].
22. Bagatell N. The routines and occupations of families with adolescents with autism spectrum disorders. *Focus Autism Other Dev Disabil* 2015; 18: 49-59.
23. Mount N, Dillon G. Parents' experiences of living with an adolescent diagnosed with an autism spectrum disorder. *Educ Child Psychol* 2014; 31: 72-81.
24. Johnson NL, Bekhet A, Robinson K, Rodriguez D. Attributed meanings and strategies to prevent challenging behaviors of hospitalized children with autism: two perspectives. *J Pediatr Health Care* 2014; 28: 386-93.
25. Flood WA, Luiselli JK. Home-based in vivo desensitization treatment of bathroom avoidance in a child with autism spectrum disorder. *Clinical Case Studies* 2016; 15: 476-83.
26. Bailey KM, Blair KS. Feasibility and potential efficacy of the family-centered Prevent-Teach-Reinforce model with families of children with developmental disorders. *Res Dev Disabil* 2015; 47: 218-33.
27. Hervás A. Psicofarmacología del TEA. In Soutullo C, ed. *Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente*. 2 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.

Conduct disorders in autism spectrum disorders

Introduction. Autism spectrum disorders (ASD) are neurodevelopmental disorders that affect social communication and present stereotypic behaviours. Comorbidity associated to conduct disorders is frequent, starts in infancy and, in general, continues into adulthood. It is sometimes associated with aggressiveness, negativism, self-harm and breaking social norms. It causes a high degree of dysfunctionality in persons with ASD, their family, professionals and those around them, and is the main cause of pharmacological treatment, hospitalisation and special education. Factors related to the symptoms of ASD, comorbidity and social factors are associated with an increased risk of conduct disorders. In many cases it would be necessary to perform a detailed examination that includes a functional analysis and a combination of psychoeducational, social and pharmacological interventions.

Aim. To review the precipitating factors, causes, evaluation and treatment of the conduct disorders associated with ASD.

Development. The study outlines what is understood by conduct disorders in ASD, the different clinical and cognitive mechanisms associated with it, and the most effective strategies for intervention.

Conclusions. Comorbid ASD with conduct disorders is frequent, begins in early infancy and continues throughout life. A detailed evaluation that includes a functional analysis of the behaviour to be eliminated and treatment with different psychological, social educational and pharmacological strategies are essential.

Key words. Autism. Autism spectrum disorder. Behaviour.