



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE

Información

Clínica

Volumen 14

Número 11

Noviembre de 2003

Generalidades y neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

■ El TDAH es un padecimiento que afecta entre 3% y 10% de los niños y de 1% a 6% de los adultos. Las áreas de mayor deterioro potencial en los niños que sufren el TDAH son la académica, la social y el desarrollo de habilidades. Las fallas académicas pueden desmoralizar y generar baja autoestima. Otros riesgos a los cuales están sujetos estos pacientes son: un elevado índice de heridas así como el uso de tabaco, alcohol y drogas; incluso existe un subgrupo comórbido con Trastorno Disocial (TD) que tiene un mayor riesgo de desarrollar delincuencia. Ahora sabemos que en los adultos con TDAH hay mayor riesgo de sufrir accidentes automovilísticos. Hasta la fecha no existen pruebas biológicas objetivas que establezcan el diagnóstico del TDAH; son el médico psiquiatra o el neurólogo quienes, con base en una evaluación clínica racional, establecen el diagnóstico.

Prevalencia y persistencia del TDAH

Existen estudios en todo el mundo que establecen una prevalencia de 3% a 10%, este padecimiento se encuentra presente en todos los grupos étnicos. La persistencia del padecimiento en la adolescencia y la vida adulta varía, según las investigaciones, de 8% a 85%. De acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) aproximadamente 50% de quienes manifestaron el problema en la infancia deja de cumplir los criterios de forma completa cuando alcanza alrededor de los 20 años. Al grupo de personas que con menos criterios que los necesarios para cumplir el diagnóstico siguen manifestando deterioro en el funcionamiento se les denomina en remisión parcial. Algunos autores sugieren que los criterios del DSM no son exactamente aplicables para adultos, e incluso se ha mencionado que el TDAH debería conceptualizarse como un problema del desarrollo. Cuando se utilizan los criterios diagnósticos estrictos del DSM-IV por medio de autorreportes de adolescentes, 58% refiere continuidad de los síntomas; sin embargo, cuando el reporte es indirecto, por medio de los padres, la continuidad de los síntomas es de 66%. La persistencia del padecimiento tiene que ver con la definición operacional de remisión; la remisión sindromática al inicio de la vida adulta es

de 60%; un 30% tendría sólo remisión sintomática y únicamente 10% tendría remisión completa de la funcionalidad asociada a los síntomas de la enfermedad.

Diagnósticos diferenciales

Un grupo muy elevado de categorías diagnósticas puede semejar o más comúnmente coexistir con el TDAH; entre ellas están: el TD, el trastorno oposicionista desafiante (TOD), el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno bipolar (TB), los trastornos ansiosos (TA), los trastornos por uso de sustancias (TUS) y los trastornos del aprendizaje. La evaluación del TDAH debe basarse en un sistema de multi informantes que incluye a los padres, maestros y al menor. Debe descartarse que exista un impedimento visual o auditivo así como alteraciones endocrinas como el hipo o hipertiroidismo. El clínico debe descartar que los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad sean producidos por los efectos del consumo de alcohol o drogas. Los sujetos con TD claramente se diferencian de los portadores del TDAH ya que los primeros manifiestan un patrón persistente de conductas antisociales como las mentiras, las trampas o el robo. Probablemente la presencia de irritabilidad sea el síntoma clave para diferenciar el TDAH del TOD y del TDM. Los miedos recurrentes y las preocupaciones son los síntomas fundamentales en el diagnóstico diferencial de los TA. Probablemente el diagnóstico diferencial más complicado sea el que incluye al TB, no sólo por la elevada comorbilidad del TDAH + TB sino porque la hiperactividad y la impulsividad son síntomas claves en ambos padecimientos; sin duda los síntomas de grandiosidad, hipersexualidad, necesidad de dormir disminuida y pensamiento acelerado sean los síntomas que nos orienten al establecimiento del TB.

Contenido

Generalidades y neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	61
Trastorno disocial y comorbilidad con trastornos internalizados	62
Tratamiento de adolescentes que abusan de sustancias y que presentan trastornos psiquiátricos comórbidos	63
Terapia multisistémica en el trastorno disocial	65

Etiología del TDAH

La hipótesis multifactorial es la teoría más aceptada. Existen factores parentales y riesgos perinatales involucrados, hay evidencia de que la exposición al alcohol y al tabaco in útero así como el bajo peso al nacer aumentan el riesgo de sufrir TDAH. Los hijos de padres con TDAH tienen ocho veces mayor riesgo de manifestar el TDAH que aquellos de padres sin el padecimiento. El TDAH es una de las enfermedades con mayor evidencia de transmisión heredada, un 75% de la contribución etiológica es genética. El gen candidato de mayor asociación al TDAH es el gen del receptor a dopamina DRD4*7; la replicación múltiple de una secuencia específica de aminoácidos se ha relacionado con una deficiencia en la traducción de las señales dopaminérgicas al sistema de segundos mensajeros. La epinefrina y la norepinefrina son también agonistas del receptor DRD4*7 por lo que los medicamentos que afectan estas catecolaminas también afectan el sistema dopaminérgico.

Modelo de alteración en las funciones ejecutivas

Rusell A. Barkley del equipo de la Universidad de Massachusetts ha sido el principal exponente del modelo de alteración de las funciones ejecutivas localizadas en la corteza prefrontal. Este modelo incluye cinco funciones ejecutivas principales que se encuentran alteradas en los individuos con TDAH: inhibición a la respuesta, memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal, autorregulación emocional/motivacional y reconstitución. Debe enfatizarse que de forma conjunta la memoria de trabajo verbal y no verbal permiten la habilidad de la lectura de comprensión y la conducta moral. De estas cinco funciones ejecutivas probablemente la inhibición a la respuesta sea la más deficiente en los individuos con TDAH.

Imágenes cerebrales

Los estudios de Resonancia Magnética Funcional (RMF) han demostrado que los circuitos que controlan la emoción son más pequeños y menos activos en los individuos con TDAH que en sujetos controles. Otra de las áreas involucradas ha sido la corteza del cíngulo anterior.

Necesidad de nuevos tratamientos

Aunque los estimulantes siguen siendo la opción número uno para el tratamiento farmacológico del TDAH, existen algunas limitaciones: 1. Las presentaciones clásicas de estimulantes tienen una vida media muy corta y requieren múltiples tomas. 2. Para algunos grupos de la sociedad sigue siendo controversial el potencial de abuso de los estimulantes y 3. Pueden no ser la primera opción en pacientes comórbidos vgr. con tics o con TUS. Existen nuevas opciones de liberación prolongada que pueden mejorar el apego al tratamiento. Existen otras opciones como los antidepresivos tricíclicos pero tienen graves efectos colaterales; los agonistas alfa adrenérgicos han sido una opción para población preescolar y existe la expectativa de que algunos productos antidepresivos como el bupropión o la venlafaxina puedan ser útiles en casos comórbidos o no respondedores a tratamientos previos: recientemente la atomoxetina, un inhibidor de la recaptura de norepinefrina, promete ser un excelente tratamiento tanto para niños como para adolescentes y adultos.

Conclusiones

Se requiere adecuar los criterios diagnósticos del TDAH para ajustarlos a la edad específica del paciente, ya que los criterios

actuales tienen una orientación específica para población pediátrica. Se requieren nuevos estudios que ayuden a definir con mayor precisión la etiología de la enfermedad. Asimismo, es necesario continuar la lucha para la desestigmatización de los pacientes con TDAH y para favorecer el uso de los tratamientos ya establecidos como útiles y de los nuevos medicamentos.

(Francisco de la Peña Olvera, Lino Palacios)

Bibliografía

BARKLEY R.: Psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder in children, *J Clin Psychiatry*, 63(supl 12):36-43, 2002.
SPENCER TJ, BIEDERMAN J, WILENS TE y cols: Overview and neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder, *J Clin Psychiatry*, 63(supl12):3-9, 2002.

Trastorno disocial y comorbilidad con trastornos internalizados*

■ El trastorno disocial usualmente se caracteriza por un patrón de comportamiento agresivo en el que se violan tanto los derechos básicos de los demás como las normas y reglas sociales apropiadas para la edad.

El trastorno disocial se ha asociado con la presencia de otros trastornos psiquiátricos tanto externalizados como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, como internalizados, entre ellos: depresión, distimia y trastornos de ansiedad que incluyen trastorno por estrés postraumático, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por ansiedad de separación y fobias simples.

Dentro de los factores de riesgo que se han identificado en el caso de los trastornos internalizados están: que los padres presenten padecimientos psiquiátricos, que exista un segundo matrimonio de los padres, el aislamiento social familiar, los conflictos familiares, los episodios negativos de la vida y una historia temprana de problemas de conducta.

Lambert y cols (2001) realizaron una investigación para determinar si la comorbilidad es la regla o la excepción en el trastorno disocial, si es una condición crónica y por último para determinar si los niños con trastorno disocial presentan más deterioro crónico en comparación con otros niños que tienen otros diagnósticos. La muestra constó de 984 pacientes de 5-17 años de edad. Como resultado se encontró que los pacientes con trastorno disocial presentaban 2 o más diagnósticos primarios. Sus principales manifestaciones fueron: aislamiento, síntomas somáticos, ansiedad, depresión y problemas sociales y hubo un mayor índice de recaídas dentro de los siguientes 1.5 a 3 años.

Depresión y trastorno disocial

Se ha relacionado el trastorno depresivo directamente con la severidad del trastorno de conducta. Esta comorbilidad es elevada en los preadolescentes del sexo masculino y en las mujeres ocurre en un índice que comprende de la niñez a la adultez.

La depresión en el trastorno disocial se ha asociado con depresiones concurrentes de mayor severidad; menor riesgo de

* Trabajo presentado en el Simposio sobre adolescentes disociales en el Congreso BIANUAL de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Monterrey, N.L. Septiembre, México, 2003.

depresión en la edad adulta, mayor riesgo de conductas suicidas, relacionadas con uso alcohol/sustancias y un aumento en el riesgo de criminalidad.

Simic y cols (2001) realizaron una investigación para examinar la validez del diagnóstico del CIE-10 del trastorno de conducta depresivo (TCD) en 58 pacientes con TCD, 151 pacientes con trastorno disocial y 128 pacientes con un trastorno depresivo (TD). Encontraron que los pacientes con TCD presentaron menos agresividad, violencia, más síntomas depresivos e historia de abuso comparado con el grupo de trastorno disocial. Existió una asociación entre los problemas de conducta en los pacientes que tenían familias numerosas.

La adversidad psicosocial era frecuente en los pacientes con trastorno de conducta depresivo y hubo índices elevados de conductas auto lesivas, ansiedad, culpa y depresión en comparación con el grupo de trastorno disocial y eran más sujetos de hostilidad, abuso físico y abuso sexual en comparación con los otros dos grupos.

Knapp y cols (2002) realizaron el Estudio Maudsley de Comorbilidad para determinar los patrones de uso de servicios y los costos en adultos que de niños presentaron depresión y trastornos de conducta. La muestra comprendió a una población captada entre 1970 y 1983 de la que se obtuvo una hoja de registro que fue posteriormente convertida a categorías del DSM-IV; además se evaluaron de forma transversal por medio del SADS-L, considerando sólo la sintomatología a partir de los 17 años. Se formaron dos grupos: el grupo con un trastorno depresivo mayor (n=91) y el grupo con depresión + trastorno de conducta (n=49). Se obtuvieron los siguientes resultados: el grupo comórbido presentó 2.81 veces mayor riesgo de hospitalización psiquiátrica y 3.52 veces mayor riesgo de utilizar servicios de justicia criminal. Los costos de servicio anualizado fueron mayores en el grupo comórbido.

Un 4% de la población general de quienes nacieron en 1953 ha recibido una sentencia, comparado con 2% del grupo de TDM que había usado servicios de justicia criminal en comparación con el grupo comórbido que fue reportado en un 14%.

Ansiedad y trastorno disocial

Se ha informado que hasta 14.8% de adolescentes con trastornos de conducta tiene comorbilidad con trastornos de ansiedad. Se han asociado los trastornos de ansiedad con un menor deterioro psicosocial, menores índices de agresión y crímenes violentos. El aislamiento social y la timidez tienen implicaciones negativas en los niños con trastornos de conducta.

Goodwin y cols (2003) realizaron un estudio de investigación para determinar la asociación a lo largo de la vida entre trastorno de personalidad antisocial, trastorno disocial y trastornos de ansiedad en adultos de la comunidad.

La muestra fue de 5877 personas de 15 a 54 años de edad, habiéndose encontrando que 42.31% de pacientes con TC cumplió por lo menos con un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Y el orden de frecuencia fue el siguiente: 20.20% fobia social, 16.51% fobia específica, 11.41% trastorno por estrés postraumático, 9.62% agorafobia, 8.55% crisis de angustia y 6.21% trastorno de ansiedad generalizada.

Conclusiones

1. La comorbilidad entre el trastorno disocial y los trastornos internalizados existe y varía dependiendo de cuál sea la perspectiva diagnóstica considerada.
2. Falta diferenciar problemas de conducta predatoria y no

predatoria en la comorbilidad con internalizados.

3. Se debe dar un manejo específico para cada diagnóstico.
4. La comorbilidad trastorno disocial con trastornos internalizados eleva los costos de salud y los servicios asistenciales.
5. Se deben realizar mayores investigaciones con los problemas ansiosos en pacientes con trastorno disocial.

(Mayra Martínez)

Bibliografía

- KAPLAN & SADOCK'S: Synopsis of psychiatry, ninth edition, Lippincott Williams & Wilkins 2003.
- LAMBERT EW, WAHLER RG y col.: Looking for the disorder in conduct disorder. *J Abnormal Psychology*, 110: 110-123, 2001.
- SIMIC M, FOMBONNE E: Depressive conduct disorder: symptom patterns and correlates in referred children and adolescents. *J Affective Disorders*, 62: 175-185, 2001.
- KNAPP M, MCCRONE P y col.: The Maudsley long term follow up of child and adolescent depression. *British J Psychiatry*, 180:19-23, 2002.
- GOODWIN R, HAMILTON SP: Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, 117: 159-166, 2003.

Tratamiento de adolescentes que abusan de sustancias y que presentan trastornos psiquiátricos comórbidos

Marco Conceptual

El tratamiento de los adolescentes que abusan de drogas es más efectivo cuando se atienden los problemas psicosociales y las necesidades de salud mental. Los adolescentes con abuso de sustancias (AS) presentan de forma regular problemas temperamentales y se caracterizan por ser oposicionistas, agresivos, impulsivos y con pobre tolerancia a la frustración. Son adolescentes que han experimentado de forma frecuente abuso, negligencia y problemas familiares significativos; además muchos de ellos han presentado problemas del desarrollo y trastornos psiquiátricos desde la infancia temprana, tales como problemas de lectura, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno oposicionista y desafiante (TOD) entre otros. Muchos de ellos han sido segregados y otros han recibido atención "especial" que los lleva a asociarse con compañeros con vulnerabilidades similares. La historia de estos adolescentes está plagada de fracasos académicos y en el mejor de los casos de escasas experiencias de éxito escolar. Esta condición conlleva sentimientos de desmoralización e incrementa la marginación social vinculada a la asociación con compañeros antisociales y al inicio temprano del AS. El AS de inicio temprano se desarrolla de forma paralela a los cambios neurohormonales de la pubertad e impacta negativamente en el desarrollo del cerebro y del sistema neuroendócrino lo que contribuye al inicio de trastornos psiquiátricos y a la exacerbación de aquéllos ya existentes. Estos adolescentes tienen una baja motivación para el tratamiento y esto evita que los problemas académicos, familiares y conductuales puedan mejorar; son adolescentes con

estrategias de afrontamiento y habilidades sociales muy limitadas. Todas estas características exigen un tratamiento multimodal.

Intervenciones para adolescentes con AS basadas en investigaciones

Farmacoterapia

Muchos de los medicamentos (metadona, buprenorfina, naltrexona, disulfiram, bupropión, etc.) que se utilizan comúnmente en adultos para el control del AS no han sido evaluados en estudios controlados en adolescentes; si fuera necesario utilizarlos deben hacerse con extremo cuidado y monitorización ya que los adolescentes son más impulsivos y tienden al uso de múltiples drogas.

Intervenciones psicosociales

Las intervenciones que han demostrado ser útiles son:

1. Intervenciones basadas en la familia que incluyen: terapia familiar estructural estratégica, entrenamiento para el manejo por padres, terapia multisistémica y terapia familiar multidimensional. Todas estas intervenciones se basan en la teoría familiar que asume que las dinámicas familiares disfuncionales contribuyen al AS y en los adolescentes. En términos prácticos el clínico realiza un análisis funcional para identificar los problemas conductuales que se relacionan con las intervenciones de reestructuración del funcionamiento familiar. Se les enseña a los padres actividades de monitoreo y principios básicos para el manejo conductual.
2. Terapias con abordaje conductual: se basan en conductas de recompensa incompatibles con el uso de drogas y el monitoreo de drogas en orina o saliva es indispensable. En este abordaje es tan importante dar una terapia conductual individual como involucrar a la familia en el tratamiento. Esta terapia no sólo ayuda a mantener periodos libres de drogas sino además a mejorar el desempeño académico, las relaciones familiares, los problemas de conducta y la depresión.
3. Terapia cognoscitiva-conductual (TCC): Las TCC pueden reducir el consumo de sustancias y mejorar los problemas conductuales. Algunos de los aspectos fundamentales que incluye la TCC son:
 - a. Utilizar técnicas de motivación para establecer una alianza terapéutica fuerte, mejorando así el tratamiento y el apego.
 - b. Utilizar un análisis funcional para identificar los patrones de consumo de sustancias, los déficits de habilidades y las actitudes disfuncionales y convertirlos en objetivos de la intervención.
 - c. Propiciar el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento contra la búsqueda (*craving*), los estados de ánimo negativos y la ira.
 - d. Promover la solución de problemas y las habilidades de comunicación y de anticipación así como evitar situaciones de alto riesgo.
 - e. Identificar y promover actividades recreativas incompatibles con el uso de drogas.

Las estrategias y las habilidades se enseñan y practican durante las sesiones para su posterior implementación en la vida diaria en asignaciones de "tareas".

4. Terapia motivacional emotiva (TME): Se ha utilizado principalmente como una herramienta en breve en el área de emergencia con adolescentes víctimas de lesiones asociadas al consumo de alcohol o drogas. Ha probado ser exitosa al disminuir las situaciones de riesgo como conducir alcoholizado o tener sexo sin protección.

5. Terapias de reforzamiento comunitario: Utiliza técnicas combinadas derivadas de la TCG, la TME y la familiar, con base en la implementación de incentivos para alcanzar los objetivos.

Se necesita mayor investigación para determinar con precisión cuáles elementos de cada modalidad de terapia deben incorporarse en un manual de intervención que sea efectivo y que se adapte a las necesidades locales específicas.

Dentro de las diferentes terapias existen elementos que se comparten: todas emplean la empatía, el apoyo y la motivación con abordajes conductuales y cognoscitivos y todas enfatizan la importancia de incorporar a la familia en el monitoreo, el desarrollo de habilidades para el manejo de conductas y la reestructuración de patrones interpersonales negativos. Todas, asimismo, enfatizan la importancia de integrar la evaluación y el tratamiento de cualquier condición psiquiátrica comórbida.

Tratamiento de los trastornos comórbidos

Los adolescentes con AS y trastornos psiquiátricos comórbidos tienen una evolución más tórpida que aquellos adolescentes que sólo manifiestan AS. Algunos trastornos psiquiátricos comórbidos como el TDAH y los trastornos afectivos persisten aún después de que el tratamiento para el AS ha producido abstinencia; la depresión persiste más en los adolescentes que en los adultos. Algunos estudios controlados recientemente desarrollados demuestran que el solo tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos no reduce significativamente el AS ni induce abstinencia en adolescentes duales. Aunque es deseable la abstinencia antes del tratamiento, para el padecimiento psiquiátrico comórbido deben evaluarse los riesgos y las consecuencias de mantener sin un tratamiento específico a estos adolescentes. Las condiciones psiquiátricas comórbidas más frecuentes en esta población son: trastorno disocial (TD), trastorno bipolar (TB), depresión y TDAH.

Opciones farmacológicas para los trastornos comórbidos

Debe enfatizarse que los tratamientos farmacológicos no son necesariamente la primera línea de atención para todos los trastornos comórbidos; por ejemplo, las intervenciones basadas en la familia son la primera línea de atención en aquellos adolescentes con TD.

TDAH: Existen resultados que demuestran que el pemomline puede ser efectivo en adolescentes con TDAH no-abstinentes, sin embargo debe recordarse su potencial hepatotóxico. El bupropión (anfebutamona) y la atomoxetina han demostrado ser efectivos en adultos con TDAH sin AS; más aún, el bupropión ha demostrado reducir los síntomas del TDAH en adultos que se mantienen activos en el consumo de cannabis y ha demostrado reducir el *craving* y las conductas disociales en adolescentes con TDAH. El bupropión ha sido útil en el tratamiento de adolescentes comórbidos con depresión y TDAH.

TB: Solamente existe un informe de un estudio controlado litio vs. placebo en adolescentes con TB y AS. El litio demostró estabilizar el estado de ánimo independientemente del consumo o no de sustancias.

Depresión: La TCG y la interpersonal han demostrado ser efectivas en el tratamiento de los adolescentes con depresión sin AS. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los medicamentos de primera línea para el tratamiento de los adolescentes deprimidos; un estudio controlado en adolescentes deprimidos con AS y TD demostró que la fluoxetina es segura incluso en aquéllos no abstinentes o con poliuso de drogas. El bupropión parece ser útil en esta población. Está

contraindicado el uso de antidepresivos tricíclicos en adolescentes deprimidos con AS.

Trastornos ansiosos (TA): La combinación de la TCC y el uso de ISRS se consideran la mejor opción para el tratamiento de los trastornos ansiosos, sin embargo no han sido suficientemente estudiados los ISRS en adolescentes con AS y TA comórbidos ya que sólo existe evidencia de su utilidad y seguridad en adolescentes con TA sin AS. Parece ser que en particular son útiles para el control de síntomas como recuerdos intrusivos, miedo e insomnio. El uso de benzodiazepinas está contraindicado en adolescentes con TA y AS.

La implementación de un tratamiento integrado

Todos los adolescentes con AS deben contar con una evaluación psiquiátrica detallada que descarte trastornos comórbidos. Los consejeros y los padres juegan un papel importante en la monitorización de los síntomas, la respuesta y el funcionamiento social de los adolescentes en tratamiento.

La evaluación y la entrevista clínica

Se deberá contar con la presencia de al menos uno de los padres o tutores del adolescente y se debe mantener un estricto control de la confidencialidad, incluso de aquellos datos que no desee expresar el adolescente a su padre o tutor. Deben evaluarse las condiciones del desarrollo temprano así como las dinámicas familiares y, de forma privada con el adolescente, evaluar los aspectos de consumo de sustancias, los problemas de conducta y el desarrollo de la sexualidad. Es crucial que el clínico utilice un estilo empático, sin juicios, de apoyo y motivacional en la entrevista con el adolescente. Los autoinformes del consumo de drogas por los adolescentes han demostrado ser confiables siempre que se garantice la confidencialidad. La evaluación detallada del consumo de sustancias debe incluir el uso de cada una de las sustancias, la progresión, los patrones, la frecuencia de uso, las combinaciones de uso, la presencia de tolerancia o los síntomas de abstinencia y la respuesta a cualquier otro tratamiento previo.

Diseño del tratamiento

1. Se recomienda realizar una junta con todos los miembros involucrados en el tratamiento en la que se exponga de forma comprensiva cada uno de los casos.
2. El foco inicial del tratamiento debe orientarse a desarrollar una fuerte alianza terapéutica y colaborativa para el logro de los objetivos en la reducción del consumo de drogas y los síntomas de los padecimientos comórbidos.
3. Los tratamientos comórbidos deben recibir atención especial y evaluar la farmacoterapia aun sin una completa abstinencia. Se recomienda usar medicamentos con amplio perfil de seguridad, monoterapia, prever interacciones con drogas u otros medicamentos, monitorización cercana.
4. Si no ha existido después de dos meses de tratamiento una mejoría en el consumo de drogas o bien ha aumentado o ha habido un deterioro clínico se debe considerar el hacer una reevaluación diagnóstica e incrementar el nivel de apoyo, en frecuencia e intensidad.
5. Se debe hablar con el paciente sobre los riesgos de recaídas y las estrategias de prevención.

Ante la poca investigación generada en el área es obligación de los clínicos implementar medidas creativas y que se adaptan a la realidad de cada paciente. Se debe animar a los adolescentes a que se incorporen en actividades prosociales y de esparcimiento incompatibles con el consumo de sustancias.

Conclusiones

1. El tratamiento de adolescentes con AS implica un abordaje bio-psico-social.
2. Se debe iniciar el tratamiento después de una evaluación clínica rigurosa en las diferentes esferas de forma simultánea.
3. Se requiere que el equipo trabaje de forma coordinada y colaborativa para el éxito a largo plazo.

(Francisco de la Peña, Gerardo Heinze)

Bibliografía

RIGGS PD: Treating adolescents for substance abuse and comorbid psychiatric disorders. *Science Practice Perspectives*, 2(1):18-29, 2003.
MUFSON L, POLLAK K: Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Capítulo 9. *Evidence-Based Psychotherapies for Children & Adolescents*. Alan Kaskin, John Weisz (ed.). The Guilford Press, pp.148-164, Nueva York, 2003.

Terapia multisistémica en el trastorno disocial*

■ El trastorno de conducta es el trastorno psiquiátrico más común en las muestras comunitarias de población adolescente. Las diferencias individuales en la agresividad son tan estables como las diferencias individuales en la inteligencia y varios estudios han demostrado que la presencia de agresión y violencia juvenil son predictores de delincuencia en el futuro.

La tasa documentada de este trastorno en muestras comunitarias varía entre 1.5 % y 3.4 %; este trastorno es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres y clínicamente se relaciona con una alta comorbilidad.

No existe un único tratamiento para el trastorno disocial y la farmacoterapia no es la primera línea de tratamiento; las intervenciones deben abarcar siempre las dimensiones involucradas en el problema. Se han utilizado particularmente intervenciones psicosociales y conductuales.

Actualmente sólo tres tratamientos psicosociales han sido adecuadamente evaluados: 1) el entrenamiento para padres, que va dirigido a cambiar el patrón de relaciones padre-hijo en el hogar; 2) el entrenamiento cognoscitivo en habilidades para resolver problemas, que se centra en procesos cognoscitivos asociados con el comportamiento social; 3) la terapia multisistémica, que se centra en los sistemas individuo-familia-ambiente como vía para reducir los síntomas y promover el comportamiento pro-social.

Los principios de la terapia multisistémica se basan en la teoría general de sistemas y en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner; esta terapia considera al individuo y al ambiente que le rodea como sistemas en conexión permanente con influencias que son recíprocas y dinámicas.

Tiene como objetivo identificar los problemas actuales del adolescente y su familia dentro del ambiente comunitario, analizar los problemas identificados con base en la interacción dinámica de los subsistemas involucrados y por último diseñar las intervenciones que sean adecuadas para cada caso particular, estas intervenciones se realizarán en el ambiente natural en el que se desenvuelve el adolescente.

* Trabajo presentado en el Simposio sobre adolescentes disociales en el Congreso BIANUAL de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Monterrey, N.L. Septiembre, México, 2003.

Los principios sobre los que se basa la terapia multisistémica son: 1) Comprender la forma en que interactúan los problemas que se identifiquen. 2) El terapeuta favorece lo positivo de la intervención con el fin de motivar a los padres y al adolescente a que participen. 3) Las intervenciones han sido diseñadas para promover entre los miembros de la familia las conductas responsables. 4) Las intervenciones se enfocan al presente y se orientan a la acción sobre problemas específicos y bien definidos. 5) Las intervenciones se orientan secuencialmente hacia los diferentes sistemas que mantienen el problema. 6) Las intervenciones se diseñan tomando en cuenta el nivel de desarrollo del adolescente. 7) Las intervenciones requieren la participación activa y permanente de la familia. 8) Se hacen evaluaciones permanentes de la efectividad de las intervenciones. 9) Las intervenciones se han diseñado para promover la generalización del tratamiento y para mantener los cambios a largo plazo.

La implementación de la terapia se hace una vez identificada la necesidad de intervención en un adolescente, bien porque haya sido referido a un servicio de salud, porque haya tenido problemas con la justicia o porque haya acudido a un servicio de urgencias.

El equipo de terapia multisistémica está compuesto por un número de tres a cinco terapeutas los cuales están vinculados de tiempo completo, un supervisor de medio tiempo especialista en la terapia quien semanalmente se reúne con el equipo para plantear las intervenciones que se van a seguir en forma individualizada y además para evaluar la efectividad de las actividades; el equipo lo completa el soporte administrativo del mismo.

La terapia multisistémica tiene una duración de entre tres y cinco meses con la posibilidad de aumentar dicho periodo dependiendo de los resultados conseguidos, una vez el terapeuta contacta la familia y se reúne para realizar el listado de problemas en el aquí y el ahora, se realiza una reunión en la que el equipo completo discute las interacciones dinámicas de la problemática del joven y propone el plan a seguir; las intervenciones pueden contener actividades psicoeducativas, terapia cognoscitivo conductual, entrenamiento en habilidades para resolver conflictos, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento para padres, entre otras.

Un estudio clínico aleatorizado y controlado publicado recientemente examinó algunas alternativas terapéuticas para pacientes con trastorno de conducta que requieran hospitalización por diversos motivos. Se reclutaron 116 pacientes adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Universitario de Carolina del Sur y que reunían los criterios para ser hospitalizados.

Los pacientes que aceptaron la participación fueron asignados a un grupo de tratamiento con terapia multisistémica o a un segundo grupo tratado con hospitalización breve.

Se midieron a lo largo del año de seguimiento la trayectoria de los síntomas (los cuales incluyeron conductas disociales) la autoestima, las relaciones familiares, las relaciones con los amigos, la asistencia a la escuela, y la satisfacción con el servicio además de evaluar el funcionamiento familiar. En los primeros meses después del reclutamiento la terapia multisistémica resultó ser considerablemente más efectiva que la hospitalización para mejorar el funcionamiento general del individuo, ayudó a mantener a los jóvenes en el hogar y a acudir a la escuela regularmente.

La terapia multisistémica también fue más efectiva en cuanto al mejoramiento de la función familiar, principalmente incrementando la estructura, como mecanismo clave para adquirir resultados positivos.

El mismo equipo de investigadores realizó un estudio en el

que comparó la terapia multisistémica con la intervención de los servicios comunitarios usuales, aplicada a jóvenes infractores con abuso de sustancias. La muestra incluyó a 118 jóvenes los cuales fueron seguidos durante los cuatro años posteriores a la intervención realizada; los resultados mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre las dos intervenciones, lo que indicó que la terapia multisistémica fué más efectiva en disminuir la frecuencia de crímenes violentos, y por ende el número de detenciones de parte de los servicios de justicia. También se prolongó el periodo de abstinencia al uso de marihuana.

Como conclusiones podemos plantear que la terapia multisistémica es un tratamiento integral para adolescentes con problemas graves de conducta, que se basa en la familia y se aplica en el ambiente en el que el individuo se desenvuelve. Es el único tratamiento con resultados favorables a largo plazo, ha mostrado ser útil en adolescentes con trastornos comórbidos al trastorno disocial y en adolescentes con conductas desorganizadas más severas. El enfoque individualizado e integral favorece la participación de los subsistemas involucrados en la problemática del adolescente.

(John Leonardo Díaz Galvis)

Bibliografía

- GERARDIN P, COHEN D, MAZET P, FLAMENT MF: Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12:361-370, 2002.
- HENGGELE SW, ROWLAND MD, BOYKINS CH, SHEIDOW AJ, y cols.: One year follow up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:543-551, 2003.
- DE LA PEÑA FR: Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45(Suppl 1):124-131, 2003.
- CONNOR DF: Agression and antisocial behavior in children and adolescents. *Guilford Press*. 2002.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.
Fax: 5655-04-11.

Suscripción anual 2003

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 200.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 200.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 100.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz y Elizabeth Cisneros.

