

## El manejo del paciente agresivo en la psiquiatría infantil

■ El manejo del paciente violento y agresivo, cuando se emplean intervenciones conductuales adecuadas al estadio de agresión, es crítico para reducir las probabilidades de que un niño cometa una agresión contra alguien del personal o contra él mismo. Las indicaciones y riesgos del uso de restricciones químicas o físicas en un hospital deben ser bien comprendidas por lo que en este artículo se revisan las técnicas de evaluación y manejo para trabajar con niños agresivos o violentos.

La evaluación del niño violento comienza con una acuciosa historia y evaluación del origen del comportamiento. La conducta agresiva puede darse en una amplia gama de problemas orgánicos como tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, epilepsia, encefalopatía, delirium, efectos secundarios de medicamentos, intoxicaciones por alcohol o drogas u otros estados metabólicos alterados. Se debe hacer una evaluación médica cuidadosa así como una evaluación física. Las fluctuaciones en el estado de conciencia, las alteraciones de memoria, las alucinaciones, la desorientación, la confusión, la fiebre o cefalea pueden sugerir una causa orgánica. Ciertas condiciones psiquiátricas como los trastornos psicóticos (por ej. esquizofrenia) o el trastorno bipolar, pueden hacer que se experimenten alucinaciones auditivas de comando que generen conducta agresiva, y los niños con impulsividad severa pueden tener tendencia a ser agresivos. Los niños con trastorno por déficit de la atención, con hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta, o con trastornos del desarrollo, pueden tener baja tolerancia a la frustración y explosiones de agresividad. Es importante, por lo tanto, establecer un diagnóstico psiquiátrico para la planeación de un tratamiento adecuado más allá de una intervención inicial. El reconocimiento temprano de los pacientes con riesgo de ser violentos es esencial; el clínico debe obtener una historia detallada de las conductas agresivas recientes o pasadas, así como de los factores desencadenantes, del grado de premeditación y planeación contra la impulsividad o bien de los episodios de ira.

El manejo de emergencia para el paciente potencialmente violento debe considerar en primera instancia la seguridad del paciente, del clínico y del personal. Dentro del manejo general se requiere tener al paciente en un ambiente seguro para él mismo y para el personal. Existen intervenciones específicas por etapas que incluyen algoritmos de tratamiento para cada nivel, basadas en los síntomas blanco, la severidad y la evaluación del riesgo de violencia, tal como el siguiente:

	Definir síntomas blanco Definir severidad de los síntomas Determinar los objetivos de la intervención		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
<i>Síntomas</i>	Conducta opositora o verbalmente abusivo	Estrés, ansiedad, agitación, daño a propiedad, amenazas	Conducta agresiva, daño a sí mismo o a terceros
<i>Severidad</i>	No peligroso	Daño potencial no inminente	Daño inminente
<i>Objetivo</i>	Mantenimiento de autonomía	Reducir síntomas Reducir agitación	Mantener la seguridad
	↓	↓	↓
	Manejo conductual Reducción de estímulos	Medicación específica	Sedación y aislamiento Restricción

La bibliografía sobre las intervenciones químicas y las restricciones para el control de la agresión en niños, es limitada, y no existe un tratamiento farmacológico específico para esta conducta. Se debe tener en cuenta como efecto secundario principal el riesgo de los psicotrópicos a nivel cardiovascular. La restricción química se define como el uso de un medicamento para controlar la conducta o limitar la libertad de movimiento de un paciente, fuera del tratamiento habitual de la condición psiquiátrica o médica. La elección del medicamento irá de acuerdo con la severidad de la agresión, los objetivos de la intervención, el diagnóstico subyacente, las interacciones con otros medicamentos y los efectos secundarios. La evaluación de los factores de riesgo para agresividad debe seguir el siguiente proceso:

## Contenido

<b>El manejo del paciente agresivo en la psiquiatría infantil</b>	<b>67</b>
<b>La distinción entre la validez y la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos</b>	<b>68</b>
<b>Asociación del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno de conducta. Evidencia eléctrica cerebral para la existencia de un subtipo distinto</b>	<b>69</b>
<b>Psicoterapia interpersonal para adolescentes deprimidos (TIAD)</b>	<b>71</b>

Evaluación de condiciones orgánicas		
↓		
Modificación del ambiente y reducción de estresores		
↓		
Tratamiento de condiciones médicas subyacentes		
↓		
Determinación del nivel de agresividad y manejo		
↓		
<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>
Medidas conductuales	Medidas conductuales	Aislamiento, restricción
	Medicamentos sintomáticos	Sedación farmacológica
Disminuir estímulos	Difenhidramina 12.5-50mg	Difenhidramina VO / IM 25-50mg
Ofrecer opciones	Lorazepam 0.5-2.0mg	Lorazepam VO 1-2mg
Espacio tranquilo	Haloperidol 0.5-1 mg	IM 1-2 mg
Limitar ambiente	Risperidona 0.5-1 mg	Haloperidol VO 1-2.5mg<12
Retirar estresores		IM 1-2.5mg<12, 2.5-5mg >12
Ofrecer alimentos		
Comunicación		

Lo que se debe de vigilar con mayor atención en los niños son los efectos secundarios de los medicamentos administrados, uno de estos es especialmente importante en relación con las benzodiazepinas pues se ha visto que en niños, éstas pueden producir efectos paradójicos y desinhibición con mayor agitación. La vía de administración del medicamento dependerá de la severidad de los síntomas, de la agitación, de la cooperación del niño y de la disponibilidad del medicamento. Siempre debe ofrecerse al niño en primer lugar, la opción de tomar la medicina vía oral ya que esto es menos invasivo y permite al niño ejercer la sensación de control. La violencia, sin embargo, puede no darle la oportunidad de cooperar, por lo que será necesario el uso de medicación intramuscular, sobre todo en aquellos pacientes con agitación severa.

De igual forma se debe valorar el uso de restricciones físicas, pues se ha documentado un número de muertes ocurridas en niños y adolescentes durante la sujeción, provocadas por causas como asfixia, paro cardiorrespiratorio y falta de monitoreo constante. También existen otros riesgos causados por la restricción física tales como lesiones dérmicas, daño neurovascular, rhabdmiolisis que conduce a insuficiencia renal aguda y muerte, y asfixia posicional. Todas las instituciones que necesiten hacer uso de técnicas de sujeción y restricción deben tener claramente formuladas las políticas de aislamiento que incluyan guías de aplicación, monitorización y remoción de la restricción. La restricción física debe siempre suspenderse cuando la conducta del paciente se encuentra bajo control. Asimismo existe la necesidad de documentar de forma estricta las indicaciones de sujeción, señalando las conductas específicas que colocan en riesgo al paciente o a otros.

(Claudia Becerra)

### Bibliografía

HEYNEMAN EK: The aggressive child. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, (12) 667-677, 2003.

## La distinción entre la validez y la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos

Los criterios diagnósticos explícitos se basan en un sistema de clasificación normalmente determinado en el área psiquiátrica por el DSM y por la CIE. Contar con estos diagnósticos ha servido para: establecer un patrón de referencia confiable, un mejor

acuerdo diagnóstico, mejorar la comunicación; para los informes de morbilidad, de servicios, tratamiento y seguimiento. En el área de la investigación los instrumentos que arrojan diagnósticos más precisos se han hecho rutinarios. Estas herramientas sirven para la enseñanza y para que internacionalmente se hable el mismo idioma y a la vez se mejoren los servicios y la comunicación entre los países. En la psiquiatría existe un continuo flujo de avances en las neurociencias y en la genética que desafían todo intento de establecimiento diagnóstico permanente. De igual forma, los nuevos tratamientos y sus áreas de acción sobre el SNC nos permiten entender mejor los padecimientos y su taxonomía. No hay duda de que las entrevistas semiestructuradas han permitido una alta confiabilidad diagnóstica; sin embargo al apearse a la taxonomía del DSM o la CIE son imperfectas y sólo temporalmente útiles.

### El concepto de validez

La palabra validez viene del latín *validus* que significa fuerte y se define como algo bien fundado y aplicable, que está en su centro y contra lo que no se puede objetar. La validez tiene que ver con la naturaleza de lo real. La Asociación Psicológica Norteamericana establece varios parámetros de validez aplicables a sus evaluaciones: de contenido, de criterio y de constructo. Para los psiquiatras la validez se ha centrado en dos tipos: la concurrente y la predictiva.

### Criterios para establecer la validez en diagnósticos psiquiátricos

De acuerdo con Robins y Guze se debe contar con los siguientes elementos para establecer la validez diagnóstica: descripción clínica, pruebas de laboratorio, delimitación con otros trastornos, estudios de seguimiento y estudios familiares. Kendler establece un esquema donde contempla: validadores de antecedentes, que se refieren a la agregación familiar, a la personalidad premórbida y a los factores precipitantes; a los validadores concurrentes, los cuales incluyen pruebas psicológicas y a los validadores predictivos como la consistencia diagnóstica a través del tiempo. Andreasen agrega la necesidad de emplear diversos validadores adicionales como serían los aspectos de la genética y la biología molecular, la neuroquímica, la neuroanatomía, la neuropsicología y las neurociencias cognoscitivas.

### Asumir implícitamente la enfermedad-entidad

Desafortunadamente, una vez que se ha establecido el concepto de una enfermedad, éste se hace de uso general; el problema es que no se cuestiona su validez, pese a que en el mismo DSM-IV se establece que "no se ha asumido que cada categoría de los trastornos mentales sea completamente una entidad discreta con fronteras absolutamente delimitadas de otros trastornos mentales o no mentales". La debilidad de los criterios de validez de los autores previos es el asumir que los trastornos psiquiátricos son entidades discretas. La posibilidad de que los trastornos se superpongan unos en otros sin una frontera natural se ha llamado punto de rareza o zona de rareza o incertidumbre. Se han hecho diferentes esfuerzos para demostrar las fronteras relacionadas con los síndromes; sin embargo, existen zonas de incertidumbre con diferentes problemas. Las nuevas aproximaciones hablan más de una zona dimensional o de un espectro. Por ejemplo, en el área de los conocimientos genéticos sabemos que los cromosomas 13, 18 y 22 contribuyen tanto para la esquizofrenia como para el trastorno bipolar (TB), o bien el cromosoma 11 para el síndrome velocardiofacial y algunos tipos de retraso mental, lo que parecería indicar que incluso la superposición de predisposiciones genéticas en los diferentes trastornos es más la

regla que la excepción. De igual forma parece suceder con los aspectos medioambientales al darnos cuenta de cómo el abuso físico y sexual o la negligencia, contribuyen a aumentar el riesgo de padecer ansiedad y depresión, trastornos alimentarios y de abuso de OH y de drogas.

### **Incremento en el desencantamiento de asumir el concepto de entidad-enfermedad**

Cuando se habla de enfermedad, de alguna manera se disminuye el miedo de no saber exactamente de lo que se está hablando y al parecer se han hecho esfuerzos para establecer cuándo se está hablando de una enfermedad: cuando un grupo de profesionales establece por convención la categoría, cuando no se alcanza un ideal social, cuando hay una objetiva desviación de la normalidad estadística o bien cuando hay una desviación objetiva demostrable de una función biológica adaptativa. Es importante subrayar que el conjunto de signos y síntomas no constituye una enfermedad; no es sino hasta que se alcanzan a comprender los mecanismos causales cuando realmente sabemos que existe o descubrimos la enfermedad. Desde Kraepelin ha existido este problema cuando estableció que la demencia precoz y la depresión maniaca eran dos trastornos diferentes. Probablemente los puntos de mayor controversia sean el que dos entidades discretas y las variaciones continuas de una dimensión no son mutuamente excluyentes; y que la fenomenología psiquiátrica no constituye una base firme para establecer si un diagnóstico es válido o no lo es. Pese a los diferentes estudios realizados no se alcanza a distinguir claramente en muchos aspectos la diferencia entre la normalidad y la patología. Otro problema mayor es el área de la comorbilidad que representa no sólo el problema del aspecto dimensional de una entidad sino de varias simultáneamente. De esta forma se puede establecer que en términos diagnósticos estamos en el mismo punto en que se hallaba la astronomía antes de Copérnico o la biología antes de Darwin.

### **La diferencia entre las variaciones discretas y las continuas**

El aspecto crucial se centra en torno a si los síndromes psiquiátricos son diferentes uno de otro o bien lo forman partes variantes de la normalidad con zonas de incertidumbre. Pese a los diferentes abordajes matemáticos, tales como el análisis de función discriminante, el análisis de cluster y el análisis MAXCOV-HIT-MAX, el problema central sigue sin resolverse respecto a las fronteras de las categorías diagnósticas ya que no existen hasta la fecha técnicas estadísticas suficientes para diferenciarlas.

### **El concepto de validez aplicado al diagnóstico**

Una categoría puede ser descrita como válida sólo si una de dos condiciones se cumple: definir la categoría como síndrome y que el síndrome se separe de otros por una zona de incertidumbre. Un aspecto fundamental en la determinación de la validez es que aunque no se entienda la etiología sí se puedan hacer diferencias claras con respecto a otros síndromes. De esta forma será necesario establecer la diferencia sindromática antes de conocer el origen de la entidad. La diferencia de una frontera natural sugeriría fuertemente, pero no lo probaría, que la etiología es diferente de otras entidades vecinas. Si no es posible detectar discontinuidades de los síntomas en amplios territorios de los trastornos psiquiátricos, tarde o temprano nuestra tipología será abandonada y pasaremos a una dimensional. De esta forma la mejor herramienta de que disponemos hoy en día para establecer los síndromes de manera más clara, es estableciendo las fronteras entre ellos.

### **La utilidad del diagnóstico**

Un diagnóstico postula su utilidad, siempre y cuando no ofrezca información trivial acerca del pronóstico, tratamiento, pruebas diagnósticas o correlatos biológicos o sociales. Una definición sólo es válida hasta que alcanza a incluir a la misma población de individuos. La utilidad de un diagnóstico dependerá del área correspondiente: urgencia, legal, psicoterapia, etc.

### **Implicaciones para la investigación**

1. Se debe insistir en el uso de definiciones explícitas para definir los sujetos de la investigación.
2. Esos sujetos deben ser distinguibles en términos sindromáticos.
3. Se debe insistir en el uso de definiciones particulares con la nomenclatura "oficial" (¿para futuros cambios?).

### **Conclusiones**

Existe poca evidencia de que las categorías diagnósticas usadas actualmente sean verdaderamente válidas, ya que se establecen con síndromes con fronteras poco diferenciadas de sus síndromes vecinos. Esto no significa que no sean útiles; por el contrario, han contribuido a disminuir el sufrimiento de millones de seres humanos, lo que resulta invaluable. Sin embargo, dado que la utilidad depende del contexto, no se pueden establecer sinonimias entre la validez y la utilidad de los diagnósticos.

(Francisco de la Peña)

### **Bibliografía**

KENNEDY R: Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*, 160:4-12, 2003.

## **Asociación del trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta. Evidencia eléctrica cerebral para la existencia de un subtipo distinto**

■ *Antecedentes:* El trastorno oposicionista desafiante (TOD) y/o trastorno de conducta (TC) están presentes en aproximadamente en 40 a 70% de los niños con TDAH. Entre los niños con TOD y/o TC de 40 a 60% se estima que tienen TDAH. Los niños con TDAH + TOD/TC sufren de más adversidad psicosocial. Difieren de los niños con TDAH solo o con TC únicamente por presentar sintomatología clínica más severa, incremento en los problemas asociados, y un peor pronóstico. La acumulación de varios factores de adversidad se ha asociado con un riesgo aumentado de TDAH y TOD/TC. El TDAH en sí puede representar un factor de riesgo para el subsecuente desarrollo del TC, lo cual significa que el TDAH + TOD/TC podría presentarse como una complicación subsecuente de la hiperactividad. EL TDAH podría ser una manifestación temprana (expresión del desarrollo) del TDAH + TOD/TC. Los déficits en la inhibición podrían ser una base fisiopatológica subyacente,

común en todos los trastornos disruptivos. El TDAH que ocurre en presencia de un TDAH + TC se ha considerado que es una variante (Fenocopia) de un TC que se presenta sin el déficit subyacente de un TDAH. El TDAH + TOD/TC; puede también ser visto como un subtipo nosológicamente distinto del TDAH como en la clasificación del CIE-10.

Para aclarar estos problemas aún más, los autores investigaron no solamente la conducta abierta sino también el procesamiento cubierto. Las conclusiones basadas solamente sobre los datos de ejecución pueden subestimar los déficits específicos por trastorno en el TDAH, TOD/TC, y TDAH +TOD/TC, debido a que el procesamiento cubierto solamente puede ser medido indirectamente y con un tiempo de resolución limitado. Diferentes mecanismos cubiertos pueden llevar a déficits de ejecución abierta indistinguibles y de esta manera parecer lo mismo, y el procesamiento cubierto y desviado del SNC puede preceder a déficits de ejecución abiertos o incluso estar asociado con la ejecución normal. Por otro lado, estudios de potencial relacionados con el evento (EPRE), pueden revelar tanto precursores psicofisiológicos como correlatos de pobre ejecución, y de esta manera diferencias específicas en el procesamiento de información cubierta, en ausencia de diferencias en la ejecución. Los EPRE's son fluctuaciones de voltaje que se miden sobre el cuero cabelludo humano intacto, y que tienen una relación temporal fija con sucesos tales como estímulos o respuestas.

En este estudio los autores registraron la actividad eléctrica cerebral durante una Tarea de Ejecución Continua (CPT por sus siglas en inglés). Los componentes del EPRE a partir de la prueba CPT visual reflejan tanto un procesamiento visual como atencional, específico de la condición. Los componentes tipo P-300, que son desencadenados por blancos raros, se consideran atencionales, debido a que son confinados a blancos y reflejan la cantidad de atención designada al blanco más que a los aspectos físicos o las demandas motoras. En paralelo con su pobre ejecución, los niños con TDAH muestran amplitudes atenuadas de la P-300. Su atenuación es usualmente medida solamente por blancos correctamente detectados y es, de esta forma, no sólo un correlato de pobre ejecución, sino que puede revelar también diferentes mecanismos de procesamiento. La orientación atencional cubierta a blancos potenciales se mide en la señal P-300, mientras que los procesos de control de respuesta (selección motora e inhibición) se reflejan en los componentes de la P-300 al blanco señalado o al estímulo no blanco. La señal P-300 precede a los procesos de control de respuesta durante el procesamiento dirigido en un período crítico pero conductualmente silente. Las latencias más largas de la P-300 en el TDAH comparadas con las de los grupos control, que sugieren una evaluación del estímulo más larga, han sido también encontradas en algunos pero no en todos los estudios.

Existen para este potencial dos subcomponentes, un P3a y un P3b. El componente P3a se sabe que está asociado con la orientación atencional involuntaria o automática y es modulado por el sistema noradrenérgico. Si el *locus coeruleus* se elimina, el componente P-300 es abolido. La evaluación del estímulo consciente y controlado y el proceso de categorización se refleja en el componente P3b.

La variación negativa contingente tardía (CNV por sus siglas en inglés) es un componente negativo central de lenta reacción a un estímulo peligroso y se relaciona con una preparación motora. Se ha encontrado desde hace casi 25 años que los niños hiperactivos presentan un CNV más pequeño después de una señal de peligro.

Sin embargo, las anomalías de la P-300 en el TDAH podrían también originarse por un procedimiento anómalo que precede a la P-300. Existe evidencia de que los componentes

visual y auditivo de la EPRE difieren entre los grupos con TDAH y los controles ya desde el rango de latencia entre los 100 y 250 ms. Se ha demostrado en adultos y niños que la atención puede modular estos muy tempranos estadios de procesamiento perceptual/cognitivo. Las latencias de estos componentes tempranos son típicamente más cortas en los pacientes con TDAH que en los controles normales, sugiriendo que los pacientes con TDAH, procesan la información perceptual más rápido durante los estadios tempranos.

Lo que se sabe acerca del impacto de la comorbilidad con el TOD/TC sobre la actividad eléctrica cerebral en los niños con TDAH durante las tareas neuropsicológicas es aún muy limitado. En el actual trabajo se estudiaron los efectos de la comorbilidad del TDAH y el TC/TOD sobre la ejecución y la actividad cerebral eléctrica en un paradigma CPT-A-X.

## Método

Participó en el estudio un total de 64 niños de entre 8 y 14 años de edad; se verificaron los diagnósticos según el CIE-10, de Trastorno hiperquinético (TH, N = 15), Trastorno de conducta hiperquinético (TCH, N = 16), Trastorno oposicionista desafiante/ de conducta (TOD/TC, N = 15) o ningún diagnóstico según el CIE-10, excepto trastornos de la lecto-escritura. Adicionalmente se hizo el diagnóstico de todos los sujetos, de acuerdo con las categorías del DSM-IV. Los pacientes no reunieron los criterios para otros diagnósticos excepto para trastornos de lecto-escritura (N = 17), 3 casos de enuresis, 1 caso de encopresis. Los niños con TH que usaban metilfenidato no ingirieron la medicación al menos por 48 horas antes de ser evaluados.

Los niños controles se reclutaron de una clínica de consulta externa (sujetos con problemas de lectura y escritura) y por los miembros del grupo investigador y sus familiares. Se les reclutó solamente si nunca habían alcanzado un diagnóstico psiquiátrico excepto para trastornos de lecto-escritura. Las diferencias en la escala completa de IQ entre los grupos fueron significativas ( $F = 6.89$ ;  $p < 0.001$ ). El promedio en general del IQ fue significativamente más alto en el grupo control que en todos los grupos clínicos (todos  $p < .02$ ). Al aplicarse el CBCL, y comparados con los controles, todos los grupos clínicos tenían significativamente mayores calificaciones-T en todas las subescalas excepto para los problemas del pensamiento (ninguna diferencia entre los controles y el grupo TH). El grupo de TH mostró calificaciones significativamente más bajas en la subescala de delincuencia que ambos grupos de TOD/TC. Sin embargo, el TC solamente y los grupos TOD/TC no pudieron ser diferenciados con base en sus calificaciones en la subescala de conducta agresiva del CBCL.

## Resultados

Los análisis estadísticos de las mediciones de ejecución, mostraron efectos significativos para el TH sobre el MRT (Tiempo de reacción al objetivo promedio-latencia promedio de la respuesta en ms después del inicio del objetivo) y el RT-SD (Variabilidad en los tiempos de reacción intrasujeto-desviación estándar de las latencias). La comparación por grupos pareados reveló que el grupo con TH solamente fue más lento que los niños normales y que tenía tiempos de reacción más variables que el grupo normal. El IQ no tuvo efectos significativos sobre la ejecución del CPT. Una interacción significativa entre la tarea sobre el tiempo, el TH, y el TOD/TC en el MRT y las comparaciones Tukey post-hoc, reveló que el incremento en los MRT's fue excesivo en el grupo solamente con TH, comparado con el grupo control. En todos los grupos, el MRT fue negativamente correlacionado con el número de errores

cometidos. Más aún, el MRT fue positivamente correlacionado con el número de errores omitidos en el grupo total. Se encontraron efectos de tamaño similares en los grupos clínicos, pero no para el MRT de los niños control, indicando que la precisión más baja iba acompañada de tiempos de reacción más lentos en los grupos clínicos.

En cuanto al Mapeo Cerebral, la segmentación adaptativa basada en el promedio general de EPRE's para las 5 condiciones (señal A, distractor X, distractor neutral, A no X, objetivo X) mostró microestratos similares. Estos microestratos correspondieron a los componentes convencionales de ERP y fueron llamados como P1/N1 (78-179 ms), P2/N2 (179-265 ms), P3a (265-398 ms), P3b (398-664) y CNV (882-1728). El segmento entre estos dos últimos (664-882) mostró una fortaleza de mapeo relativamente baja y una topografía inestable en el tiempo entre condiciones y grupos, por lo que no fue analizada. La inspección de los mapas correspondientes por grupos y condiciones, mostró que todos los microestratos difirieron en su distribución topográfica, indicando cualitativamente un procesamiento de información distinto en los diferentes microestratos. Las diferencias de grupo en el GFP (una medición de la fortaleza del mapa), que sugieren diferencias cuantitativas en el procesamiento de la información, al parecer fueron más pronunciadas en el segmento P3a durante el procesamiento de la señal A, y en los segmentos P3a y P3b durante el procesamiento del distractor X, con los efectos más prominentes en el grupo con solamente TH.

En cuanto a la topografía (localización de los centroides), mientras no existieron efectos importantes para el TC sobre la topografía como se indicó por la localización de los centroides, se obtuvieron efectos significativos para el TOD/TC para la condición distractor X para los centroides positivo y negativo de anterior a posterior en P2/N2, P3a y P3b, indicando que la negatividad fue más posterior y la positividad más frontal en los sujetos con TOD/TC. La comparación de grupos pareados indicó que para el grupo de TH solamente la negatividad de la señal P2/N2, fue más posteriormente distribuida comparada con el grupo control. La negatividad posteriormente distribuida y la positividad anteriormente distribuida fue correlacionada con un MRT más lento a objetivos correctamente contestados.

## Conclusiones

Los hallazgos documentados indican que la presencia de comorbilidad en el TDAH puede alterar los correlatos eléctricos cerebrales, sin afectar necesariamente el nivel de ejecución conductual abierta. Más aún, los hallazgos de desviaciones durante el procesamiento de señales y el distractor X sugiere que los niños con TH solamente, sufren de un déficit más general que solo un déficit inhibitorio de la respuesta. Los hallazgos fortalecen la hipótesis de que los niños con TC sufren de un déficit en la regulación del estado energético, lo cual resulta en alteraciones de la orientación atencional así como también en una pobre preparación a la respuesta, aunque un déficit adicional relacionado a una inhibición motora puede estar también presente. Asimismo los resultados fortalecen la hipótesis de que el grupo comórbido puede representar una entidad patológica separada, la cual ya se refleja en el sistema de clasificación CIE-10. Futuros estudios deben diferenciar entre los pacientes con TDAH solamente, y los pacientes con TDAH + TOD o TC respectivamente, y TDAH + TOD/TC. Esta investigación es importante para aclarar la heterogeneidad del TDAH y entender los diferentes mecanismos neurobiológicos y fisiopatológicos subyacentes a síntomas que forman fenomenológicamente los varios subtipos de TDAH.

(Lino Palacios Cruz)

## Bibliografía

BANASCHEWSKI T, BRANDEIS D, HEINRICH H, ALBRECHT B et al. Association of ADHD and conduct disorder – brain electrical evidence for the existence of a distinct subtype. *J Child Psychol Psychiatr*, 44 (3); 356-376, 2003.

# Psicoterapia interpersonal para adolescentes deprimidos (TIAD)

■ Existe un creciente número de casos de trastorno depresivo en adolescentes, asociado a una transición epidemiológica de la enfermedad mejor conocida como efecto de cohorte o incremento secular. La depresión es mayor en las mujeres adolescentes y es una enfermedad crónica, recurrente, con alta morbilidad y alto costo social que se acompaña de abandono escolar, embarazo temprano, suicidio y abuso de sustancias.

La forma de estandarizar los tratamientos es con base en manuales de aplicación de las técnicas específicas lo cual permite hacer ensayos clínicos controlados. La TIAD es una de las estrategias psicoterapéuticas que han demostrado su utilidad y eficacia.

## Orígenes y concepto de la TIAD

Se originó la TI para el tratamiento de adultos deprimidos; es una estrategia que se basa en los síntomas de la depresión y en las relaciones interpersonales del enfermo independientemente del tipo de origen de la depresión. Las raíces de la TI se basan en los trabajos de Harry Snack Sullivan y de Adolf Meyer, los cuales establecen que la personalidad es la culminación de una serie consecutiva de relaciones interpersonales, por lo que el tratamiento de los fenómenos depresivos no debe basarse sólo en cubrir los síntomas de la enfermedad sino además el de las relaciones interpersonales afectadas y la comunicación con los demás. El diagnóstico para el establecimiento de la TI incluye la identificación de patrones de interrelación maladaptativos que están relacionados con la depresión y la intervención involucra la modificación de estos patrones.

Existe evidencia de que incluso en los casos de la depresión subclínica se presentan alteraciones significativas en los patrones de interrelación.

La TIAD se ha modificado para cubrir algunos aspectos del desarrollo en los adolescentes y la discusión de los componentes interpersonales es fundamental en esta población, ya que forma parte de la vida diaria. Incluye un fuerte componente de psicoeducación orientada a construir la competencia y las habilidades de afrontamiento para el adolescente.

## ¿Cuáles son las diferencias de la TIAD con la TI para adultos?

Se incluye la perspectiva de una familia que puede estar integrada con un solo padre. Se incluye el involucramiento del padre o madre o tutor. Está adaptada a las necesidades de desarrollo de los adolescentes: individualización, autonomía, desarrollo de relaciones interpersonales con el sexo opuesto, patrones románticos de relación y afrontamiento con experiencias tempranas de pérdidas y muerte, así como la presión de los iguales. Algunas de las técnicas utilizadas incluyen la monitorización con instrumentos por parte del adolescente que logra evaluar en una escala del 1 al 10 las modificaciones que ofrece el tratamiento.

## Características del programa

*Los objetivos de la TIAD son:* disminuir los síntomas depresivos y mejorar las relaciones interpersonales.

*Selección del paciente:* el paciente debe sentirse motivado a participar o al menos querer sentirse mejor, aceptar una alianza terapéutica, tener deseos de recibir una terapia por tiempo específico y aceptar que existe al menos un problema en las relaciones interpersonales. No se recomienda para adolescentes que tengan problemas múltiples de relaciones interpersonales, con retraso mental (RM), en crisis actual: suicida, homicida, psicótica, bipolar o de abuso de sustancias.

### Curso del tratamiento

Son cuatro los objetivos principales:

1. Identificar el área del problema
2. Relacionar los síntomas depresivos con las áreas del problema
3. Enfocarse en las relaciones actuales
4. Ayudar al paciente al manejo del contexto interpersonal de su depresión

Incluye tres etapas: inicial, intermedia y de terminación.

#### *Etapas*

- Etapas**
1. Diagnóstico de la depresión: debe confirmarse la depresión pese a tener una evidencia previa. Se debe utilizar el sistema de multinformantes. Se debe realizar una educación de la depresión para el paciente y los familiares.
  2. Explicar la teoría y los objetivos del PIAD: es por tiempo limitado, una vez por semana (12 sesiones), se recomienda que el terapeuta se ponga en contacto telefónicamente en algunas ocasiones durante la primera etapa, para favorecer la alianza y disminuir los abandonos.
  3. Explicar el rol que tienen el paciente y los padres en el tratamiento: el padre debe ser un colaborador, el trabajo se centra en el paciente.
  4. Realizar un inventario interpersonal de la conducta que se relacione en el contexto de la depresión: el objetivo es identificar aquellas relaciones que se encuentran más cercanas al origen de algunos síntomas depresivos.
  5. Identificar las áreas de problemas interpersonales y hacer un contrato terapéutico: el terapeuta debe demostrar la interrelación entre los síntomas depresivos y las relaciones personales al inicio, el mantenimiento y la solución de los síntomas.

#### *Etapas*

Incluye aproximadamente de la sesión 5 a la 8 y se incorporan las siguientes tareas:

1. Monitoreo de los síntomas depresivos
2. Consideración de terapia adjunta (medicamentos)
3. Ayudar al paciente en la discusión de temas relacionados con la identificación de las áreas de problema
4. Relacionar los sentimientos del paciente con los sucesos interpersonales y las relaciones
5. Analizar la conducta de comunicación
6. Desarrollar y adaptar estrategias interpersonales en la solución de problemas

Las estrategias incluyen: exploración, motivación de la expresión de las emociones, unir los afectos a los eventos interpersonales, aclaración de conflictos, análisis de la comunicación, análisis de las decisiones y técnicas para los cambios de conducta.

#### *Etapas*

Va de la sesión 9 a la 12 e incluye las siguientes tareas:

1. Revisar los síntomas de alarma para la depresión
2. Revisar la identificación de áreas de problema
3. Revisar las estrategias para mejorar las relaciones
4. Revisar los cambios en el adolescente y la familia
5. Revisar futuras situaciones potenciales de conflicto y estrategias para manejar las situaciones
6. Discutir los sentimientos acerca del final de la terapia y los sentimientos hacia el terapeuta

7. Discutir la posibilidad de la recurrencia de la depresión y las estrategias para su manejo

### Áreas de problemas interpersonales en la TIAD

1. Duelo: Ayudar al adolescente a expresar el dolor y restablecer el interés en las relaciones
2. Disputas interpersonales: Identificar la disputa, establecer un plan de acción y modificar la comunicación y las expectativas
3. Transiciones de roles: Entender qué significa la transición para los adolescentes, identificar las demandas de la nueva situación, identificar lo que se ha perdido y lo que se ha ganado y aprender nuevas habilidades
4. Déficits interpersonales: Reducir el aislamiento social, mejorar las habilidades sociales, incrementar la autoconfianza y mejorar y expandir las relaciones
5. Familias con un solo padre: Entender los sentimientos relacionados con la situación, entender los sentimientos relacionados con los padres, aliviar la culpa y definir los roles y expectativas de la relación

Se requiere un entrenamiento específico para la implementación de la TIAD y es necesario un monitoreo y supervisión continuos.

### Conclusiones

La TIAD es una estrategia orientada a disminuir los síntomas de la depresión en los adolescentes y las relaciones interpersonales maladaptativas. El foco de la intervención se centra en la asociación que tienen los problemas con las relaciones interpersonales y los síntomas de la depresión. Los padres deben involucrarse en el tratamiento. La TIAD ha demostrado su utilidad en ensayos clínicos controlados.

(Francisco de la Peña, Lino Palacios)

### Bibliografía

MUFSON L, POLLAK K: Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents, Chapt. 9, *Evidence-Based Psychotherapies for Children & Adolescents*. ed. Alan Kaskin & John Weisz, The Guilford Press, NY, pp. 148-164, 2003.

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 2004*

	<i>Nacional</i>	<i>Extranjero*</i>
Instituciones	\$ 220.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 220.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 110.00	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.

