

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con diagnóstico dual.

Marie E. Armentano, MD. (*)

Los adolescentes que manifiestan otros diagnósticos psiquiátricos además del abuso de sustancias son una población que ha despertado un creciente reconocimiento y preocupación^{8, 17, 53, 56}. En este artículo, los términos diagnóstico dual y adolescente dualmente diagnosticados se utilizan en términos generales para referirnos a los pacientes que cumplen los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico en los Ejes I ó II del DSM-III-R y DSM-IV^{1, 2}. Los términos *abuso de sustancias* y *abuso de sustancias en adolescentes* son términos genéricos para incluir dependencia de sustancias. La población que acude primero en busca de tratamiento por abuso de sustancias puede ser diferente de aquellos que buscan tratamiento psiquiátrico⁴⁴; este artículo se centra en aquellos adolescentes que han sido diagnosticados y reciben tratamiento por problemas de abuso de sustancias.

Las cuestiones de nosología en el abuso de sustancias en adolescentes siguen siendo problemáticas, incluso con la llegada del DSM-IV⁷. Los criterios desarrollados han sido validados con adolescentes. Pueden existir diferencias entre las poblaciones de adolescentes y adultos⁷. Si los criterios diagnósticos se basan en problemas de conducta, a menudo no está claro si las conductas son debidas al uso de sustancias o a otros problemas coexistentes o preexistentes. Aunque ansiar la droga y perder el control se incluyen en los criterios, ningún estudio ha establecido si estos criterios están presentes en adolescentes⁷. La nosología es la mejor manera de intentar extraer una lógica de la realidad; los médicos utilizan un sistema imperfecto diseñado para adultos para hacer los diagnósticos de abuso de sustancia en adolescentes³.

Las cuestiones del diagnóstico dual fueron también estudiadas inicialmente en adultos^{21, 25, 33, 36, 41 - 46} dejando que el clínico extrapole de estos trabajos con adultos a la población adolescente. En los últimos años de la década

de los 80 hasta los primeros años de los ⁹⁰ 9, 17-19, 23, 28, 31, 53, 56, 57 se han estudiado poblaciones clínicas de adolescentes. Para ambos, adultos y adolescentes, algunas de las cuestiones metodológicas son las mismas. El curso y tratamiento de los mismos dos trastornos pueden variar, en función de cual es el diagnóstico primario (p.ej.: qué trastorno precede al otro^{47, 48}, y también en función de sus gravedad relativa. Asumir que todos los pacientes con diagnóstico dual son iguales y necesitan el mismo tratamiento es inútil⁵⁵. A pesar de que se ha descrito una elevada prevalencia de comorbilidad entre los adolescentes con abuso de sustancias bajo tratamiento a régimen cerrado^{53, 56} no está claro cuántos de estos adolescentes presentan síntomas psiquiátricos secundarios a su abuso de sustancias y cuántos de ellos presentan un diagnóstico psiquiátrico primario o coexistente. Miller y Fine³⁵ argumentan que ciertas consideraciones metodológicas, incluyendo la duración de abstinencia requerida antes de realizar el diagnóstico, la población muestreada y la perspectiva del examinador, pueden afectar las cifras de prevalencia de trastornos psiquiátricos de los sujetos que abusan de sustancias y pueden explicar la variabilidad hallada. Estos autores creen que las cifras de prevalencia de los trastornos psiquiátricos han sido elevadas artificialmente por la tendencia a diagnosticar al paciente antes de que alguna de la sintomatología psiquiátrica secundaria al uso de sustancias se reduzca.

(*) Del Child and Adolescent Psychiatry and Addictions Services, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts.

Este artículo ha sido publicado en el *Pediatric Clinics of North America*, vol. 42, number 2, April 1995; con el título *Assesment, diagnosis, and treatment of the dually diagnosed adolescent*, Orford J., Daniels V., Somers M.

A pesar de la controversia en torno al grado de comorbilidad, el clínico necesita tratar al paciente que atiende. Alguno de estos pacientes recibirá un diagnóstico psiquiátrico y el tratamiento que se le prescribe podría modificarse. El clínico atenderá bien a estos pacientes si hace lo siguiente:

1. Llevar a cabo una evaluación exhaustiva de cada paciente que incluye un examen de la condición mental y la búsqueda de otros síntomas psiquiátricos obteniendo la información a partir de múltiples fuentes.
2. Tener un elevado índice de sospecha de comorbilidad psiquiátrica en adolescentes que no responden al tratamiento o que presentan problemas en el tratamiento.
3. Individualizar el tratamiento para incluir otros diagnósticos psiquiátricos.
4. Saber cuándo consultar a un psiquiatra.

El clínico necesita saber los tipos de comorbilidades que son probables que vea en la práctica clínica. Todavía no se han realizado estudios con población a gran escala con adolescentes, pero el National Institute of Mental Health's Epidemiological Catchment Area Study⁴¹ intentó estimar la prevalencia real del abuso de alcohol, el abuso de otras sustancias y los trastornos mentales en una comunidad de adultos y una muestra institucional de más de 20.000 sujetos mediante el censo de los E.E.U.U.. El treinta y siete por ciento de las personas con trastornos por alcohol tenían otro trastorno mental, siendo los más prevalentes los afectivos, de ansiedad, y el trastorno de personalidad antisocial. Más del 50% de personas con trastornos por drogas a parte del alcohol presentaban un trastorno mental comorbido; el 28% tenía trastornos de ansiedad, el 26% trastornos afectivos, el 18% trastornos de personalidad antisocial, y el 7% sufría esquizofrenia. Este artículo verifica la impresión ampliamente aceptada de que las cifras de comorbilidad son mucho más elevadas en poblaciones tratadas e institucionalizadas que en la población general.

Los estudios con adolescentes implican poblaciones clínicas más pequeñas. Stowell y Estroff⁵⁶ estudiaron 226 adolescentes en tratamiento a régimen cerrado por un

trastorno primario de abuso de sustancias en hospitales psiquiátricos privados. Los pacientes fueron diagnosticados tras cuatro semanas de tratamiento utilizando una entrevista diagnóstica semiestructurada. El ochenta y dos por ciento de los pacientes cumplieron los criterios DSM-III-R para un trastorno psiquiátrico del EJE I. El sesenta y uno por ciento padecía trastornos del estado de ánimo, el 54% trastornos de conducta, el 43% trastornos de ansiedad, y el 16% sufría trastornos orgánicos inducidos por el uso de sustancias. El setenta y cuatro por ciento presentaba dos o más trastornos psiquiátricos. Westermeyer y sus colaboradores⁵⁶ estudiaron cien sujetos de edad comprendida entre los doce y veinte años que se presentaron a dos programas de tratamiento a régimen abierto para el abuso de sustancias facilitados por la universidad. Veintidós presentaban trastornos de ingesta, ocho problemas de conducta, siete sufrían depresión mayor, siete depresión menor, cinco trastorno bipolar, cinco esquizofrenia y cuatro trastornos de ansiedad. Tres tenían otro trastorno psicótico, tres un trastorno mental orgánico y dos un trastorno de déficit de atención. Observando la distribución de los diagnósticos en función de la edad, los autores hallaron que los adolescentes más mayores presentaban más trastornos de la conducta alimentaria y más síntomas depresivos.

Giaconia y colaboradores²³ también revisaron la influencia de la edad en su estudio con una muestra de 386 sujetos de 18 años, la mayoría de ellos caucásicos, de una comunidad de clase obrera. Los autores compararon los adolescentes que cumplieron criterios de uno de seis diagnósticos psiquiátricos, incluyendo el abuso de sustancias, antes y después de la edad de 14 años. Hallaron que los adolescentes con una aparición temprana de cualquier diagnóstico psiquiátrico era seis veces más probable que tuvieran un diagnóstico psiquiátrico adicional, y doce veces más probable que tuvieran dos diagnósticos adicionales a la edad de 18 años en comparación a aquellos con una aparición más tardía. Esto implica que el índice del clínico de sospecha de diagnóstico dual debe ser particularmente alta para los pacientes más jóvenes con abuso de sustancias. Burke y colaboradores¹⁰ examinaron los datos del Epidemiologic Catchman Area (ECA) para determinar

las cifras de riesgo para el desarrollo de trastornos y concluyeron que las edades entre los 15 a 19 años eran los picos de edad para la aparición de trastornos depresivos en mujeres y de trastornos por uso de sustancia y trastornos bipolares en ambos sexos.

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS MAYORES.

Trastorno depresivo.

Se ha escrito mucho sobre la interrelación entre depresión y abuso de sustancias⁴⁷⁻⁵¹. De igual modo existe una consciencia de que tanto en adolescentes como en adultos^{8,19} existen dos grupos que muestran síntomas depresivos significativos: aquellos con trastornos de estado de ánimo inducido por el uso de sustancias² y aquellos con trastornos depresivos primarios. El síntoma principal de la depresión consiste en una perturbación del estado de ánimo, a menudo caracterizada como tristeza o sentirse “tocando fondo”, y una pérdida de interés o de la capacidad del placer. Los adolescentes pueden informar de o exhibir irritabilidad en lugar de tristeza. Además la depresión se caracteriza por sentimientos de culpa, desesperanza, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, pérdida de la concentración, una disminución de energía y pensamientos de muerte o suicidio. Para que un paciente cumpla los criterios de depresión clínica tiene que presentar estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, cada día, durante un mínimo de dos semanas. Los pacientes con un trastorno de ánimo inducido por el uso de sustancias pueden presentar los mismos síntomas.

Schuckit,^{47,49,50} Hesselbrock y colegas²⁵, y Miller³⁴ enfatizan la importancia de distinguir los dos trastornos. En trabajos realizados con adultos con abuso de sustancias^{34,35,51} el trastorno del estado de ánimo inducido por el uso de sustancias se disipa con la abstinencia, pero no lo hace el trastorno depresivo primario e incluso puede interferir con el tratamiento y la recuperación si no se trata⁴⁶. Deykin y colaboradores¹⁹ entrevistaron 223 adolescentes en tratamiento a régimen cerrado para el abuso de sustancias y hallaron que casi el 25% cumplían los criterios DSM-III-R de depresión. El ocho por ciento reunía los criterios de depresión primaria, el 16% presentaba un trastor-

no de estado de ánimo secundario. Bukstein y colaboradores⁹ estudiaron pacientes adolescentes a régimen cerrado de una unidad de diagnóstico dual y hallaron que casi el 31% tenía una depresión mayor comorbida, siendo el trastorno secundario mucho más frecuente que el trastorno primario. En contraste a lo que se ha descrito en adultos, no hallaron que las depresiones secundarias remitieran con la abstinencia.

Los adolescentes deprimidos pueden presentar un estado mental taciturno, con un contacto ocular pobre, y una expresión facial triste. Pueden presentar un aspecto poco aseado o vestir descuidadamente y pueden llorar durante la entrevista. A menudo niegan tener sentimientos de tristeza, aunque su comportamiento lo afirma con elocuencia. La depresión interfiere en el tratamiento debido a la ausencia de concentración, motivación, esperanza y la tendencia al aislamiento. Kempton y sus colaboradores³¹ hallaron que las distorsiones cognitivas, incluyendo catastrofización y personalización, eran particularmente prominentes en los adolescentes con el diagnóstico múltiple de trastorno de conducta, trastorno depresivo y abuso de sustancias. Un adolescente deprimido puede beneficiarse de una intervención cognitiva específica para la depresión.

La investigación no ha resuelto la cuestión de si los adolescentes que son tratados por depresión comórbida evolucionan mejor que los no tratados. Debido a la ausencia de este conocimiento, las decisiones en torno al tratamiento deben ser tomadas sobre una base individualizada (caso a caso). Si el adolescente tiene un trastorno depresivo anterior al abuso de sustancias, antecedentes familiares de depresión y un trastorno del estado de ánimo que interfiere con el tratamiento, tras varias semanas de abstinencia a pesar de intervenciones cognitivas, puede ser necesaria una terapia farmacológica. Los agentes serotoninérgicos como la fluoxetina tienen un perfil de efectos secundarios relativamente seguro y puede ser muy apropiado, considerando la afirmación de que los jóvenes que abusan de sustancias tienen un déficit preexistente de serotonina^{11,12}. Se recomienda, antes de iniciar la medicación determinar los puntos siguientes:

1. El paciente está abstinente de sustancias, y su abstinencia es segura (p.ej., tiene apoyo o está en un ambiente seguro, libre de drogas).

2. El paciente cumplirá la pauta de medicación o tiene una familia que le ayudará a tomar la medicación regularmente. Considerando las referencias y la práctica de prescripción de los médicos de atención primaria^{16,40} la depresión tiende a ser mal diagnosticada y mal tratada. Si existen dudas acerca del diagnóstico de depresión o de cómo tratarla, se recomienda consultar a un psiquiatra con experiencia en el tratamiento de adolescentes con adicciones. Si el clínico de atención primaria está preocupado sobre la posibilidad de suicidio²⁹ debe realizar la consulta sin demora.

Trastorno bipolar

En los trastornos bipolares, que a menudo se inician en la adolescencia tardía^{10,14} los síntomas presentes en la manía incluyen² un persistente humor exagerado, expansivo o irritado que como mínimo dura una semana y va acompañada de autoestima excesiva, disminución de la necesidad de dormir, presión del habla, velocidad de pensamientos, incremento de la actividad dirigida hacia un objetivo e implicación excesiva en actividades de placer como gastar dinero, indiscreciones sexuales o abuso de sustancias, particularmente alcohol, para calmarse cuando están maníacos. Claramente, algunos de estos síntomas se observan también en la intoxicación por sustancias. Si un paciente exhibe estos síntomas tras un periodo de abstinencia, deberá considerarse el diagnóstico de trastorno bipolar. Los trastornos bipolares se tratan con estabilizadores del humor, el más común de los cuales es el carbonato de litio. También se utilizan ácido valproico y carbamazepina. Antes de prescribir un tratamiento para el trastorno bipolar deberá realizarse una consulta psiquiátrica.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO

Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés post-trau-

mático². Frecuentemente los trastornos de ansiedad no se detectan ni tratan. Algunas veces en los pacientes que se resisten a ir a encuentros de auto-ayuda se detecta, en un examen más a fondo, un problema de fobia social o agorafobia. Las crisis de angustia son periodos de intenso malestar que se desarrollan de repente y alcanzan el pico máximo en 10 minutos. Los síntomas incluyen palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de falta de aliento o de ahogo, opresión en el pecho, náuseas, vértigo y miedo a perder el control o a morir. Debido a que algunos de estos síntomas pueden observarse también en pacientes con intoxicación por sustancias o en abstinencia, será importante que esté abstinente antes de realizar la evaluación diagnóstica.

Los pacientes con fobia social pueden aislarse dentro de una unidad de tratamiento o de un grupo. Puede ser reveladora una entrevista detallada en la que se averiguen los síntomas de ansiedad y los antecedentes familiares. El tratamiento conductual, incluyendo entrenamiento en relajación, es a menudo de ayuda en los problemas de ansiedad. El tema de la farmacoterapia es controvertido. Muchos investigadores argumentan que el uso de benzodicepinas está contraindicado en aquellos pacientes con una historia de abuso de sustancias²². La buspirona y los antidepresivos tricíclicos han sido recomendados como agentes ansiolíticos no adictivos. La experiencia clínica y los informes anecdóticos sugieren que en muchos casos la buspirona es ineficaz. A menudo, trabajando con los pacientes no queda claro, pues los pacientes insisten en que únicamente las benzodiazepinas son eficaces mientras los pediatras a veces creen que se trata de una conducta de búsqueda de drogas y otras veces de una observación verdadera. En algunos casos el uso juicioso de benzodiazepinas de vida larga, como el clonazepam, puede estar justificado: si se ha establecido la abstinencia, el paciente ha fracasado en un intento adecuado de terapia de conducta y de medicaciones alternativas, y si el paciente había cumplido el tratamiento y la medicación prescritos.

En los informes clínicos⁵⁷ y epidemiológicos²³ de adolescentes, la incidencia de traumas graves y de síntomas del trastorno por estrés post-traumático es sorprendentemente elevada. Si un adolescente presenta problemas de conducta

y abuso de sustancias puede que no se haya enfrentado a un trauma previo, como el abuso físico o sexual y la exposición a la violencia, o a los traumas típicos de la carrera de abuso de sustancias⁴. Quizás es únicamente en la abstinencia cuando los síntomas y las memorias del trauma se manifiestan en sí mismas. Los síntomas del trastorno por estrés post-traumático tienen tres apartados². El primer grupo de síntomas implican que han revivido la experiencia del trauma mediante pensamientos intrusivos, sueños o episodios disociativos (flashback), que hacen que el evento parezca que esté ocurriendo de nuevo. El paciente se ve interferido por una falta de la capacidad general de respuesta y evita pensar sobre el trauma. Además, hay algunos síntomas de aumento de la activación que incluyen dificultad para dormir, irritabilidad, hipervigilancia y una respuesta de alarma exagerada.

Para poder garantizar un tratamiento adecuado para la población adolescente que abusa de sustancias, deberemos tener en cuenta el trauma y los síntomas asociados a él. Habrá que tener cuidado para reconocer el trauma sin eliciar ansiedad que interferiría con la abstinencia y el tratamiento por abuso de sustancias. Los grupos que mantienen la auto-ayuda y una actitud de “primero es lo primero” pueden ser el mejor abordaje. El paciente tiene que aprender a mantenerse seguro, y el tratamiento del abuso de sustancias es uno de los aspectos más importantes de la seguridad. Se puede decir al paciente que la recuperación es un proceso que se puede tomar en etapas y que alguno de los efectos del trauma pueden ser afrontados más tarde, cuando la seguridad del paciente esté mejor establecida. Si se sospecha que hay trauma, el clínico que trate al paciente debería consultar al psiquiatra sobre las cuestiones de diagnóstico o de manejo del paciente.

Trastornos mentales orgánicos

El abuso de sustancias, incluyendo el alcohol, la marihuana, la cocaína, los alucinógenos y los inhalantes, se asocia en algunos pacientes a daños cognitivos agudos y residuales^{2, 32, 43, 52, 53, 56}. Los síntomas agudos pueden incluir dificultades de concentración, dificultades del lenguaje comprensivo y expresivo e irritabilidad. También se dan interferencias a largo plazo de la memoria y otras fun-

ciones ejecutivas. La posibilidad de demencia inducida por sustancias debe ser considerada en adolescentes que tienen problemas para afrontar las demandas cognitivas y organizativas de un programa estructurado de apoyo. Alguno de estos jóvenes podrá hacer uso del programa si las instrucciones se simplifican y si nos cercioramos de que han comprendido los detalles. Puede producirse una mejoría rápida del funcionamiento cognitivo, pero algunos pacientes continúan mejorando durante un año o más después de haber cesado la agresión química al cerebro. Algunos pueden quedar con lesiones residuales. Los adolescentes y sus familias necesitan ser informados de las consecuencias cognitivas de su abuso de modo que no se engendre desesperación pero que se prevengan claramente abusos futuros. La presencia de déficits cognitivos, si persisten, deberá ser tomada en cuenta en cualquier rehabilitación, y en la planificación educativa y vocacional del adolescente. Estos jóvenes necesitan evaluación neuropsicológica y de seguimiento.

Esquizofrenia

Los pacientes que reúnen simultáneamente los criterios diagnósticos de esquizofrenia y abuso de sustancias es menos probable que soliciten tratamiento en una unidad de abuso de sustancias que en una unidad psiquiátrica^{13, 21}. Dado que en los últimos años de la adolescencia es cuando muchos de los trastornos esquizofrénicos empiezan, y el uso de sustancias puede precipitar una psicosis incipiente, los pacientes con este trastorno pueden solicitar tratamiento por abuso de sustancias en un estado temprano de esquizofrenia^{37, 50, 53}. Los síntomas característicos son alucinaciones, más a menudo auditivas que visuales, ideas delirantes, incoherencia en el habla, conducta catatónica o inapropiada desorganizada, y otros síntomas negativos incluyendo la afectividad plana, empobrecimiento del lenguaje o ausencia de voluntad². Por lo tanto, en pacientes que presentan un comportamiento raro que parece marcadamente diferente del resto de la población en tratamiento, se considerará el diagnóstico de esquizofrenia. Cada vez más, los pacientes esquizofrénicos jóvenes abusan de sustancias, algunos en un intento de manejar o negar sus síntomas. Su abuso de sustancias a menudo

interfiere con el tratamiento por sus trastornos psicóticos. Estos pacientes se manejan mejor en unidades especiales para pacientes psicóticos con diagnóstico dual en las que la psicosis y el abuso de sustancias son abordados de forma paralela (*).

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Muchos de los pediatras implicados en el tratamiento de adolescentes que abusan de sustancias han destacado la elevada cantidad de adolescentes que sufre, además, de trastorno por déficit de atención^{39, 53}. Bukstein y colaboradores⁸ postulan que no hay conexiones directas, sino que ambos son trastornos que a menudo se presentan en comorbilidad con el trastorno de conducta. Biederman y Steingard⁵, en sus estudios con pacientes a régimen abierto, destacan que entre el 30% y el 50% de niños con el trastorno presentan síntomas persistentes en la edad adulta, contrariamente a la creencia anterior de que la gente joven acaba madurando y “curándose”. Dichos autores también destacan la comorbilidad entre los trastornos afectivos, ansiosos y antisocial en los pacientes y en sus familias. Los síntomas del trastorno por déficit de atención² incluyen los de falta de atención (p.ej. fracaso para escuchar, dificultades para organizarse, tendencia a perder objetos y fácil distraibilidad), los de hiperactividad e impulsividad (p.ej. movimientos sin propósito, inquietud y la tendencia a interrumpir) o ambos. Estos síntomas deben estar presentes en más de un entorno o ambiente y puede ser útil utilizar escalas de evaluación para establecer el diagnóstico. El tratamiento óptimo incluye intervención conductual. La farmacoterapia en adolescentes es un tema controvertido^{5, 22}, parece que los adolescentes responden a la medicación de manera similar a los niños más pequeños, pero en los adolescentes puede darse una aversión por los efectos subjetivos de los estimulantes⁵ y un potencial de abuso.

El estimulante pemolin de acción larga se ha sugerido, así como los antidepresivos tricíclicos y la clonidina. Dado que el tratamiento con éxito del abuso de sustancias implica enseñar a los pacientes a planificar y a demorar sus impulsos, en un plan de tratamiento integral se hace

necesario el tratamiento eficaz del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Trastornos de conducta y trastornos de personalidad antisocial

Particularmente en varones^{48, 49, 57} los trastornos de conducta y de personalidad antisocial son los diagnósticos comórbidos más comunes con el abuso de sustancias. Aunque el trastorno de personalidad antisocial puede estar presente desde los 15 años, el diagnóstico no puede ser establecido hasta los 18 años. El síntoma característico² es un patrón general de negligencia y violación de los derechos de los demás, y puede incluir fraude, impulsividad, fracaso en seguir las normas o las leyes, agresividad e irresponsabilidad. El trastorno de conducta tiene criterios similares, pero incluye manifestaciones que comúnmente se observan en individuos más jóvenes, como crueldad con los animales, huidas, faltar a la escuela, y vandalismo. Muchos estudiosos del abuso de sustancias en adolescentes defienden que éste se produce frecuentemente como parte de una constelación de problemas de conducta^{3, 6, 38, 39}. Cloninger¹⁵ ha presentado un interesante esquema de factores hereditarios en tres ejes que pueden explicar muchos de los diagnósticos psiquiátricos y sus interrelaciones. Los tres ejes son: dependencia de la recompensa, evitación del daño y búsqueda de la novedad. Basándose en estos tres ejes, Cloninger ha distinguido los alcohólicos tipo 1 y los tipo 2. Los tipo 2 presentan baja dependencia a la recompensa y baja evitación del daño y elevada búsqueda de la novedad. Los alcohólicos jóvenes con personalidad antisocial encajan en el perfil del tipo 2. La prevalencia más elevada de personalidad antisocial en alcohólicos más jóvenes puede explicar porqué muchos pediatras creen que el abuso de sustancias en el adolescente es difícil de tratar. Horowitz y colaboradores²⁷ y Buydens-Branchey y colaboradores^{11, 12} también observaron a muchos jóvenes abusadores de sustancias con una combinación de características que incluía: aumento de hostilidad, depresión y riesgo de suicidio, que sugiere una subyacente dificultad con el auto-control y la agresividad, tal vez determinada

(*) Referencias 13, 21, 22, 32, 33, 36, 42 -44, 54, 55.

neuro-químicamente. Los adolescentes con trastorno de conducta y personalidad antisocial necesitan un programa conductual más duro con límites claros. Si existe un trastorno comórbido, como un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de atención, que puede ser tratado con éxito, estos jóvenes tienen más posibilidades de evolucionar favorablemente⁸.

Trastornos de la conducta alimentaria

Dado que la incidencia del trastorno de la conducta alimentaria y la del abuso de sustancias ha aumentado en la población adolescente³⁰, no es infrecuente encontrar dichos trastornos juntos; el 25% de todos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria presentan una historia de abuso de sustancias actual o pasada. La anorexia nerviosa que implica disminución del peso e incremento de la actividad, distorsión de la imagen corporal y un intenso miedo a perder el control y engordar² no es tan prevalente como la bulimia en la población general ni en la población de abusadores de sustancias. La bulimia implica episodios recurrentes de atracón y purgación, a veces acompañados de medidas de compensación como el vómito provocado o el abuso de laxantes y una preocupación por el peso y por la comida. Entre el noventa y el noventa y cinco por ciento de todos los trastornos de la conducta alimentaria se dan en mujeres³⁰. Las anoréxicas presentan un aspecto demacrado característico, mientras las bulímicas pueden tener cualquier peso. Las pacientes que se esconden en el aseo después de las comidas pueden estar vomitando. Las personas con trastornos de la conducta alimentaria pueden abusar de la anfetaminas con el objetivo de perder peso. Katz defiende que la tendencia al abuso de sustancias que muestran los pacientes bulímicos puede ser debida a rasgos de personalidad límite.

Trastornos de personalidad límite y narcisista

Además de los diagnósticos psiquiátricos del Eje I, los trastornos descritos en el Eje II del DSM-IV² son de gran relevancia en el tratamiento de adolescentes con abuso de sustancias. Los trastornos de personalidad son patrones persistentes de experiencia interior y de conducta que afectan la cognición, la conducta interpersonal, la

respuesta emocional y el control de impulsos. Los factores de personalidad a menudo hacen difícil el tratamiento de un adolescente.

El trastorno de personalidad límite se caracteriza por impulsividad e inestabilidad de las relaciones interpersonales, el afecto y la autoestima. Son comunes una marcada sensibilidad y el deseo de evitar ser abandonado, junto a sensaciones crónicas de vacío, inadecuación y cólera intensa; y conducta suicida o autolesiva. Los pacientes límites pueden causar muchos problemas en el marco de tratamiento debido a las regresiones graves que a menudo manifiestan y a la división de personal terapéutico que a menudo provocan. En el trastorno de personalidad narcisista, es común un patrón persistente de grandiosidad, así como una necesidad de ser admirado y una ausencia de empatía. El paciente con este trastorno siente que es único y que merece un tratamiento especial. Puede serle difícil participar en grupos o ver a los demás como cualquier otra cosa aparte de alguien para satisfacer sus necesidades.

Ambos trastornos de personalidad pueden suponer desafíos para el terapeuta y el marco terapéutico. Contratransferencias intensas y negativas²⁴ pueden ser fácilmente despertados por pacientes demandantes, manipulativos, coléricos, y cualificados. Si un paciente muestra una gran cantidad de energía emocional probablemente están involucradas cuestiones de personalidad. Para cuidar al terapeuta, al ambiente terapéutico y al paciente es esencial ser consciente de los efectos que este tipo de pacientes ejerce. En estas situaciones puede ser muy útil consultar a un psiquiatra experto.

RESUMEN

Conocer la prevalencia y manifestación de los diagnósticos psiquiátricos es esencial para dar un tratamiento de calidad a los adolescentes con abuso de sustancias. Es útil tener relación con un psiquiatra disponible para hacer consultas cuando sea necesario. Una observación e historia clínica detalladas y consultas apropiadas revierten en una mejor detección y un mejor tratamiento de los trastornos comórbidos y, en definitiva, en un mejor tratamiento del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III, Revised (DSM-III-R). Washington DC, American Psychiatric Press, 1987.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
3. Bailey GW: Current perspectives on substance abuse in youth, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 151:161,1989.
4. Bean-Bayog M: Psychopathology produced by alcoholism Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism, 1981,334-345.
5. Biederman J, Steingard R: Attention-deficit hyperactivity disorder in Adolescents. *Psychiatric Annals* 11:587-596,1989.
6. Blum RW: Adolescent substance abuse. Diagnostic and treatment issues. *Clin North Am* 34:523-537,1987.
7. Bukstein OG, Kaminer T: The nosology of adolescent substance abuse. *American Journal on Addictive Disorders* 3:1-13,1994.
8. Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y: Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *Am J Psychol* 146:1131-1141,1989.
9. Bukstein OG, Glancy LJ, Kaminer Y: Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1041-1045,1992.
10. Burke KC, Burke JD, Regier DA, et al: Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 47:511-518,1990.
11. Buydens-Branchey L, Branchey MH, Noumair D: Age of alcoholism onset I: Relationship to psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 46:225-230,1989.
12. Buydens-Branchey L, Branchey MH, Noumair D, et al: Age of alcoholism onset II: Relationship to susceptibility to serotonin precursor availability. *Arch Gen Psychiatry* 46:231-236,1989.
13. Caton CLM, Gralnick A, Bender S, et al: Young chronic patients and substance abuse. *Hosp Community Psychiatry* 40:1037-1040,1989.
14. Christie KA, Burke JD, et al: Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk on drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 145:971-975,1988.
15. Cloninger CR: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 236:410-416,1987.
16. Costello EJ, Costello AJ, et al: Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 45:1107-1116,1988.
17. DeMillo L: Psychiatric syndromes in adolescents substance abusers. *Am J Psychiatry* 146:1212-1214,1989.
18. Deykin EY, Levy JC, Wells V: Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health*, 77:178-182,1987.
19. Deykin EY, Buka SL, Zeena TH: Depressive illness among chemically dependent adolescents. *Am J Psychiatry* 149:1341-1347,1992.
20. Friedman AS, Glickman NW: Program characteristics for successful treatment of adolescent drug abuse. *J Nev Ment Dis* 174:669-679,1986.
21. Galanter M, et al: Substance abuse among general psychiatric patients. Place of presentation, diagnosis and treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 14:211-235, 1988.
22. Gastfriend DR: Pharmacotherapy of psychiatric symptoms with comorbid chemical dependence. *J Addict Dis* 12:155-170,1993.
23. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, et al: Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:706-717,1994.
24. Groves JE: Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 298:883-887,1978
25. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keeney JJ: Psychopathology in hospitalized alcoholics *Arch Gen Psychiatry* 42:1050-1055,1985.
26. Hicks RD, Batzer GB, Batzer WB, et al: Psychiatric developmental and adolescent medicine issues in adolescent substance use and abuse. *Adolescent Medicine* 4:453-468,1993.
27. Horowitz H, Overton WF, Rosenstein D, et al: Comorbid adolescent substance abuse. A maladaptive pattern of self-regulation. *Adolesc Psychiatry*, 18:465-483,1992.
28. Kaminer Y, Tarter RE, Bukstein OG, et al: Comparison between treatment completers and non completers among dually diagnosed substance abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1046-1049,1992.
29. Kandel DB, Ravels VH, Davies M: Suicidal ideation in adolescent. Depression, substance use and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence* 20:289-309,1991.
30. Katz JL: Eating disorders: A primer for the substance abuse specialist: I Clinical Features. *J Subst Abuse Treat* 7:143-149,1990.
31. Kempton T, Van Hasselt VB, Bukstein OG, et al: Cognitive distortions and psychiatric diagnosis in dually diagnosed adolescents. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:217-222,1994.
32. Lehman AF, Myers CP, Corty E, et al: Prevalence and patterns of dual diagnosis among psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 35:106-112,1994.
33. Mason SE, Siris SG: Dual diagnosis: The case for case management. *Am J Addict* 1:77-82,1992.
34. Miller NS: Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: Interactions and independent status. *J Addict Dis* 12:5-16,1993.
35. Miller NS, Fine J: Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders. *Psychiatr Clin North Am* 16:1-10,1993.
36. Minkoff K: An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hosp Community Psychiatry* 40:1031-1036,1989.
37. Mirin SM, Weiss RD, Michael J, et al: Psychopathology in substance abusers: Diagnosis and treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 14:139-157,1988.
38. Morrison MA, Smith QT: Psychiatric issues of adolescent chemical dependence. *Pediatr Clin North Am* 34:461-479,1987.
39. Morrison MA, Smith DE, Wildford BB, et al: At war in fields of play: Current perspectives on the nature and treatment of adolescent chemical dependency. *J Psychoactive Drugs* 25:321-330,1993.
40. Olsson M, Klerman G: The treatment of depression: Prescribing practices of primary care physicians and psychiatrists. *J Fam Pract* 35:627-635,1992.
41. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 264:2511-2518,1990.
42. Ries RK: clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatr Clin North Am* vol 16,1993.
43. Ries RK: The dually diagnosed patient with psychotic symptoms. *J Addict Dis* 12:103-122,1993.
44. Ries R, Mullen M, Cox G: Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 45:562-567,1994.

45. Ross HE, Glaser FB, Germanson T: The prevalence of psychiatry disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 45:1023-1031,1988.
46. Rounsaville BJ, Zlig SD, Babor TF, et al: Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 44:505-513,1987.
47. Schuckit MA: Alcohol and depression: A clinical prespective. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 377:28-32,1994.
48. Schuckit MA: Alcoholism and sociopathy-diagnostic confusion. *J Stud Alcohol* 34:157-164,1973.
49. Schuckit MA: The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 42:1043-1049,1985.
50. Schuckit MA: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry* 143:140-147,1986.
51. Schuckit MA, Chiles JA: Family history as a diagnostic aid in two samples of adolescents. *J Nerv Ment Dis* 166:165-176,1978.
52. Stone LA, Martin T, Tomasovic J, et al: Clinical practicum on episodic dyscontrol. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, San Antonio, October, 1993.
53. Stowell JA, Estroff TW: Psychiatric disorders in substance abusing adolescent inpatients: A pilot study. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol 31,1993.
54. Wallem M, Weiner HD: Impediments to effective treatment of the dually diagnosed patient. *J Psychoactive Drugs* 21:161-168,1989.
55. Weiss RD, Mirin M, Frances RJ: The myth of the typical dual diagnosis patient. *Hosp Community Psychiatry* 43:107-108,1992.
56. Westermeyer J, Specker S, Nelder J, et al: Substance abuse and associated psychiatric disorder among 100 adolescents. *J Addict Dis* 13:67-69,1994.
57. Wilcox JA, Yates WR: Gender and psychiatric comorbidity in substanceabusing individuals *Am J Addict* 2:202-206,1993.
58. Zamvil L: Post traumatic stress disorder in hospitalized children and adolescents. In press.