

# PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN **PATOLOGÍA** DUAL

## **Directores**

Nestor Szerman  
Carlos Roncero  
Miguel Casas

## **Autores**

### **Javier Goti Elejalde**

Médico Psiquiatra-Especialista Senior  
Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A)  
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil  
Hospital Clínic Barcelona

### **Rosa Díaz Hurtado**

Psicóloga Clínica  
Unidad de Conductas Adictivas en Adolescentes (UNICA-A)  
Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil  
Hospital Clínic Barcelona

### **Celso Arango**

Jefe de Servicio de Psiquiatria del Niño y Adolescente del Hospital  
General Universitario Gregorio Marañón



© 2016 EdikaMed, S.L.

Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona

[www.edikamed.com](http://www.edikamed.com)

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción parcial o total de esta obra. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a EdikaMed S.L., o a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.



# ÍNDICE

1. Introducción:	7
2. Epidemiología del consumo y de los trastornos por uso de sustancias en población adolescente	7
3. Hipótesis etiológicas y factores etiopatogénicos: vulnerabilidad ambiental y constitucional en el desarrollo del trastorno dual precoz	10
4. Clínica de la patología dual precoz: perspectivas categoriales y dimensionales	13
5. Evaluación	17
6. Tratamiento: plan terapéutico, tratamiento psicofarmacológico y psicosocial	18
7. Bibliografía	30
8. Caso clínico	33
9. Test evaluación	35



---

## Celso Arango

La mayor parte de los trastornos mentales son patologías del neurodesarrollo y su manifestación es frecuente antes de la edad adulta. Los trastornos por uso de sustancias no son una excepción. En el caso de estos trastornos el efecto es doble, porque al de un cerebro en neurodesarrollo que precipita un abuso de sustancias se superpone el efecto nocivo que dichas sustancias tienen en el desarrollo normal del cerebro. El círculo vicioso puede cerrarse con el papel mantenedor que dichos efectos en el cerebro pueden producir.

El fenotipo resultante de un anormal desarrollo cerebral puede plasmarse en muy diversos trastornos y estadios. Además, la patoplasticidad cerebral hace que la forma de expresión varíe en función de múltiples variables. Una de las más importantes es la edad, que modula la expresión

de un neurodesarrollo alterado. Por ello, la aparición de forma secuencial o concomitante de varias patologías es la regla más que la excepción a estas edades de la vida. La irrupción de un trastorno de uso de sustancias condiciona el abordaje terapéutico de cualquier menor que tenga alguna otra patología psiquiátrica. Por la prevalencia de estos trastornos, por sus implicaciones pronósticas en la vida de una persona y por las dificultades en el tratamiento, se hace recomendable que un grupo de expertos sintetice, bajo el prisma de su experiencia clínica, este complejo tema de patologías complejas. La revisión crítica de la literatura científica sobre este tema arroja luz para iluminar la práctica clínica de las personas que ven a pacientes con estas patologías. A la vez que nos refuerza lo mucho que queda aún por conocer para ayudar a las personas que los padecen, a sus familias y a la sociedad en general.

---

### Celso Arango

Director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Doctor en Medicina y Especialista en Psiquiatría Legal por la Universidad Complutense de Madrid, Profesor Titular de Psiquiatría en la Universidad Complutense de Madrid, Catedrático de Psiquiatría en la School of Medicine de la University of Maryland (EEUU) y Catedrático de Psiquiatría en la University of California de San Francisco (UCSF), también en EEUU.



# 1. Introducción

La adolescencia constituye un periodo evolutivo en el que la predisposición biológica promueve la experimentación de nuevas actividades sociales, ajenas al entorno familiar y escolar, que permiten la consolidación de una identidad y la transición hacia la autonomía en la edad adulta. En este contexto, la experimentación con sustancias psicoactivas o la transgresión de normas sociales pueden constituir vías para la autoafirmación y la adquisición de identidad grupal. Sin embargo, estas conductas pueden suponer un riesgo importante para la salud física y psíquica de los individuos, especialmente para aquellos que presentan una mayor vulnerabilidad individual, ambiental o constitucional.

Entre los elementos que confieren vulnerabilidad a esta edad para el desarrollo de hábitos de consumo

de sustancias, además de la presión grupal, merece especial atención la presencia de psicopatología concurrente (bien se exprese ésta antes de la problemática de consumo, como consecuencia de ella o como resultado de una vulnerabilidad común). Los estudios epidemiológicos en población adolescente que inicia tratamiento por trastornos por uso de sustancias (TUS) reflejan que entre el 60 y el 88% de los casos presentan, al menos, otro diagnóstico psiquiátrico comórbido, resultando de esta forma que la gran mayoría de los adolescentes en tratamiento por TUS constituyen casos de patología dual (Chan et al., 2008). Esto implica, al igual que en el paciente dual adulto, la necesidad de un enfoque terapéutico integrado de ambos trastornos.

## 2. Epidemiología del consumo y de los trastornos por el uso de sustancias en población adolescente

### 2.1. Epidemiología del consumo en adolescentes

Estudios epidemiológicos realizados en los últimos años en países norteamericanos y europeos apuntan hacia una disminución o estabilización en algunos indicadores de consumo de sustancias psicoactivas entre los adolescentes (Hibell et al., 2012). Los mismos datos, en comparación con los disponibles de décadas previas, muestran una tendencia hacia la uniformidad en los patrones de uso de alcohol entre los diferentes países, con consumos intensivos en cortos periodos de tiempo durante el fin de semana. Por otro lado, el consumo diario de marihuana ha alcanzado en los últimos años su punto álgido con respecto a las últimas tres décadas.

Con respecto a España, la prevalencia de consumo de sustancias como el cannabis o la cocaína por parte de adolescentes y adultos jóvenes se encuentra entre las más altas de Europa (EMCDDA, 2015) (Figuras 1 y 2).

Atendiendo a los últimos datos disponibles en España sobre consumo de sustancias en población escolarizada de 14 a 18 años, las sustancias más consumidas por los estudiantes en el año 2012 fueron el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 31% de los adolescentes se había emborrachado alguna vez en el

último mes y la prevalencia de consumo de cannabis diario se situaba en un 3,8% en los chicos y en un 1,5% en las chicas. El consumo del resto de sustancias ilegales era minoritario, situándose entre el 1% (heroína) y el 3,6% (cocaína) los estudiantes que las habían probado alguna vez. Sin embargo, es de destacar que la proporción de estudiantes que había tomado alguna vez hipnosedantes era del 18% (8,9% sin receta médica) y que el 6,6% los había tomado en los últimos 30 días (3,4% sin receta). El análisis de los datos desde una perspectiva longitudinal, al comparar los del año 2012 con los de años precedentes, indica una reducción en el consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso de la cocaína. Sin embargo, como aspectos negativos se mantiene la exposición a edades tempranas a sustancias con gran poder adictivo, como la heroína y otros opiáceos. Se observa además que en el caso del cannabis se rompe la tendencia decreciente que comenzó en 2006 y el nivel de consumo diario se estabiliza. En términos evolutivos, se observa que la sustancia psicoactiva más popular, el alcohol, se encuentra más generalizada entre los jóvenes que en años anteriores. Por último, la aparición en los últimos años de nuevos patrones de utilización de nuevas sustancias, como los hipnosedantes, cannabinoides sintéticos y endógenos, requerirá un seguimiento y control más cercano en el futuro (Observatorio Español sobre Drogas, 2012) (Figura 3).

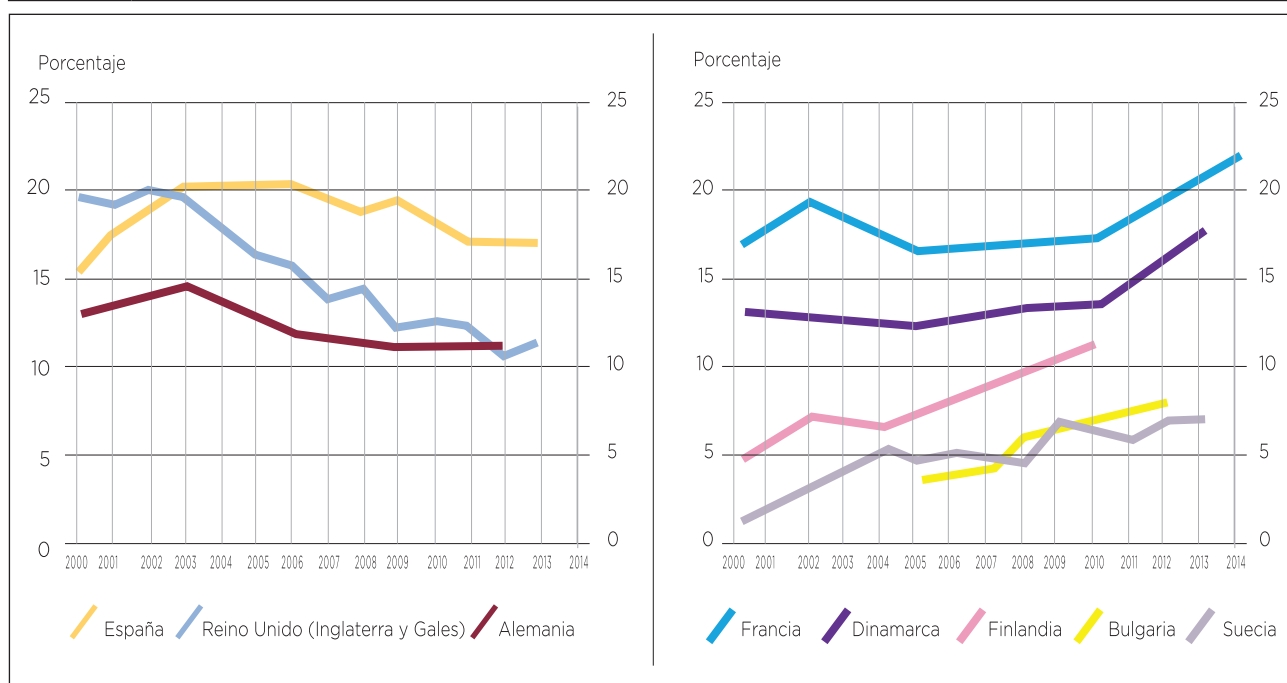
## 2.2. Epidemiología de los trastornos por el uso de sustancias y la patología dual en adolescentes

Además de escasos, los datos referentes a la caústica de TUS en adolescentes de nuestro entorno probablemente no son representativos de la población general, ya que se refieren a los pacientes que demandan tratamiento en centros especializados. Según la última memoria del Plan Nacional sobre Drogas, la demanda de asistencia por problemas asociados al consumo de cannabis en población menor de 18 años ha ido aumentando progresivamente desde 1996 hasta 2015, constituyendo la razón principal de demandas de tratamiento por TUS en esta población (EMCDDA, 2015). Informes de la administración norteamericana indican que los TUS más comunes en esta etapa tienen relación con el alcohol, el cannabis y el tabaco, mostrándose frecuentemente un patrón de policonsumo problemático de las tres sustancias. Globalmente, la prevalencia de trastornos por uso de alcohol o sustancias ilegales en adolescentes de 12 a 17 años registrada en el año 2013 fue del 5,3%, igual en ambos sexos. En la población de 18 a 25 años, este porcentaje ascendía hasta el 11,4%, en varones y el 5,8% en mujeres. Se estima que sólo el 9,1% de los sujetos de 12 a 17 años de edad que necesitaban tratamiento por un TUS relacionado con el alcohol o con sustancias ilegales recibían asistencia un centro especializado, un dato que aunque preocupante es menos alarmante que las estimaciones de informes previos (SAMHSA, 2013).

Con referencia a la prevalencia de patología dual en adolescentes, los datos presentan una amplia variabilidad, dependiendo del dispositivo en el que hayan sido reclutados los pacientes. La mayoría de los estudios en este campo se han realizado en muestras de pacientes ingresados en unidades de psiquiatría, llegando a comunicarse tasas de TUS que alcanzan el 70% (Niethammer y Frank, 2007). En cambio, los estudios en pacientes en seguimiento ambulatorio por un trastorno psiquiátrico muestran una tasa de TUS asociada de entre el 10 y el 16%. En un estudio reciente en España, la tasa de TUS en adolescentes que iniciaban tratamiento en un servicio de salud mental ambulatorio se situó en el 13,9% (excluyendo el tabaco), aunque el porcentaje ascendía a 24,6% si se añadían los adolescentes que, aun no cumpliendo estrictamente los criterios del DSM-IV necesarios para diagnosticar un TUS, tenían un patrón de alto riesgo en el uso de sustancias adictivas (Díaz et al., 2011). Desde la perspectiva inversa, entre el 60 y el 88% de los adolescentes que inician seguimiento por TUS en recursos comunitarios tienen alguna otra condición psiquiátrica (Chan et al. 2008).

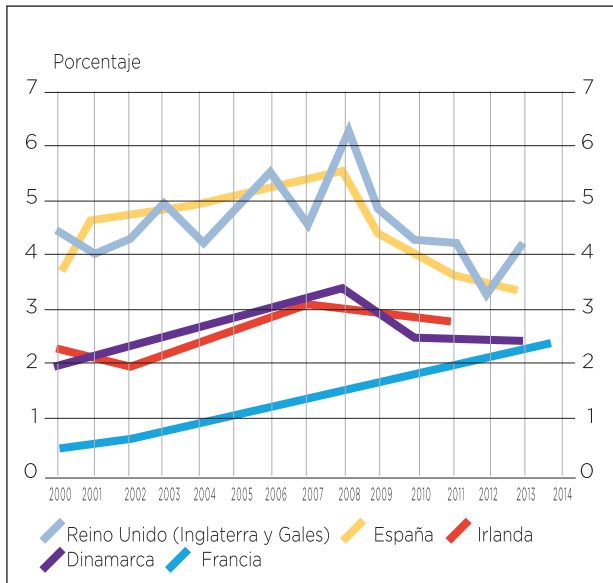
Los trastornos mentales que muestran mayor concurrencia con los TUS en adolescentes son, de mayor a menor frecuencia, los trastornos por conducta disruptiva, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los del estado de ánimo y los trastornos por estrés postraumático. Algunos estudios de adolescentes con TUS han encontrado que, en comparación con los chicos, las chicas tienden a mostrar más síntomas internalizantes (depresión,

**Figura 1. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en jóvenes adultos de 15 a 35 años en diferentes países de la Unión Europea. Informe EMCDDA, 2015.**





**Figura 2.** Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en el último año en jóvenes adultos de 15 a 35 años en diferentes países de la Unión Europea. Informe EMCDDA, 2015.

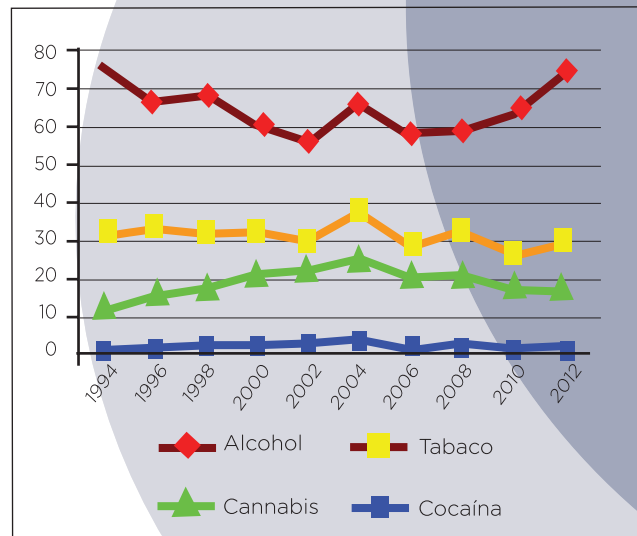


ansiedad, baja autoestima), con frecuencia relacionados con experiencias traumáticas, mientras que los síntomas externalizantes (agresividad, antinormatividad) serían un factor común para ambos sexos (Poulin et al., 2005).

Las aproximaciones más aceptadas a la etiopatogenia de la patología dual en la adolescencia provienen de la perspectiva de modelos evolutivos de diátesis-estrés biopsicosocial, según los cuales el inicio y el desarrollo de la adicción y otros trastornos mentales comórbidos resultaría de la interacción recíproca entre factores de vulnerabilidad individual y factores ambientales a lo largo de toda la evolución ontogenética. En realidad, las causas que conducen al fenómeno dual pueden ser múltiples y no excluyentes, y siempre interaccionarían entre sí de forma compleja e individual (Sloboda et al., 2012). De acuerdo con estos modelos, iniciar el consumo de sustancias psicoactivas en los primeros años de la adolescencia comporta una serie de riesgos añadidos con respecto a edades posteriores (Tabla 1).

A su vez, si bien la vulnerabilidad individual debida a factores genéticos y constitucionales (metabolismo, temperamento, psicopatología) es fundamental en la progresión desde el inicio del consumo ha-

**Figura 3.** Evolución de la prevalencia de consumo de diferentes sustancias durante los últimos 30 días en jóvenes de 14 a 18 años escolarizados en España en el periodo 1994-2012. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES 2012). Dirección General para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.



cia la adicción, determinados factores ambientales (familia, disponibilidad de la sustancia, presión de grupo) ejercen un papel más relevante en las fases iniciales del consumo. Los factores ambientales difieren en función del contexto social, económico y cultural, por lo que la prevalencia de consumo de las diversas sustancias psicoactivas en la población adolescente es altamente variable entre los diferentes países y también en el transcurso del tiempo.

Desde el punto de vista de la aproximación diagnóstica y terapéutica al paciente dual adolescente, es fundamental identificar qué factores de riesgo y protección están implicados en cada caso concreto, con el fin de determinar el plan de intervención, sea terapéutica o preventiva, así como las estrategias más apropiadas. En la Tabla 2 se recogen los factores más claramente reproducidos en diferentes investigaciones.

### 3. Hipótesis etiológicas y factores etiopatogénicos: vulnerabilidad ambiental y constitucional en el desarrollo del trastorno dual precoz

#### 3.1. En el desarrollo del trastorno dual adolescente, ¿qué aparece primero?

La interacción negativa entre factores etiopatogénicos diversos (individuales, genéticos-constitucionales, ambientales, derivados del propio desarrollo durante la adolescencia) pueden manifestarse aun con mayor intensidad en el caso de jóvenes vulnerables a desarrollar trastornos psiquiátricos, lo que supone que los riesgos de las sustancias se multipliquen. En estos jóvenes, el simple consumo recreativo de sustancias puede desencadenar crisis, empeorar o cronificar los síntomas psiquiátricos subyacentes, favorecer comportamientos auto o heteroagresivos o conductas sexuales de riesgo, facilitar el incumplimiento de los tratamientos farmacológicos, producir efectos sinérgicos impredecibles al interactuar con la medicación habitual, o conducir a una adicción más rápidamente.

En ese contexto de desarrollo precoz de una patología dual, no siempre es fácil discernir cuál de los dos tipos de trastornos emerge primero, si inician su desarrollo a la vez y si se influyen (o no) entre sí, aunque en estas edades con mayor frecuencia se describen síntomas de trastornos mentales previos al inicio del consumo. Al igual que en el paciente dual adulto, existen diversos modelos explicativos o aproximaciones causales con referencia a la aso-

ciación entre el TUS y los otros trastornos mentales, que son aplicables a la edad adolescente. Una adecuada entrevista que profundice en la cronología de aparición de los diferentes síntomas -cosa que no resulta fácil- puede permitir discernir qué modelo es aplicable en cada caso particular, lo cual puede ser de gran utilidad para diseñar un abordaje terapéutico individualizado.

#### 3.2. Modelos etiológicos de vulnerabilidad a la patología dual en adolescentes

La compleja interacción entre los múltiples factores constitucionales y ambientales que pueden intervenir en el desarrollo de trastornos duales en adolescentes ha sido elaborada a través de diversos modelos etiológicos. Estos modelos permiten explicar cómo algunos niños y adolescentes presentan determinadas características temperamentales, cognitivas o comportamentales que les predisponen a consumir sustancias, o bien a desarrollar un consumo problemático una vez que se han expuesto a ellas. La mayoría de los modelos presuponen que los TUS y otros trastornos mentales comparten mecanismos etiológicos biopsicosociales (Hines et al., 2015).

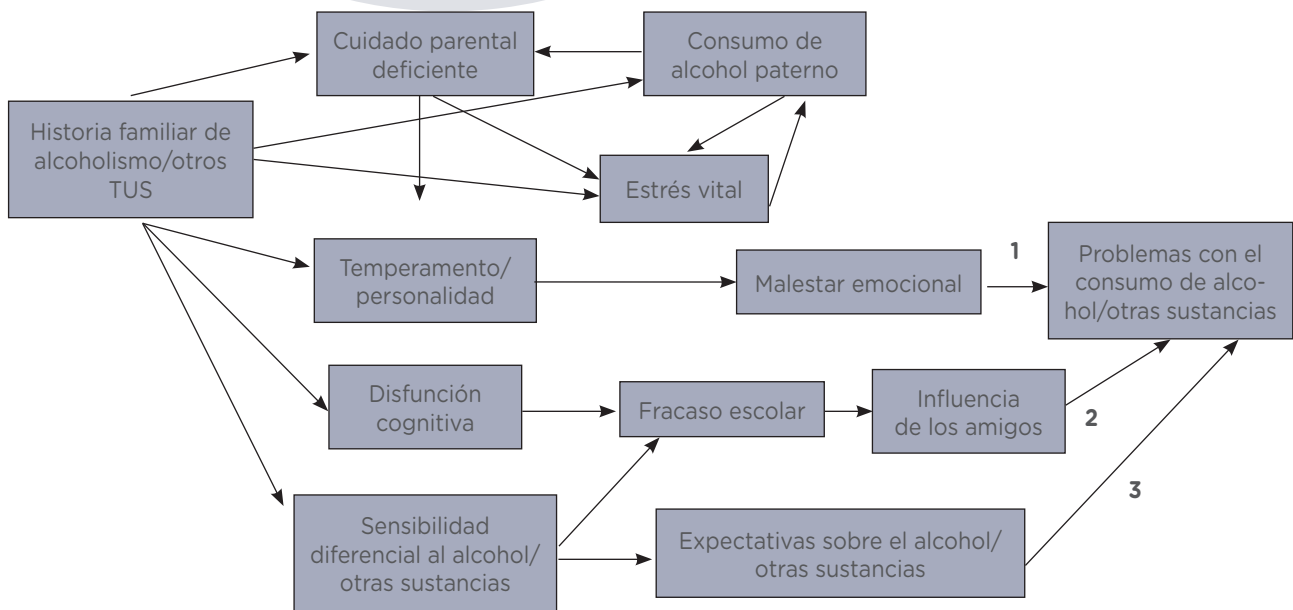
**Tabla 1.** Características del adolescente que influyen en el desarrollo de trastornos por uso de sustancias

Aspectos relevantes con respecto al consumo de sustancias en adolescentes
<b>Neurobiología del desarrollo adolescente:</b> sobreactivación de los sistemas cerebrales orientados a la experimentación y búsqueda de sensaciones frente a inmadurez de los sistemas de autorregulación y control cognitivo.
<b>Autoconfianza del adolescente:</b> menor receptividad a recomendaciones de adultos, sobrestimación de su capacidad de control, minimización de riesgos.
<b>Consumo guiado por las expectativas más que por los efectos reales de las sustancias:</b> persistencia en el consumo hasta alcanzar los efectos esperados.
<b>Presión de grupo:</b> tendencia a atribuirse como propias las conductas y actitudes del grupo de iguales, especialmente durante la adolescencia temprana y media. La aprobación de los iguales activa zonas del SNC similares a las de otras recompensas no sociales.
<b>Plasticidad del SNC:</b> la inmadurez del sistema lo hace más vulnerable a efectos tóxicos y a experiencias de refuerzo. El consumo precoz de sustancias impide el aprendizaje de estrategias de afrontamiento apropiadas.

SNC: sistema nervioso central.



**Figura 4.** Modelo de vulnerabilidad para el alcoholismo familiar: 1. Vía del afecto negativo. 2. Vía de la desviación social. 3. Vía del refuerzo aumentado. Modelo simplificado, modificado de Sher, 1991.



propone que algunos factores genéticos podrían influir por medio de mecanismos neurobiológicos en el desarrollo de disfunciones cognitivas y/o temperamentales, que ocasionarían ya en la infancia problemas de conducta y dificultades escolares que facilitarían el contacto precoz con grupos de consumidores. La segunda vía es la del afecto negativo, que sugiere que, también debido a razones genéticas y del ambiente familiar, algunos niños tendrían dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de estrés, mostrando mayor predisposición a utilizar el alcohol (u otras sustancias) para aliviar su malestar emocional. La tercera vía es la del refuerzo aumentado, según la cual algunos individuos desarrollarían una respuesta farmacodinámica cerebral particular a algunas sustancias, que harían su consumo más atractivo o reforzador, aumentando así la probabilidad de abuso y posterior adicción. Las tres vías han sido validadas a través de modelos de ecuación estructural, e interaccionarían entre sí de forma compleja para determinar la trayectoria particular de cada individuo en el desarrollo de trastornos mentales y problemas relacionados con el alcohol u otras sustancias en función de las relaciones entre los factores concretos que intervengan así como de la intensidad de estas relaciones, habiéndose desarrollado incluso instrumentos para medir el grado de vulnerabilidad de cada individuo (Schuckit et al., 2006).

### El modelo de desinhibición neuroconductual del grupo CEDAR. T

arter y otros investigadores del Grupo CEDAR (Center for Education and Drug Abuse Research), fundado en 1989 por el NIDA (National Institute of Drug Abuse) para explorar la trayectoria ontogénica de las adicciones, desarrollaron una aproximación a los factores neurocognitivos implicados en el desarrollo de la patología dual precoz basándose en estudios prospectivos. El constructo elaborado, denominado “desinhibición neuroconductual”, atribuye la presencia de déficit en la inhibición de respuesta y otras funciones ejecutivas, así como en la regulación de la conducta y las emociones, a una disfunción en la actividad del córtex prefrontal y los circuitos asociados. Estos aspectos constituirían un componente nuclear en la etiopatogenia de los trastornos mentales externalizantes, como el TDAH y otros trastornos de conducta, así como en la vulnerabilidad al TUS (Kirisci et al., 2015).

### El modelo del síndrome de déficit de recompensa.

Otro de los factores de predisposición genética que se ha sugerido como posible origen de la patología dual consiste en la hipoactivación del circuito motivacional (núcleo accumbens y área ventral tegmental), también llamada “síndrome de déficit de recompensa”, que podría generar en el individuo

el deseo de compensar ese déficit por medio del consumo de sustancias o de actividades excitantes o gratificantes (Volkow y Baler, 2013; Hammond et al., 2014). Esta disfunción se expresaría a través de la vulnerabilidad a múltiples procesos adictivos, además de predisponer hacia dificultades en el control de impulsos.

#### **Modelos evolutivos.**

Algunos modelos etiológicos sobre el desarrollo precoz de patología dual hacen referencia específicamente a aspectos evolutivos que modulan la presentación de los diversos factores de riesgo en diferentes momentos de la vida. Uno de ellos es el “Modelo Comprehensivo de Aprendizaje Social Multifásico”, de Kaplow et al. (2002), que explica el consumo de sustancias en adolescentes integrando

diversos factores individuales, familiares y sociales de otros modelos, y propone una tipología de riesgo en función del predominio de síntomas externalizantes o internalizantes. Asimismo, distingue dos tipos de consumidores de sustancias, según si este consumo se inicia en la preadolescencia o en la adolescencia. Los autores proponen que en el primer caso habría mayor influencia de la genética y del ambiente familiar, mientras que en el segundo influiría más el entorno social (amigos, factores culturales). En general, los modelos más recientes ilustran las complejas vías a través de las cuales interaccionan los diferentes factores de riesgo de transmisión intergeneracional de trastornos duales, incorporando aspectos evolutivos y culturales y diferencias de género, que pueden tener gran utilidad a la hora de diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas.

## **4. Clínica de la patología dual precoz: perspectivas categoriales y dimensionales**

Al igual que en el adulto, la aproximación a la clínica de los trastornos psiquiátricos en el adolescente puede partir de dos visiones no contrapuestas ni excluyentes: una perspectiva categorial, en la que se amparan entre otras las actuales clasificaciones CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA, 2013) y que identifica trastornos y categorías diagnósticas específicos, y una perspectiva dimensional, acorde a un análisis y descripción de las interrelaciones entre signos, síntomas o conductas que propone una visión según la cual estos fenómenos se distribuyen sin solución de continuidad ni límites definidos. Si bien no existe aún un acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar los trastornos psicopatológicos de la infancia y adolescencia, resulta útil (aunque en parte reduccionista) el modelo desarrollado por Achenbach y Edelbrock (1978). Estos autores identificaron dos grandes dimensiones psicopatológicas en la infancia y la adolescencia, denominadas internalizante y externalizante, a lo largo de las cuales varían los síntomas de los trastornos mentales. La dimensión internalizante hace referencia al malestar emocional que deriva en conductas que el sujeto dirige hacia sí mismo, tales como el aislamiento o la evitación; los trastornos de ansiedad y la depresión serían la expresión de estos problemas. La dimensión externalizante comprende conductas dirigidas hacia el entorno, como la agresión, el desafío o la antinormatividad; los tras-

tornos de conducta son aquí la expresión categorial de los signos y síntomas. Aparte de estas elaboraciones, e independientemente de la aproximación a la sintomatología –categorial o dimensional–, la adolescencia comprende una etapa de transición en el psiquismo, por lo que la observación y evaluación clínica debe a su vez tener en cuenta una perspectiva de desarrollo.

### **4.1. Trastornos externalizantes, trastornos por conducta disruptiva**

Los trastornos por conducta disruptiva, epígrafe bajo el cual la clasificación DSM (tanto en su versión anterior DSM-IV-TR como en la más reciente edición DSM-5) integra el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno de conducta (TC) y el TDAH, constituyen el grupo de diagnósticos más frecuentes en adolescentes con TUS (APA, 2013). La prevalencia media de estos trastornos en muestras comunitarias de adolescentes con TUS es del 46%, aunque en otros estudios se sitúa incluso en el 66% (Chan et al., 2008). Estos trastornos se caracterizan por la presencia de comportamientos como la hiperactividad, el negativismo, los desafíos, las agresiones verbales y físicas o la delincuencia manifiesta, entre otros.



### 4.1.1 Trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante

La clasificación DSM-5, y su predecesora, la DSM-IV-TR, diferencian estos dos trastornos pese al frecuente solapamiento sintomático entre ambos, algo que sugiere que comparten algunas características etiopatogénicas. Ambos trastornos (TND y TC) constituyen el principal diagnóstico asociado en su conjunto vinculado a los TUS en el adolescente. La medida en que en ese *continuum* subyacen factores fisiopatológicos comunes, genéticos-constitucionales y/o ambientales sigue siendo objeto de análisis. Modelos actuales sobre constructos neurobiológicos explicativos de la adicción a sustancias en el adulto encuentran un paralelismo en lo concerniente a posibles disfunciones (déficits en la inhibición de respuesta o en la atribución de relevancia), que también se identifican entre los factores de vulnerabilidad de las conductas externalizantes. Estos rasgos fenotípicos podrían expresarse en fenómenos conductuales como perturbaciones en la autorregulación de la ira y la impulsividad, que pueden iniciarse o mantenerse por una amplia variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales. Finalmente, y posiblemente como expresión de bases fisiopatológicas comunes, se acepta asimismo que la relación entre los TUS y las conductas externalizantes es recíproca, de modo que cada uno exacerba la expresión del otro, y su concurrencia ensombrece el pronóstico de cada trastorno por separado. A su vez, estudios longitudinales han establecido que la presencia de un TC de inicio en la infancia predice un inicio más precoz del consumo de sustancias psicoactivas e incrementa el riesgo de desarrollar TUS (Sung et al., 2004).

### 4.1.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Los estudios epidemiológicos sitúan la prevalencia de TDAH en muestras de adolescentes en tratamiento por TUS entre el 38 y el 57%, lo cual da una idea de la relevancia de esta asociación. Esta relación lleva a poder considerar el diagnóstico de TDAH en la infancia como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de TUS o bien a considerar que la vulnerabilidad para el consumo de sustancias asociada al TDAH está en realidad modulada por la frecuente presencia de un trastorno de conducta comórbido. Todo ello incide en la compleja interrelación entre las tres principales categorías de trastornos por conducta perturbadora de debut en la infancia (TDAH, TND y TC). Los estudios epidemiológicos identifican una prevalencia en torno al 40-60% de trastornos de conducta comórbidos (TND o TC) en pacientes diagnosticados de TDAH. A su vez, los estudios prospectivos establecen claramente que los casos de TDAH que asocian un TC

tienen una peor evolución, con mayor frecuencia de conductas disociales y de TUS en la adolescencia y la edad adulta (Rutter, 2005). La presencia de ambos trastornos a la vez parece asimismo incrementar el riesgo de evolución a un TUS en mayor medida que cada uno de ellos por separado. Una visión dimensional de las conductas perturbadoras externalizantes permite considerar que la presencia de factores constitucionales (genéticos, neurobiológicos), algunos comunes y otros específicos, que se expresan principalmente en forma de dificultades en la modulación e inhibición de respuestas emocionales, motoras y conductuales, influida por factores ambientales, conducen a la expresión de conductas potencialmente desadaptativas, entre las que se puede llegar a incluir el consumo de sustancias. Las dimensiones de inatención e hiperactividad/impulsividad formarían parte de este constructo de rasgos que definen vulnerabilidad, si bien la mayoría de estudios sitúan la relevancia del papel causal de esos elementos por detrás en importancia del de las dimensiones de agresividad y antinormatividad.

Ante la realidad clínica de un adolescente con problemas por consumo de sustancias, la relevancia del TDAH como factor de vulnerabilidad para el consumo de sustancias y el desarrollo de TUS obliga a descartar o confirmar su presencia por las implicaciones terapéuticas que de ello puedan derivarse.

## 4.2. Trastornos internalizantes, trastornos mixtos de conducta y emociones, y trastorno bipolar

Los trastornos internalizantes de la conducta infantil se refieren a conductas problema, como comportamientos de inhibición, inquietud, evitación, timidez, etc., y su correlato categorial lo forman la depresión unipolar (trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado) y los trastornos de ansiedad. La comorbilidad con patología internalizante en el adolescente con TUS constituye un área de notable interés. En este grupo poblacional resulta frecuente que la preponderancia de conductas disruptivas distraiga la atención del clínico, ocultando la presencia de síntomas significativos de ansiedad y depresión. Esto es comprensible desde una perspectiva de la psicología del desarrollo. En el adolescente, la modulación de las emociones y el afecto es aún inmadura en comparación con el adulto, algo que puede influir en la expresión conductual de estados de labilidad emocional o tristeza. En este sentido, el estudio de Chan et al. (2008) sobre los otros diagnósticos psiquiátricos en pacientes con TUS demostró que la prevalencia de trastornos externalizantes se atenúa con la edad, mientras

**Tabla 3. Características clínicas y factores a considerar en el diagnóstico de la patología dual en adolescentes**

	<b>Clínica</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b>Trastorno de conducta (TC) y trastorno negativista desafiante (TND)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el 55% de adolescentes con trastorno por uso de sustancias.</li> <li>• TC: conductas antinormativas, agresivas y delictivas que representan transgresiones graves de las normas sociales apropiadas a su edad, con violación de las leyes y de los derechos básicos de los otros. El 30-50% evolucionan hacia trastorno de la personalidad antisocial en la edad adulta. Predictores de gravedad y mala evolución: subtipo con déficits en emociones prosociales (DSM-V), inicio precoz, baja socialización.</li> <li>• TND: conducta característica de desafío a la autoridad, negativa a cumplir las demandas de los adultos, culpabilización de los otros, actitudes rencorosas y vengativas. Este patrón de conducta con frecuencia se advierte en TC. Así, el TND constituye en ocasiones una forma moderada de trastorno por comportamiento perturbador que puede anteceder al TC y al trastorno antisocial de personalidad.</li> <li>• Modulación de síntomas en función del género: en las mujeres, menor preponderancia de algunos síntomas (agresividad, destrucción de propiedad), mayor frecuencia de desregulación afectiva e instrumentalización de conducta/emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En base a criterios operativos, entrevistas semiestructuradas o cuestionarios.</li> <li>• El diagnóstico no se basa en la etiología sino en la presencia de un amplio rango de manifestaciones conductuales que pueden representar alteraciones subyacentes muy diferentes. El diagnóstico de un TC, por tanto, puede resultar en ocasiones poco específico con respecto a su naturaleza primaria o su presentación como acompañante de otro trastorno.</li> <li>• Los síntomas de un TC o de un TND pueden ser la manifestación inicial de un trastorno del afecto o una psicosis, o bien pueden estar asociados a una posible comorbilidad con otros trastornos externalizantes (TDAH) o internalizantes (depresión).</li> <li>• Diagnóstico diferencial: en el TC, conducta disocial (agresividad, destrucción de propiedad, fraudulencia o robo, violaciones de normas) de instauración precoz (etapa prepuberal) con un curso crónico y constante.</li> </ul>
<b>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el 38-57% de casos de adolescentes con trastorno por uso de sustancias.</li> <li>• Como trastorno del neurodesarrollo, la semiología evoluciona a lo largo de la vida, con divergencias en la clínica. Durante la etapa puberal y en la transición a la edad adulta, con frecuencia se atenúa el componente motor, y pueden predominar las manifestaciones de desregulación emocional, impulsividad o baja tolerancia a frustraciones. La inatención puede expresarse a menudo como baja persistencia y limitada motivación.</li> <li>• El DSM-5 ha modificado el elemento limitante de la edad en el diagnóstico: no necesario que los síntomas hubieran estado presentes de forma significativa antes de los 7 años de edad; sí establece que el cuadro clínico debe manifestarse antes de la pubertad.</li> <li>• En el 40-60% de casos de TDAH, se asocia un TC o un TND comórbido, dando lugar a un peor pronóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos de la sobreestimación de su prevalencia frente a riesgos de la limitación del acceso a terapéuticas eficaces por no considerar el diagnóstico.</li> <li>• Consideraciones para aumentar la fiabilidad diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- valorar la presencia de síntomas previos al TUS, su cronología, evolución a lo largo del desarrollo y relevancia clínica (incluyendo posibles aproximaciones diagnósticas previas o incluso ensayos terapéuticos);</li> <li>- tener presente que la valoración de los comportamientos asociados al trastorno está muy influida por la percepción en el entorno, la edad y el grado de desarrollo; importancia de evaluación en diferentes ámbitos (familia, escuela, etc.);</li> <li>- la evaluación de los padres podría incluir un cribado (screening) sobre la posible presencia del trastorno en uno de los progenitores, dado su notable factor hereditario, que, en caso de confirmarse, contribuye en parte a la fiabilidad diagnóstica en el probando;</li> <li>- la presencia de consumo activo de sustancias puede distorsionar la presentación del cuadro y dificultar la valoración de síntomas;</li> <li>- es conveniente complementar la información recogida en la entrevista clínica con instrumentos psicométricos de validez contrastada.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Trastorno bipolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el 20-60% de casos de trastorno bipolar con trastornos por uso de sustancias, el inicio ocurre en la adolescencia.</li> <li>• El debut en la adolescencia es atípico; no suele ser en forma de episodio maníaco franco, sino que a menudo se presenta como un período “tormentoso” de duración variable caracterizado por la aparición gradual y tórpida de tentativas suicidas, conducta desinhibida o síntomas psicóticos. Las alteraciones de conducta, como delincuencia, vandalismo y agresividad, son frecuentes, mientras que los síntomas con mayor poder discriminativo lo son menos.</li> <li>• La presencia de episodios breves y recortados de “descarga” afectiva y emocional, con notable agresividad y descontrol de impulsos, es otra característica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comorbilidad del trastorno bipolar con TDAH y otros trastornos externalizantes dificulta el diagnóstico y ensombrece el pronóstico</li> <li>• Existen dificultades en el diagnóstico derivadas de presentaciones clínicas tórpidas y rasgos atípicos (impulsividad, irritabilidad, hipercinesia), que se confunden con otros diagnósticos (TDAH, TC).</li> <li>• Se debe considerar trastorno bipolar si se dan alteraciones de conducta de instauración tardía, más brusca y de curso fluctuante o episódico; importancia de los antecedentes familiares.</li> </ul>
<b>Trastorno depresivo unipolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el 15-30 % de los adolescentes con trastorno por uso de sustancias.</li> <li>• La presencia comórbida de ambos aumenta el riesgo de tentativas suicidas y suicidios consumados</li> <li>• Con mayor frecuencia que en adultos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- antecede al trastorno por uso de sustancias (50% refieren primero depresión);</li> <li>- no remite sólo con la abstinencia.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay riesgo de infraestimación de síntomas depresivos en casos con trastorno externalizante asociado (muy importante sobre todo en mujeres).</li> <li>• Es importante valorar posibles experiencias traumáticas.</li> </ul>

que la de los internalizantes aumentaba. Aun siendo así, el 48% de los adolescentes presentaba al menos otro diagnóstico psiquiátrico internalizante (el 15-30% depresión unipolar). Por tanto, es relevante que ante el adolescente con TUS el clínico aborde de forma exhaustiva la evaluación de posibles síntomas de depresión y malestar emocional. A la vez, la consideración de factores específicos sobre la expresión divergente de los síntomas depresivos en la adolescencia, la coexistencia de conductas internalizantes y externalizantes, o la presencia de un trastorno del afecto bipolar, será fundamental para la correcta orientación diagnóstica.

#### 4.2.1. Trastorno depresivo y trastorno por uso de sustancias

En términos generales, la presentación clínica de la depresión en el adolescente es similar a la del adulto, pero existen algunas diferencias atribuibles a factores evolutivos físicos, emocionales, cognitivos y sociales propios de la edad. Los niños y adolescentes pueden presentar *per se* dificultades en la regulación de emociones y conducta que se expresan en forma de labilidad del ánimo, irritabilidad, baja tolerancia a frustraciones, quejas somáticas o conductas evitativas —e incluso regresivas—. Todo ello puede exacerbarse en el contexto de una depresión y desdibujar el cuadro clínico típico, y más aun si se tiene en cuenta que los síntomas melancólicos son menos frecuentes o pueden igualmente expresarse de forma diferente al adulto.

#### 4.2.2. Depresión y conducta perturbadora

La presencia de diagnósticos comórbidos asociados a la depresión en el adolescente dual es muy prevalente. Es frecuente que se presenten de forma concomitante alteraciones de la conducta, cuya elaboración diagnóstica a menudo es compleja. Como ya se ha mencionado, la presencia de conductas externalizantes en el adolescente deprimido no es infrecuente y puede ser atribuible al propio episodio depresivo. La ausencia de un historial previo de tales dificultades puede guiar el diagnóstico. En otras ocasiones puede asistirse a la presencia de antecedentes de trastorno de la conducta perturbadora, que en el contexto de posibles estresores derivados del mismo (problemas escolares, familiares o interpersonales) y con el concurso de consumo de sustancias converge en la presencia de clínica depresiva. Hasta un 50% de adolescentes que presentan clínica depresiva y consultan por TUS presentan comorbilidad con TC (sobre todo en mujeres), siendo esta población tributaria de una aproximación terapéutica específica, por considerarse una población de riesgo incrementado de conductas autolesivas o suicidio.

#### 4.2.3. Depresión, trastorno por uso de sustancias y trastorno por estrés postraumático

La interrelación entre trauma y TUS es bidireccional, constituyendo la presencia de traumas un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de TUS, a la vez que los problemas por consumo de sustancias incrementan el riesgo de experimentar traumas. Hasta un 25% de adolescentes en tratamiento por TUS presentan un trastorno por estrés postraumático (TEPT). La expresión clínica del TEPT se caracteriza por la presencia de síntomas específicos (pensamientos intrusivos en los que se revive la experiencia traumática, conductas de evitación de diversa índole asociadas a la posibilidad de revivir la experiencia y síntomas que traducen sobreactivación emocional persistente) que se inician tras la experiencia emocional intensa de un suceso traumático. En el adolescente con TUS, la expresión clínica de estos síntomas puede concentrarse en la presencia de depresión, con notables rasgos de atipicidad y desregulación emocional y de la conducta, frente a la cual el profesional puede obviar la influencia de un TEPT concurrente. De ahí la importancia de profundizar en la evaluación del paciente adolescente con TUS respecto a la posible presencia de traumas y clínica de TEPT asociada.

#### 4.2.4. Depresión bipolar frente a trastorno de conducta con depresión comórbida

Si bien la prevalencia de trastorno bipolar en adolescentes en seguimiento por TUS es aparentemente menor que la de otros diagnósticos, no es menos cierto que, al igual que en el paciente adulto, en los adolescentes con trastorno bipolar la presencia de TUS asociado es muy elevada. Los estudios identifican tasas que oscilan entre el 20 y el 32%, demostrando además que el incremento en el riesgo de presentar un TUS en el adolescente bipolar es independiente de la presencia de otros diagnósticos. Por otro lado, el debut clínico en la adolescencia cursa con notable atipicidad. En estas circunstancias, la diferenciación entre trastorno bipolar y trastorno por comportamiento perturbador (con o sin comorbilidad depresiva asociada) puede resultar especialmente difícil. La presencia de impulsividad, irritabilidad, hiperactividad, verborrea, fácil distracción y pobre introspección que ocasionalmente acompañan a los trastornos por comportamiento perturbador de la infancia pueden confundir el diagnóstico, ya que en el trastorno bipolar de la adolescencia son frecuentes la disforia, los estados mixtos y las remisiones incompletas.



## 5. Evaluación

En los pacientes con patología dual a menudo es difícil obtener información fiable y válida respecto al consumo de sustancias y los problemas asociados, especialmente si los pacientes son adolescentes. La preocupación respecto a la confidencialidad de los datos, el sentimiento de culpabilidad de los padres, el temor al rechazo por parte del terapeuta o la distorsión debida a la presencia de otros trastornos psiquiátricos en el paciente o en sus familiares, pueden hacer que se minimicen el consumo y los problemas relacionados o, por el contrario, que se exageren. A fin de superar tales dificultades, Bukstein et al. (2005) y Winters (2006) han elaborado una serie de recomendaciones, especialmente útiles a la hora de evaluar a pacientes adolescentes.

### Fuente de información y confidencialidad.

La información proporcionada por el propio paciente suele ser la más cercana a la realidad, incluso en el caso de los adolescentes, y tanto si se utilizan cuestionarios autoadministrados como entrevistas estructuradas, siempre que el evaluador garantice cierto nivel de confidencialidad y evite una actitud de confrontación, crítica, moralista o enjuiciadora respecto al consumo. Sin embargo, el evaluador debe estar alerta a detalles que indiquen la minimización o maximización del problema de consumo, con objeto de buscar indicadores más objetivos o de utilizar estrategias para abordar adecuadamente la actitud del paciente.

### Nivel de evaluación.

Winters (2006) propone diferenciar entre el cribado (*screening*) y la evaluación exhaustiva (Tabla 4). La aplicación de un test de cribado se debe considerar ante cualquier persona (especialmente adolescentes) que muestre indicadores de consumo de sustancias, a fin de posibilitar el diagnóstico de TUS y la intervención precoz. Sin embargo, el resultado de estos test se debe utilizar con cautela, ya que puede inducir a malentendidos y dar lugar a la estigmatización de la persona como “adicta”, cuando en realidad un resultado positivo sólo indica que se debe realizar una evaluación más exhaustiva para valorar la verdadera gravedad de la situación y, en todo caso, aplicar medidas preventivas.

### Contenidos de la evaluación.

En caso de proceder a una evaluación exhaustiva de los posibles problemas relacionados con el consumo de sustancias, resulta conveniente entrevistar no sólo al paciente, sino también a familiares y otras

personas cercanas. Se debe obtener información de diferentes áreas: historia de consumo para cada sustancia (edad de inicio, patrón y evolución del consumo, síntomas de abuso y/o dependencia fisiológica, períodos de abstinencia, etc.), psicobiografía, anamnesis, psicopatología asociada, factores de riesgo y protección, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, dinámica familiar y escolar o laboral, estilos educativos, actitudes familiares hacia el consumo y consecuencias del consumo en diferentes ámbitos. En ocasiones es preciso realizar exploraciones neuropsicológicas o psicométricas para definir mejor las características los trastornos que presenta el paciente.

### Instrumentos de evaluación.

Existen diversos cuestionarios y entrevistas para evaluar el consumo de sustancias y los problemas asociados, cuya fiabilidad y validez son satisfactorias. Algunos de ellos están traducidos y validados al castellano (véase la Tabla 4). Para el cribado suelen utilizarse cuestionarios autoadministrados, pero una evaluación exhaustiva requiere entrevistas estructuradas que contengan los criterios diagnósticos de los TUS y que evalúen diversos ámbitos psicosociales (uso de drogas, familiar, escolar-laboral, social, legal, psiquiátrico), con el fin de determinar el tipo de intervención necesaria en cada uno de estos ámbitos.

### Pruebas biológicas.

El análisis de fluidos corporales (sangre, saliva u orina) es otra vía de obtención de información respecto al consumo de sustancias. Sin embargo, esta vía también presenta limitaciones, como el hecho de que la obtención de un resultado positivo (aunque sea cuantificado) no permite hacer inferencias precisas respecto a la gravedad del patrón de consumo. Otras limitaciones son la existencia de falsos positivos y falsos negativos, así como la posible manipulación de las muestras por parte del paciente.

### Devolución de resultados.

En el abordaje motivacional de los pacientes con TUS, se hace énfasis en devolver al paciente los resultados de su propia evaluación, procurando a la vez ofrecerle información objetiva sobre las sustancias y sus efectos, así como datos normativos acerca del consumo en la población, con el fin de que sea el propio paciente el que valore la gravedad de su problema y esto le permita decidirse a realizar cambios en su consumo (Sampl y Kadden, 2004).

**Tabla 4** Instrumentos de evaluación del trastorno por uso de sustancias en adolescentes, estén o no adaptados al castellano

Aspectos relevantes con respecto al consumo de sustancias en adolescentes
<p style="text-align: center;"><b>Cribado</b> <i>CRAFFT</i></p> <p style="text-align: center;">Informador: Adolescente, cuestionario autoadministrado Pérez A. y Scoppetta O. El CRAFFT/CARLOS como instrumento para la identificación temprana de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas: Una adaptación al español. <i>Rev Col Psic</i> 2011;20(2):265-74.</p> <p style="text-align: center;"><i>Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS)</i> Informador: Adolescente Moberg DP, Hahn L. The Adolescent Drug Involvement Scale. <i>J Adolesc Chem Depend</i> 1991;2(1):75-88.</p> <p style="text-align: center;"><i>Cannabis Problem Questionnaire in Adolescents (CPQ-A)</i> Informador: Adolescente, cuestionario autoadministrado Fernández S, Fernández JR, García E, Secades R, García G, Barrial S. Spanish adaptation and validation of the Adolescent Cannabis Problem Questionnaire. <i>Adicciones</i> 2012;24(1):41-9.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Evaluación exhaustiva del consumo</b> <i>Teen Addiction Severity Index (Teen-ASI)</i></p> <p style="text-align: center;">Informador: Adolescente y/o familiar; entrevista semiestructurada Díaz R, Castro-Fornieles J, Serrano L, González L, Calvo R, Goti J, Kaminer Y, Gual, A. Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index. <i>Addict Behav</i> 2008;33(1):188-95.</p> <p style="text-align: center;"><i>Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)</i> Informador: Adolescente; cuestionario autoadministrado Mariño MC, González C, Andrade P, Medina ME. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de sustancias. <i>Salud Mental</i> 1998;21(1):27-36.</p> <p style="text-align: center;"><i>Euro Adolescent Drug Abus Diagnosis (Euro-ADAD)</i>. Informador: Adolescente; entrevista semiestructurada Accesible en: <a href="http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9748EN.html">http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9748EN.html</a></p>
<p style="text-align: center;"><b>Evaluación de trastornos psiquiátricos concurrentes</b> <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children (K-SADS)</i></p> <p style="text-align: center;">Informador: Adolescente; entrevista estructurada Ulloa R, Ortiz S, Higuera F, et al. Estudio de fiabilidad interevaluadores de la versión en español de la entrevista K-SADS-PL. <i>Actas Esp de Psiquiatr</i> 2006;34(1):36-40.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Factores de riesgo y protección</b> <i>Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes (FRIDA)</i></p> <p style="text-align: center;">Informador: Adolescente; cuestionario autoadministrado Secades R, Carballo JL, Fernández JR, García O, García E. Cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes (FRIDA). Madrid: TEA Ediciones; 2006.</p>

## 6. Tratamiento

Existe consenso respecto a que el abordaje terapéutico de la patología dual en adolescentes debe seguir un modelo de tratamiento integrado, en el que el problema de consumo problemático y el otro trastorno psiquiátrico se aborden de forma paralela y altamente coordinada. Sin embargo, el uso de modelos integrados es más costoso económicamente y difícil de implementar debido a la

tradicional separación entre los dispositivos asistenciales para los TUS y los otros trastornos mentales. Una propuesta para superar estas barreras supondría desarrollar programas con diferente grado de integración entre ambos tipos de dispositivos asistenciales, dependiendo de la gravedad de ambos tipos de trastornos (Hawkins, 2009) (Figura 5).

**Figura 5.** Lugar de atención y grado de integración entre los centros de atención a los trastornos por uso de sustancias y los centros de salud mental en los programas de atención al adolescente dual. Adaptado de SAMHSA, 2002.



La realidad, sin embargo, es que apenas hay programas integrados diseñados específicamente para pacientes duales adolescentes; la mayoría consisten en adaptaciones de programas para adultos con patología dual que incorporan el abordaje de las dificultades específicas de la población adolescente (Tabla 5) (basado en Libby y Riggs, 2005; Najavits et al., 2006; Barnett et al., 2012; Foster et al., 2010; Godley et al., 2014; Kaminer y Godley, 2010).

## 6.1. Recomendaciones clave en el tratamiento del trastorno dual adolescente

Varios modelos de intervención terapéutica en el TUS en adolescentes, con o sin patología dual, cuentan con considerable apoyo empírico. Sin embargo, la mayoría de estudios muestran resultados modestos en cuanto al abandono del consumo o la remisión completa de los síntomas, así como dificultades para mantener los resultados a lo largo del tiempo o generalizarlos a los diferentes ámbitos psicosociales afectados (Bukstein et al., 2005;

**Tabla 5** Dificultades específicas en la intervención en trastornos por uso de sustancias en adolescentes

<p><b>Motivación intrínseca por el cambio limitada:</b> los adolescentes difícilmente acuden por sí mismos a consulta, y tienden a desvincularse de los dispositivos de asistencia debido a su falta de conciencia de problemas, su baja percepción del riesgo, su rebeldía, su desconfianza de los adultos y su sensación de omnipotencia y de control sobre las sustancias. Incluso cuando se logra su vinculación al tratamiento, a menudo se debe aceptar como objetivo inicial de la intervención una disminución del consumo en lugar de la abstinencia.</p>
<p><b>Policonsumo frecuente:</b> especialmente en los adolescentes con patología dual, lo que dificulta el abordaje terapéutico.</p>
<p><b>Psicopatología comórbida:</b> suele aumentar la resistencia a la intervención, lo que aumenta la necesidad de apoyarse en la familia u otros agentes sociales, con el fin de imponer cierta autoridad para proteger la salud física y mental de los menores, e incluso procurar el tratamiento obligatorio si es necesario.</p>
<p><b>Agregación de factores de mal pronóstico:</b> entorno familiar multiproblemático y poco colaborador, vinculación con grupos de alto riesgo, situaciones de exclusión social, presencia de antecedentes familiares de adicción y otros trastornos mentales, etc.</p>
<p><b>Dificultades en el manejo de la confidencialidad y del derecho a la autonomía</b> del paciente menor de edad, lo que ocasiona problemas para el acceso de estos pacientes a tratamiento.</p>
<p><b>Escasa coordinación entre los dispositivos de atención a la infancia y la adolescencia</b> (escuela, servicios sociales, servicios de salud mental y sanitarios, justicia juvenil, etc.).</p>
<p><b>Insuficientes recursos:</b> especialmente comunitarios, centros de día y residenciales.</p>

Hawkins, 2009). Algunas páginas web del NIDA, la SAMHSA y el EMCDDA (citadas al final de las referencias bibliográficas) permiten acceder a los manuales de algunos programas para su óptima implementación. El análisis de los elementos comunes de los modelos de intervención más efectivos permite ofrecer una serie de recomendaciones que pueden ser consideradas “elementos clave” en el abordaje biopsicosocial del adolescente con patología dual (Hogue et al., 2014; Hawkins, 2009) (véase Tabla 6).

## 6.2. Plan terapéutico

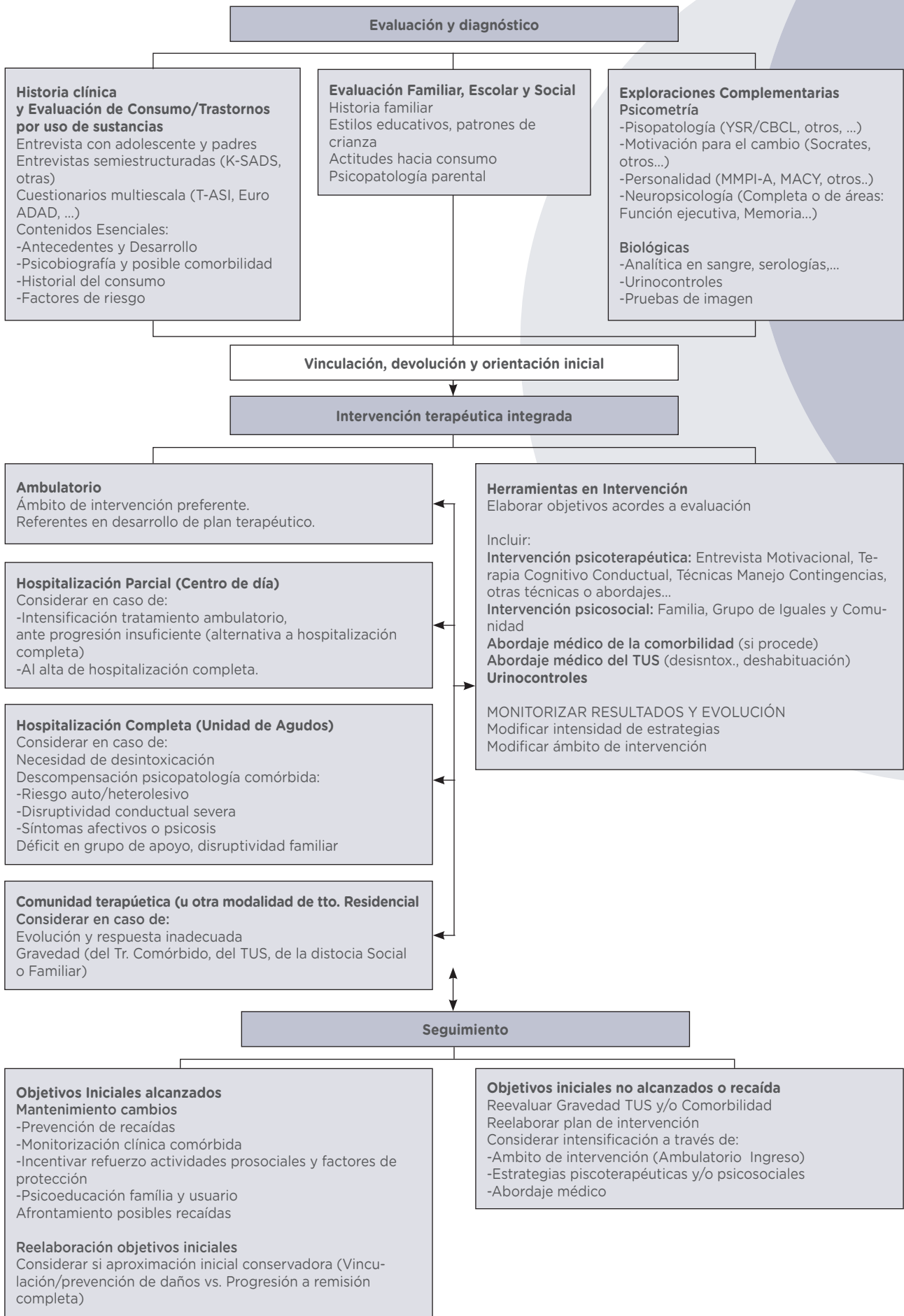
La complejidad y heterogeneidad clínica del paciente dual adolescente obliga a planificar un itinerario terapéutico flexible e individualizado, un “traje a medida” que a su vez incorpore todos aquellos elementos de eficacia contrastada. En la Figura 6 se resumen los diferentes pasos del itinerario terapéutico, integrados en base a protocolos basados en la evidencia científica (Hogue et al., 2014; Godley et al., 2014; Bukstein et al. 2005).

**Tabla 6** Elementos clave en el abordaje del trastorno dual adolescente

<p><b>Énfasis en la detección precoz y en la intervención preventiva</b>, facilitando la utilización de protocolos de detección de primeros consumos y síntomas de TUS, de síntomas de psicopatología y factores de riesgo por parte de los profesionales que están en contacto diario con la población infantil y adolescente. Debido a que los menores son más sensibles al efecto del estigma que supone ser etiquetado como “adicto” o “enfermo mental”, es deseable que la intervención preventiva se desarrolle en un ámbito lo más normalizado posible. Para una revisión sobre las intervenciones preventivas véase Díaz (2009).</p>
<p><b>Uso de programas escalonados</b>, en los que la intensidad de la intervención y los recursos se adecua a la gravedad de los problemas, desde la intervención preventiva en las escuelas, el abordaje ambulatorio o en centros de día con niveles variables de intensidad, hasta el ingreso hospitalario o el tratamiento residencial en casos de alta complejidad psicopatológica o psicosocial.</p>
<p><b>Necesidad de estrategias de vinculación inicial y creación de una adecuada alianza terapéutica</b> para facilitar la continuidad del tratamiento. El terapeuta debe mostrar preocupación e interés sincero por los problemas del paciente (p.ej.: malestar emocional, problemas académicos o de convivencia) y no adoptar un estilo confrontativo ni coercitivo con respecto al consumo. De hecho, en fases iniciales puede ser necesario un acercamiento a la problemática centrado en otras demandas, para progresar después hacia objetivos relacionados con la modificación de los hábitos de consumo.</p>
<p><b>Evaluación exhaustiva de cada caso</b>: la complejidad clínica en los casos de TUS en adolescentes hace necesario recoger información en múltiples áreas y a través de varios informantes. A la vez y de acuerdo con la filosofía del abordaje motivacional, resulta especialmente útil devolver al joven los resultados de su propia evaluación, procurando a la vez ofrecerle información objetiva sobre las sustancias y sus efectos. La integración de información guiará el planteamiento de objetivos de tratamiento realistas, individualizados, a corto y largo plazo, consensuados con el paciente y buscando el compromiso entre el propio paciente, el terapeuta y la familia.</p>
<p><b>El tratamiento debe ser integrado</b>, atendiendo a la vez al TUS y a los otros trastornos y necesidades del paciente, combinando de forma muy coordinada diferentes estrategias (sanitarias, farmacológicas, psicoterapéuticas, psicosociales) en diferentes formatos (individual, grupal, familiar, comunitario). Es necesaria la figura de referente del caso, responsable de la coordinación del equipo multidisciplinar..</p>
<p><b>El abordaje psicoterapéutico constituye el elemento clave</b> de la intervención. Diversas técnicas han demostrado efectividad y deben combinarse y adaptarse de forma individualizada a cada paciente para alcanzar resultados óptimos (véase Tabla 8).</p>
<p><b>Valoración de la necesidad de tratamiento psicofarmacológico</b>, tanto de los trastornos vinculados al consumo como de los otros trastornos psiquiátricos (primarios o inducidos). Es preferible iniciar los tratamientos farmacológicos en el contexto de abstinencia, pero en ocasiones no es posible esperar, debido a la gravedad de los síntomas.</p>
<p><b>Necesidad de programas de intervención flexibles e individualizados</b>, que permitan cambios en función de los resultados. Los terapeutas deben ser capaces de tolerar frustraciones y oscilaciones en el proceso terapéutico y estar disponibles para atender situaciones de crisis y adaptarse a las necesidades individuales cambiantes.</p>
<p><b>Los programas deben considerar un periodo de seguimiento prolongado</b>: los procesos terapéuticos en el TUS progresan a menudo de forma cíclica, con avances, retrocesos y recaídas. El terapeuta debe concienciar al paciente y a sus familiares de estas dificultades y enfatizar la importancia de la adherencia al tratamiento durante un tiempo prolongado, incluyendo la monitorización de síntomas y del consumo, así como estrategias de prevención de recaídas en uno o ambos trastornos. También es importante establecer seguimientos a largo plazo para abordar la posible cronicidad de estos trastornos, así como supervisar la vinculación a otros servicios al alcanzar el paciente la mayoría de edad.</p>
<p><b>La coordinación del programa con los recursos comunitarios y la creación de una red de apoyo social es esencial</b> para vincular al paciente con su entorno familiar, académico, laboral y/o social, así como con actividades de ocio saludable.</p>

TUS: trastorno por uso de sustancias.

**Figura 6. Esquema del plan de intervención en patología dual en adolescentes**





### 6.3. Intervención psicoterapéutica y psicosocial

La intervención psicoterapéutica es el elemento clave en el abordaje del trastorno dual adolescente. En ella se debe procurar la combinación adecuada e integrada de diferentes técnicas con eficacia contrastada que permitan abordar las dificultades particulares que presenta cada paciente. Varios modelos de tratamiento psicoterapéutico han sido reconocidos en diversas guías clínicas como efectivos o prometedores (Hawkins, 2009; Winters et al. 2014). En la Tabla 7 se describen brevemente las técnicas más recomendadas. Para una revisión más completa, véase Goti et al. (2014).

Con respecto a la intervención psicosocial, en los adolescentes con trastorno dual conviene facilitar la vinculación con familiares y amigos no consumidores, así como la implicación en actividades prosociales y lúdicas incompatibles con el uso de sustancias (deportes, voluntariado, talleres ocupacionales, etc.). Para ello resulta conveniente la intervención de trabajadores y educadores sociales, que pueden ayudar en la orientación laboral, la búsqueda de empleo o de actividades de ocio saludable, o bien tramitar ayudas sociales o establecer contacto con servicios judiciales.

### 6.4. Abordaje psicofarmacológico de la adicción

La presencia de un historial de consumo más breve junto a otros factores explicarían el hecho de que en los adolescentes con TUS tengan más peso las consecuencias psicosociales derivadas del consumo y los elementos de dependencia psicológica que los elementos clínicos atribuibles a la dependencia fisiológica. Recordemos, en cualquier caso, que la dependencia fisiológica no es un criterio imprescindible ni obligado para la existencia de una adicción. En los casos, en los que sí concurren elementos de dependencia fisiológica valorable o de TUS grave, que siempre son una minoría, se debería considerar la posibilidad de realizar el tratamiento en régimen de ingreso hospitalario o residencial asistido, dadas las probables dificultades de contención en el domicilio por la previsible ambivalencia del paciente y la morbi-mortalidad asociada a la patología dual.

#### Trastornos por el uso de tabaco

Las revisiones recomiendan como estrategia inicial la vinculación del paciente a un programa de intervención psicosocial orientado a la retirada del tabaco. En el adolescente, la eficacia de determinadas

estrategias farmacológicas (véase Tabla 9) se ha demostrado a corto plazo pero resulta menos estable en el tiempo y se incrementa notablemente si se combinan con intervenciones psicoterapéuticas (Sussman, 2006). La intervención farmacológica debe considerar la etapa del cambio identificada en el paciente; un ensayo farmacológico en fases precoces, con limitada motivación, se traducirá en un fracaso terapéutico que condicione la disposición del paciente al tratamiento en el futuro.

#### Trastornos por consumo de alcohol

##### *Indicaciones en la retirada de alcohol*

Las pautas farmacológicas recomendables no difieren de las utilizadas en adultos, priorizándose la administración de benzodiazepinas de vida media larga (Kaminer y Marsch, 2011). Los anticonvulsivantes, como carbamazepina, oxcarbazepina, ácido valproico, gabapentina y topiramato, que han demostrado su eficacia en adultos y figuran como alternativa en algunas guías, también podrían constituir una opción. Desgraciadamente no existen datos sobre su eficacia en esta población.

##### *Indicaciones en el mantenimiento del tratamiento del trastorno por uso de alcohol*

Aunque con escasez de datos, algunos estudios (véase Tabla 10) han evaluado la eficacia de varias estrategias farmacológicas en la deshabitación en adolescentes. Existen datos que sugieren la eficacia de naltrexona y disulfiram en esta población. En el caso del disulfiram, sin embargo, su uso resulta controvertido para algunos autores por las características del consumo problemático de alcohol en los adolescentes. Con frecuencia, éste se presenta en forma de consumos episódicos abusivos, relacionados con una elevada impulsividad y notables expectativas, y cursa con una limitada motivación por el tratamiento y con considerable ambivalencia. Todo ello redundaría en riesgos significativos al utilizar terapias farmacológicas aversivas, que pueden ser desafiadas. Otras estrategias farmacológicas de eficacia contrastada en adultos (nalmefene, acamprosato) no han sido aún convenientemente estudiadas, aunque se les puede suponer similar eficacia.

#### Trastornos por uso de opiáceos

##### *Indicaciones en el síndrome de abstinencia a opiáceos*

Al igual que en el caso del alcohol, la existencia de indicadores de trastorno por uso de opiáceos, moderado o grave, la ausencia de soporte social o familiar, o la presencia de descompensación psicopatológica, hacen preferible la retirada en régimen de ingreso hospitalario (Kaminer y Marsch, 2011). Se han publicado experiencias positivas de desintoxicación ambulatoria, si bien la eficacia de estos programas

**Tabla 7** Técnicas de psicoterapia para el tratamiento de la patología dual adolescente (Para una revisión más exhaustiva, con citas bibliográficas, consultar Goti, Díaz y Arango, 2014)

<p><b>Técnicas psicoeducativas:</b> consisten básicamente en ofrecer información para aumentar la conciencia sobre los trastornos o dificultades que presenta el adolescente, así como sobre las estrategias de intervención. También se incluyen pautas educativas y de abordaje de los problemas para los padres.</p>
<p><b>Técnicas de incremento motivacional:</b> son una herramienta fundamental en el abordaje del adolescente dual. A través de un estilo no confrontativo y empático, se persigue conducir al paciente hacia la reducción del consumo o la abstinencia, a partir del acompañamiento en la resolución de la ambivalencia entre los pros y contras del consumo. Existen adaptaciones de estas técnicas a las peculiaridades del adolescente con trastorno dual. Sin embargo, en el caso de pacientes muy jóvenes o con problemas graves, se trabaja también con elementos de la autoridad paterna para imponer un «tratamiento obligatorio» hasta conseguir cierta estabilidad (Barnett et al., 2012).</p>
<p><b>Terapia cognitivo-conductual:</b> las estrategias cognitivo-conductuales son otro pilar básico en el tratamiento de la patología dual en el adolescente, empezando por el análisis funcional de las situaciones de uso de sustancias y los síntomas de psicopatología, y siguiendo con el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, la elaboración de estrategias de manejo del craving y la prevención de recaídas. Existen programas diseñados específicamente para individuos con trastorno dual, como el Seeking Safety o la Terapia Dialéctica Conductual que han sido adaptados para adolescentes con buenos resultados (Najavitis et al., 2006)..</p>
<p><b>Técnicas de manejo del caso:</b> el profesional referente se encarga de planificar el tratamiento, ofrecer apoyo al paciente y a su familia, coordinar los diferentes servicios implicados, realizar el seguimiento y la monitorización del consumo, proveer intervenciones en crisis, volver a contactar al paciente o a su familia en caso de desvinculación y organizar la red de apoyo social y comunitario del paciente. El profesional que maneja pacientes duales suele tener menor carga de casos para permitir una intervención más intensiva y flexible. La utilización de técnicas de manejo del caso se asocia con menos hospitalizaciones, una disminución de síntomas de psicopatología y delincuencia, mejor rendimiento y asistencia a la escuela, y mejor funcionamiento global (Bruns et al., 2006).</p>
<p><b>Terapia grupal:</b> numerosas intervenciones para adolescentes con TUS se ofrecen en formato grupal (Sampl y Kaden, 2004), aunque en estos casos se debe hacer una adecuada selección de los pacientes para evitar efectos iatrogénicos (Burlison et al., 2006). En Estados Unidos se ha adaptado a adolescentes el grupo de autoayuda siguiendo el formato de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (Kelly y Myers, 2007). En relación con los trastornos duales, se ha desarrollado un tipo de terapia grupal cognitivo-conductual específica para pacientes con TUS y trastorno bipolar llamada Integrated Group Therapy (Weiss et al., 2007).</p>
<p><b>Rehabilitación cognitiva y psicosocial:</b> se trata de técnicas para recuperar en lo posible las capacidades premórbidas o, en el caso de adolescentes, procurar el desarrollo de habilidades que no han podido desarrollarse debido a la interferencia del abuso de sustancias, con el fin de conseguir mayor adaptación académica, laboral y social.</p>
<p><b>Programas de contingencias:</b> las técnicas de manejo de contingencias se basan en la aplicación de refuerzos positivos o negativos para conseguir incrementar conductas positivas o disminuir conductas no deseables. En algunos estudios se ha demostrado la posible utilidad de la aplicación de refuerzos positivos (premios) ante resultados negativos de análisis de drogas en orina. Estas estrategias también son útiles en los pactos familiares para mantener la abstinencia, la vinculación al tratamiento o potenciar determinadas conductas responsables.</p>
<p><b>Terapias familiares y multisistémicas:</b> la intervención familiar en sus diferentes modalidades constituye otra intervención fundamental en el tratamiento de los TUS en adolescentes. En estos casos también es necesario en ocasiones intervenir en la escuela y en otros sistemas del entorno del adolescente (amigos, familia extensa, escuela, barrio, etc.). Algunos de los formatos más utilizados y que han mostrado efectividad son el grupo de padres, la terapia familiar breve estratégica, la terapia familiar multidimensional, la terapia multisistémica y la terapia de refuerzo comunitario (Rigter et al., 2013; Meyers et al., 2011).</p>
<p><b>Intervención en comunidad terapéutica:</b> se trata de una intervención en entorno residencial, habitualmente en medio rural, en la que los pacientes encuentran el apoyo de la convivencia con iguales, además de las intervenciones educativas y terapéuticas apropiadas, para afrontar la deshabitación alejados de su entorno habitual, a la vez que aprender nuevos hábitos saludables y estrategias de afrontamiento. Algunas comunidades terapéuticas se han especializado para adaptarse a las particularidades de la población adolescente dual, incluyendo programas con periodos más cortos de estancia, actividades formativas, ocupacionales y ocio saludable, mayor implicación familiar en el tratamiento y terapeutas más preparados para interactuar con el adolescente, evitando la actitud confrontativa de la comunidad terapéutica más tradicional (Foster et al., 2010).</p>

**Tabla 8 Aspectos clínicos y evolutivos que influyen abordaje farmacológico de la patología dual en el adolescente**

<p>Con frecuencia no se produce una clara preferencia de sustancias, tendiéndose al policonsumo. Los TUS no se presentan como situaciones de uso limitado a una sustancia, tributarias de intervenciones médicas específicas</p>
<p>Dada la menor magnitud de síntomas de dependencia fisiológica, aparente menor relevancia de la clínica tributaria de intervención farmacológica en el tratamiento de la retirada o desintoxicación.</p>
<p>Relevancia de sintomatología relacionada con el riesgo de recaídas, y su tratamiento farmacológico, susceptible de modificar el curso y la adhesión a los programas terapéuticos.</p>
<p>El peso que en el abordaje del paciente adolescente dual se otorga a las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, genera por otro lado corrientes de opinión que minimizan el papel que la intervención farmacológica puede tener</p>
<p>La escasez de estudios sobre estrategias farmacológicas han demostrado su eficacia en población adulta sólo permite la extrapolación de los resultados obtenidos, sin que existan pruebas científicas de la eficacia y seguridad en la población adolescente → utilización de fármacos sin indicación aprobada por los organismos reguladores es la norma en vez de la excepción.</p>
<p>La presencia de otros trastornos psiquiátricos → considerable riesgo de inestabilidad psicopatológica vinculada a los procesos iniciales de tratamiento. El clínico debe valorar el escenario mas apropiado para la intervención y considerar la relevancia de tratamientos psiquiátricos que limiten el riesgo de descompensación psicopatológica.</p>

**Tabla 9 Revisión de evidencia científica en base a ensayos clínicos controlados en el tratamiento (retirada/mantenimiento) de trastornos por uso de tabaco en adolescentes**

<p><i>Nicotina</i> (*)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La eficacia del empleo aislado de formulaciones en comprimidos, chicles o parches transdérmicos de nicotina como intervención aislada en adolescentes es limitada.</li> <li>• Cuatro ECACP han valorado la eficacia de modelos de tratamiento que combinan la administración sustitutiva de nicotina con protocolos de intervención psicoterapéutica (EM, TCC, MC).</li> <li>• Los resultados confirman la importancia de complementar ambos tratamientos para mejorar la eficacia, además de recomendar extender la intervención psicosocial para alcanzar mejores resultados a largo plazo (Scherphof et al., 2014).</li> </ul>
<p><i>Bupropion</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro ECACP han evaluado la eficacia de este fármaco en adolescentes.</li> <li>• Todos ellos asociaban una intervención psicoterapéutica al tratamiento farmacológico (TCC individual, TCC grupal, MC) con periodos de observación de 6-12 semanas.</li> <li>• Bupropion se mostraba superior a placebo en tres de los estudios, aunque los efectos se perdían en el seguimiento (12-26 semanas) (Gray et al. 2011).</li> </ul>
<p><i>Vareniclina</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos ensayos controlados han demostrado eficacia en adolescentes. El más reciente, de 8 semanas de duración, demostró eficacia y buena tolerancia de vareniclina en combinación con terapia cognitivo-conductual, aunque sin ser significativamente superior al grupo control que recibió bupropión, 300 mg/día (Gray et al., 2012)</li> </ul>

Incluye estudios de tratamiento sustitutivo con diferentes presentaciones de nicotina, parches, chicles o comprimidos. ECAC: ensayo clínico aleatorizado y controlado; ECACP: ensayo clínico aleatorizado y controlado con placebo; EM: entrevista motivacional; MC: manejo de contingencias; TCC: terapia cognitivo-conductual. ECAC: ensayo clínico aleatorizado y controlado; ECACP: ensayo clínico aleatorizado y controlado con placebo; EM: entrevista motivacional; MC: manejo de contingencias; TCC: terapia cognitivo-conductual.



reside en buena medida en la integración en ellos de modelos intensivos de intervención psicosocial (March et al., 2005). En nuestro medio, la práctica más extendida en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opioides en adolescentes es la prescripción de agonistas de vida media prolongada, principalmente metadona y buprenorfina (véase Tabla 6).

#### **Indicaciones en el mantenimiento del tratamiento del trastorno por uso de opioides**

Concerniente al tratamiento sustitutivo de mantenimiento con agonistas opioides, que ha demostrado eficacia en adultos, la escasez de estudios publicados limita la posibilidad de establecer guías orientativas sobre la práctica clínica en adolescentes. A su vez, el tratamiento sustitutivo de mantenimiento en menores de edad plantea no pocas controversias, de ahí que la mayoría de autores recomienden realizar al menos dos intentos previos de retirada de opioides y luego un seguimiento con un programa libre de fármacos asociando intervenciones psicosociales intensivas, y reservar la intervención por medio de programas de mantenimiento con tratamiento sustitutivo para los casos refractarios a esta intervención clásica. Respecto al mismo, un estudio observacional naturalístico comunicó resultados positivos del tratamiento de mantenimiento con metadona en adolescentes dependientes a heroína (Kaminer y Marsch, 2011).

#### **Trastornos por consumo de psicoestimulantes**

La relevancia que han adquirido en los últimos años los trastornos por consumo de cocaína, anfetaminas y otros psicoestimulantes entre adolescentes contrasta con la ausencia de estudios que orienten respecto a los psicofármacos en la deshabituación a estas sustancias. Los datos existentes en adultos sugieren el potencial terapéutico en estos casos de algunos fármacos, como disulfiram, topiramato, baclofen, modafinilo y tiagabina, si bien el nivel de evidencia científica respecto a la eficacia de estas intervenciones es limitado. Similarmente a lo que se ha comentado en casos previos, estas opciones terapéuticas también podrían ser útiles en los adolescentes, sin que existan evidencias suficientes que permitan sugerir su utilización (véase Tabla 10).

#### **Trastornos por uso cannabis**

Diversos trabajos de investigación recientes, muchos de ellos desarrollados por el equipo de Margaret Haney, en la Universidad de Columbia (New York), permiten elaborar algunas conclusiones recogidas en la Tabla 10 (Balter et al., 2014).

## **6.5. Tratamiento farmacológico de la patología dual**

En el paciente dual adolescente, igual que en el adulto, el correcto abordaje de la otra patología psiquiátrica presente en la inmensa mayoría de esta población incrementa la probabilidad de alcanzar una buena adhesión al tratamiento y de conseguir una reducción en el consumo (Hammond et al., 2014). Por otra parte, no se ha podido comprobar que el abordaje farmacológico aislado de ninguno de los otros trastornos comúnmente asociados al TUS adolescente reporte eficacia significativa, bien sea en lo concerniente al trastorno comórbido en sí mismo o respecto al TUS. La intervención farmacológica debe considerarse en esta población una herramienta suplementaria al abordaje psicosocial y no debe plantearse como estrategia aislada.

Al igual que en el adulto, la presencia de consumo activo limita la eficacia de las estrategias farmacológicas útiles en el tratamiento de los trastornos comórbidos. En el caso de algunos fármacos, su prescripción antes de haberse alcanzado la abstinencia incluso plantea dudas con respecto a una posible iatrogenia. Atendiendo a esta premisa, las circunstancias óptimas para el abordaje de la psicopatología acompañante incluirían la ausencia de consumo activo. La realidad clínica del paciente dual adolescente con frecuencia desaconseja un planteamiento secuencial del abordaje terapéutico, algo que los profesionales en el campo contemplan y que ha hecho posible que algunos ensayos clínicos hayan evaluado la eficacia de algunas estrategias farmacológicas de intervención en patología dual incluso en condiciones de consumo continuado (Bukstein et al., 2005). Este planteamiento se apoya en dos hechos fundamentales: a) en el paciente dual adolescente, la otra patología mental (por ejemplo, el TDAH o los trastornos depresivos) persiste incluso después de haberse alcanzado con éxito la abstinencia, y b) el abordaje aislado de la otra patología psiquiátrica, no contribuye por sí solo a la resolución del TUS.

#### **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

En el adolescente con TDAH, que ya ha desarrollado un trastorno por consumo de sustancias, la literatura médica indica que el tratamiento farmacológico mejorará la clínica de TDAH, sin poder asumirse que tenga un efecto beneficioso sobre las conductas de consumo; sí parece descartable que el tratamiento pueda empeorar algunos de los indicadores de consumo de sustancias. Aunque este extremo queda aún pendiente de confirmar para algunos de

**Tabla 10** Revisión de evidencia científica en base a ensayos clínicos controlados en el tratamiento (retirada/mantenimiento) de trastornos por uso de tabaco en adolescentes (para una revisión más exhaustiva, consultar Goti, Díaz y Arango, 2014)

<b>Alcohol</b>	
<i>Naltrexona</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varias publicaciones de casos y un estudio abierto de 6 semanas de duración con resultados positivos, además de un ECACP cruzado, indican la eficacia de dosis de 25-50 mg/día.</li> <li>• Los autores consideran preceptivo en esta población el control y seguimiento periódico de los niveles plasmáticos de transaminasas o bilirrubina, así como la monitorización de posibles cambios en niveles de cortisol y gonadotrofinas, por su posible repercusión sobre el crecimiento y el desarrollo del adolescente.</li> </ul>
<i>Disulfiram</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicaciones de casos y un ECACP apoyan la eficacia de 200 mg/día, comparado con PBO, en el porcentaje de abstinencia en un periodo de observación de 12 semanas.</li> <li>• Las características del consumo en adolescentes hacen en cualquier caso conveniente valorar el tratamiento con disulfiram u otros interdictores de forma individualizada, atendiendo a las posibilidades de supervisión y la ausencia de factores que limiten su administración.</li> </ul>
<b>Cannabis</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ECACP ni bupropion ni nefazodona ni ácido valproico ni otros agentes antidepresivos o antipsicóticos han demostrado una eficacia significativa en pacientes dependientes a cannabis que presentaban síntomas de abstinencia al suspender el consumo.</li> <li>• Estos síntomas sí son atenuados mediante la administración oral de 0,5 mg/día de 9-delta-tetrahidrocannabinol. Igualmente se han comunicado resultados positivos en la reducción de síntomas de abstinencia con dronabinol, un agonista cannabinoide sintético que, aparentemente, tiene menos propiedades euforizantes y menor riesgo de abuso que el anterior. Sin embargo, no ha podido demostrarse la eficacia de este compuesto en estudios controlados en la deshabituación y transición a una abstinencia sostenida.</li> <li>• La utilización de agonistas gabaérgicos, sean benzodiazepinas de vida media prolongada u otros compuestos (gabapentina, pregabalina), así como la prescripción de algunos antidepresivos (como la mirtazapina), también está extendida. No obstante, su eficacia no ha sido evaluada en estudios controlados, excepto un ensayo clínico controlado con placebo en adultos que apoya la eficacia de gabapentina (1.200 mg/día durante 12 semanas).</li> <li>• Concerniente a la deshabituación en adolescentes, un ensayo clínico reciente, doble ciego y controlado con placebo, ha mostrado la eficacia del tratamiento con dosis de 600 mg/12 horas de N-acetilcisteína en el tratamiento en adolescentes con dependencia a cannabis (periodo de observación de 8 semanas) (Balter, 2014).</li> <li>• La utilización de otros agonistas o agonistas parciales (como el cannabidiol) o la utilización de antagonistas del receptor cannabinoide constituyen estrategias prometedoras pendientes de una evaluación adecuada.</li> </ul>
<b>Estimulantes</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El grueso de la intervención recaerá en el enfoque psicosocial, resultando igualmente relevante el tratamiento del trastorno psiquiátrico asociada.</li> <li>• En este sentido, se han comunicado experiencias positivas en ECACP en el tratamiento de adolescentes con TDAH asociado con metilfenidato de liberación prolongada, pemolina y bupropion. La eficacia en estos ensayos es superior con respecto al PBO en el tratamiento de los síntomas del TDAH, siendo menor o no concluyente en el tratamiento de la adicción.</li> </ul>
<b>Opiáceos</b>	
<i>Metadona</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos estudios observacionales en adolescentes refieren ausencia de diferencias en la eficacia en la desintoxicación hospitalaria de metadona respecto a buprenorfina, y una mayor adhesión al tratamiento, con menos recaídas en el consumo y un periodo más largo de abstinencia tras finalizar el episodio de tratamiento, con metadona comparada con tratamiento de soporte (analgesia/ansiolisis)</li> </ul>
<i>Buprenorfina</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un ECAC con periodo de observación de 28 días indica la superioridad de buprenorfina respecto a clonidina en retención en tratamiento, UC negativos y progresión a tratamiento con naltrexona al finalizar el periodo de estudio</li> <li>• Otro ECAC indica una mayor eficacia del tratamiento de retirada prolongado (12 semanas frente a 14 días de tratamiento con buprenorfina) en la retención en tratamiento y en la eficacia en seguimiento hasta los 9 meses.</li> <li>• En ambos estudios, la intervención se asociaba con un programa de tratamiento psicosocial (MC y/o TCC) (Woody et al., 2008)</li> </ul>

ECAC: ensayo clínico aleatorizado y controlado; ECACP: ensayo clínico aleatorizado y controlado con placebo; EM: entrevista motivacional; MC: manejo de contingencias; PBO: placebo; TCC: terapia cognitivo-conductual; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

los compuestos utilizados en el manejo del TDAH, actualmente no existen evidencias que apoyen un tratamiento secuencial de ambos trastornos (TDAH y consumo de sustancias). En cualquier caso, esta intervención es mejor iniciarla con la administración de fármacos con bajo potencial adictivo y elevada seguridad.

### **Psicoestimulantes**

El posible papel inductor de abuso de los estimulantes, o los efectos que se puedan derivar de su administración concomitante con el consumo de otras sustancias, constituyen dos elementos que podrían limitar su aplicación en esta población. El potencial de inducción de abuso del metilfenidato y otros estimulantes varía en función de la cinética que el fármaco siga en el cuerpo, siendo un elemento clave la rapidez con que se produce el pico plasmático tras su administración, algo modulable en función de la vía de administración (oral frente a intravenosa) y la presentación (liberación inmediata frente a retardada). La elaboración de presentaciones de metilfenidato de liberación retardada o de profármacos como la dislexanfetamina ha contribuido a atenuar el riesgo del potencial adictivo y aumentar el perfil de seguridad, convirtiendo a este tipo de presentaciones en la opción más recomendable en caso de optarse por los psicoestimulantes como tratamiento (Wilens et al., 2005).

Dos estudios controlados con pacientes adolescentes y datos procedentes de un metanálisis (Wilens et al., 2005) han confirmado la aparente seguridad de la administración de metilfenidato de liberación retardada en esta población, tanto en el caso de adolescentes con TDAH que inician un periodo de abstinencia como pacientes que persisten en un consumo activo (Riggs et al., 2011). Concerniente a la eficacia clínica, los resultados de los estudios indican un efecto beneficioso moderado del tratamiento farmacológico sobre los síntomas de TDAH, resultando menos concluyentes los efectos beneficiosos sobre el consumo de sustancias.

### **Atomoxetina**

La atomoxetina es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina con eficacia probada para tratar el TDAH en la infancia y la adolescencia. El tratamiento es bien tolerado por los pacientes y presenta un buen perfil de seguridad, aunque se han comunicado casos aislados de hepatotoxicidad. El bajo potencial de abuso de este fármaco lo convierte en una opción terapéutica para el TDAH asociado a trastornos adictivos. Un único estudio doble ciego controlado con placebo en adolescentes con TDAH y TUS no evidenció diferencias significativas en la respuesta a atomoxetina comparada con placebo (Thurstone et al., 2010).

### **Bupropion**

Este agente con actividad dopaminérgica y noradrenérgica ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del TDAH en adolescentes y adultos, no habiéndose comunicado situaciones de abuso. Dos estudios abiertos han valorado la eficacia de bupropion en adolescentes con TDAH y TUS. Si bien los resultados de estos estudios se deben considerar teniendo en cuenta las importantes limitaciones de la metodología utilizada, podemos concluir que bupropion puede ser una posible alternativa en el tratamiento de esta población, especialmente en los casos en que concurren síntomas depresivos leves-moderados, mientras se demuestra su eficacia en estudios controlados.

### **Guanfacina**

Este fármaco agonista de receptores alfa-2 adrenérgicos ha demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH en estudios controlados. Sus propiedades no estimulantes le confieren un bajo potencial adictivo, por lo que constituye igualmente un candidato potencial para el tratamiento del TDAH con TUS comórbido. Algunos datos de estudios preliminares sugieren incluso un posible papel terapéutico en el tratamiento del *craving* (deseo o ansia por consumir). Estos aspectos están pendientes de confirmación, existiendo actualmente estudios en curso sobre la eficacia de la guanfacina en esta población. (revisar que creo que hay un estudio de hace unos días).

## **Trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante**

El elemento fundamental del abordaje terapéutico de los TC con o sin TUS es la intervención psicosocial. La mayoría de programas de eficacia contrastada en adolescentes con trastornos adictivos incorporan módulos y herramientas destinadas específicamente al manejo del TC por su elevada prevalencia (Bukstein et al., 2005). Pero rara vez incluyen estrategias de intervención farmacológica como parte de la intervención a estudio, algo que permitiría valorar de forma diferenciada la eficacia de estos programas, con o sin tratamiento psiquiátrico acompañante. Esta limitación es relevante, pues el clínico deberá considerar el enfoque farmacológico de la posible psicopatología acompañante (sea la derivada de un posible TDAH comórbido o de síntomas depresivos) o de la suplementación del tratamiento psicosocial mediante intervenciones farmacológicas dirigidas por la presencia de problemas de agresividad o de disregulación emocional.

## **Tratamiento farmacológico de la agresividad y/o la disregulación emocional**

Los datos sobre eficacia de estas intervenciones se apoyan en estudios realizados en población sin

TUS, por lo que nuevamente se impone la cautela al plantear estas estrategias en pacientes duales con o sin consumo activo (Goti et al., 2014).

### **Antipsicóticos atípicos**

La recomendación con respecto a la administración de risperidona para el caso de TC con discapacidad intelectual sin comorbilidad por TUS está avalada por ensayos clínicos controlados, metaanálisis y guías clínicas, existiendo evidencias con menor significación para otros antipsicóticos como quetiapina, olanzapina y aripiprazol. Los datos avalan la eficacia a corto plazo, y es menor la evidencia acerca del tratamiento continuado. Las recomendaciones además destacan la importancia de utilizar preferentemente antipsicóticos atípicos por su aparente mejor perfil de efectos adversos con respecto a los antipsicóticos clásicos, emplear dosis mínimas y con incrementos lentos de dosis (para evitar efectos secundarios y mejorar la adhesión), y realizar un control cercano de efectos indeseables metabólicos, endocrinológicos o neurológicos.

### **Estabilizadores del ánimo y anticonvulsivantes**

Al menos dos estudios controlados con placebo, doble ciego, avalan la eficacia del carbonato de litio en el tratamiento de niños y adolescentes con problemas significativos de agresividad y desregulación emocional atribuidos a un diagnóstico aislado de trastorno de conducta. Asimismo, existe evidencia de la eficacia del ácido valproico, basada en resultados de dos ensayos controlados. En cambio, son más limitadas las evidencias sobre la eficacia de otros anticonvulsivantes (carbamazepina, topiramato).

### **Tratamiento del TDAH asociado en el TC**

El tratamiento con estimulantes en el paciente con TDAH sin TUS resulta eficaz en dimensiones tales como la agresividad y los problemas de conducta. Sin embargo, la eficacia específica del tratamiento farmacológico del TDAH en pacientes que asocian TC y TUS sólo puede extrapolarse de los resultados secundarios de los pocos estudios existentes en esta población. En este sentido, destaca el estudio de Riggs et al. (2011) sobre intervención en adolescentes con TDAH y TUS mediante un programa psicoterapéutico y asignación aleatoria a tratamiento concomitante con placebo o metilfenidato de liberación retardada. En este ensayo, en el que el 30% de los participantes presentaba además un diagnóstico comórbido de TC, se observó que en esos casos la probabilidad de presentar una respuesta significativa (reducción de más del 50% en el número de días de consumo) era significativamente mayor (OR 3,86;  $p < 0,05$ ) en el grupo que recibía tratamiento con metilfenidato con respecto a placebo.

### **Trastorno depresivo**

Al igual que en el caso de los trastornos de conducta perturbadora, la aproximación terapéutica a

la depresión en el paciente dual adolescente debe priorizar el tratamiento integrador, debe considerar la intervención psicosocial como el elemento nuclear y no debe nunca limitarse a la intervención farmacológica aislada, puesto que ésta no ha demostrado eficacia de forma aislada y puede no estar exenta de riesgos de iatrogenia.

En el adolescente con o sin TUS, el enfoque terapéutico de la depresión, según programas con evidencia contrastada, implica la intervención con protocolos que combinan diferentes estrategias psicoterapéuticas. La intervención farmacológica se considera potencialmente indicada solamente en los casos moderados o graves, ante la presencia de cronicidad/recurrencia o deterioro significativo en la adaptación. La fluoxetina se considera de primera elección. Su eficacia como estrategia terapéutica aislada, al igual que en el caso de depresión sin TUS, es limitada (de acuerdo con la literatura médica disponible). Dos estudios abiertos iniciales comunicaron una aparente eficacia de la fluoxetina, mostrando además un adecuado perfil de seguridad. Sin embargo, estudios controlados posteriores no han ratificado estos resultados de eficacia de forma concluyente. A su vez, sertralina tampoco demostró eficacia superior respecto a placebo en un estudio controlado (Findling et al., 2009).

Podemos concluir que en el paciente dual deprimido adolescente, la recomendación de iniciar fluoxetina estará especialmente indicada en los casos en que el cuadro depresivo anteceda a la problemática de consumo, exista historia familiar de trastornos del afecto o persista la interferencia de la clínica depresiva incluso después de varias semanas de abstinencia (Kaminer y Marsch, 2011).

Merece mención aparte el hecho de que en los últimos años, la indicación de tratamiento con ISRS en adolescentes ha estado sujeta a limitaciones al hilo de informes en que se identificaba un incremento en los pensamientos y conductas suicidas en estos casos, principalmente durante las primeras fases del tratamiento. Aunque en el caso del paciente dual los estudios reseñados han mostrado un adecuado perfil de seguridad, el clínico debe observar estas recomendaciones y controlar regularmente la aparición de posibles efectos adversos en forma de inquietud o pensamientos suicidas, sobre todo en las primeras fases del tratamiento.

### **Trastorno bipolar**

El tratamiento de primera línea en el paciente bipolar adolescente sin TUS lo constituyen los fármacos estabilizadores del humor, con o sin combinación de otros tratamientos coadyuvantes en función de la fase de la enfermedad (antipsicóticos atípicos y anticonvulsivantes). En los casos en los que se con-



firma la presencia de un trastorno bipolar asociado a un TUS, la evidencia sobre recomendaciones terapéuticas es muy limitada, existiendo datos sobre eficacia de ensayos controlados para el carbonato de litio y la suplementación de quetiapina con topiramato. Por otro lado, estos y otros estudios

reafirman la idea de que, dada la complejidad de esta comorbilidad, el tratamiento farmacológico del trastorno bipolar es por sí mismo insuficiente para mejorar los problemas de abuso en estos pacientes, siendo muy relevante la combinación con estrategias de intervención psicosocial.

**Tabla 11** Revisión de evidencia científica en base a ensayos clínicos controlados en el tratamiento (retirada/mantenimiento) de trastornos por uso de tabaco en adolescentes

<p><b>Trastorno de conducta (TC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficacia de intervenciones psicosociales: estrategia terapéutica de primera elección.</li> <li>• Abordaje de posible comorbilidad: posible eficacia de suplementación con abordajes farmacológicos para el tratamiento de síntomas o comorbilidad, sin evidencias de eficacia de intervención farmacológica aislada:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- agresividad, impulsividad: evidencias a partir de metaanálisis y ECACP (estudios con adolescentes sin TUS) a favor del uso de antipsicóticos atípicos (risperidona) y estabilizadores del humor (carbonato de litio, ácido valproico).</li> <li>- TDAH: un ECACP apoya la eficacia de la suplementación de programas de intervención psicosocial con metilfenidato de liberación retardada (Riggs et al., 2011).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primera elección: abordaje combinado psicoterapéutico/psicosocial + tratamiento farmacológico.</li> <li>• A diferencia de TDAH sin TUS, menor eficacia del abordaje farmacológico aislado.</li> <li>• Importancia del empleo de fármacos con menor potencial de abuso: psicoestimulantes de acción larga (metilfenidato de liberación retardada, profármacos), atomoxetina, bupropion, guanfacina.</li> <li>• Evidencias de ensayos controlados:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- metilfenidato de liberación retardada: dos ECACP indican eficacia superior a PBO en el tratamiento de la clínica TDAH, pero sin efectos significativos sobre variables de consumo (Riggs et al., 2011).</li> <li>- atomoxetina: existen datos sobre eficacia en ECACP en población adulta; en adolescentes, un ECACP (Thurstone 2011): N = 70 TDAH + TUS, intervención psicosocial + atomoxetina frente a intervención psicosocial + PBO, 12 semanas, sin diferencias significativas entre atomoxetina y PBO.</li> <li>- Bupropion: sin estudios controlados, eficacia sugerida por resultados de estudios abiertos; alternativa en los casos en que concurren síntomas depresivos leves-moderados (Upadhaya et al., 2004).</li> <li>- No hay estudios sobre la eficacia en TDAH + TUS para lisdexanfetamina y guanfacina.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Trastorno bipolar (TB)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar es por sí mismo insuficiente para mejorar los problemas por uso de sustancias.</li> <li>• Recomendación específica de combinar el abordaje médico con intervenciones psicosociales.</li> <li>• Evidencias de ensayos controlados:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geller (1998): ECACP, N = 25 TB, litio (dosis media 1.769 mg) frente a PBO, 6 semanas; eficacia clínica y reducción en consumo.</li> <li>- Delbello (2011): ECAC, N = 75 TB fase maníaca o mixta, quetiapina + topiramato frente a quetiapina + PBO, 16 semanas; mayor eficacia de suplementación con topiramato en reducción, frecuencia y cantidad de consumo de cannabis.</li> </ul> </li> <li>• Sin evidencias de ensayos controlados sobre eficacia de otros agentes con efectos moduladores gabaérgicos o antiglutamatérgicos en uso en TB adulto (ácido valproico, lamotrigina, gabapentina).</li> </ul>
<p><b>Trastorno depresivo unipolar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención psicoterapéutica/psicosocial de primera elección; sin evidencia de eficacia de la intervención farmacológica aislada.</li> <li>• Tratamiento farmacológico: indicado en casos moderados-graves, con evidencias de que el cuadro depresivo anteceda al TUS o con presencia de recurrencia/cronicidad tras abstinencia.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluoxetina (de primera elección); dos ECACP (Findling et al., 2009) ofrecen evidencias respecto a eficacia aunque poco concluyentes.</li> <li>- Sertralina: un ECACP (Deas et al., 2000) no identificó superioridad de sertralina respecto a PBO.</li> </ul> </li> </ul>

Basado en Hawkins et al., 1992.

## 7. Bibliografía

- Achenbach TM, Edelbrock CS.** *The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts.* Psychol Bull 1978;85(6):1275-301.
- APA (American Psychiatric Association).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5.ª ed.* Washington DC: APA; 2013. Disponible en: <http://www.dsm5.org/>
- Balter RE, Cooper ZD, Haney M.** *Novel pharmacologic approaches to treating cannabis use disorder* Curr Addict Rep 2014;1(2):137-43.
- Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D.** *Motivational interviewing for adolescent substance use: a review of the literature.* Addict Behav 2012;37(12):1325-34.
- Bruns EJ, Rast J, Peterson C, Walker J, Bosworth J.** *Spreadsheets, service providers, and the statehouse: using data and the wraparound process to reform systems for children and families.* Am J Community Psychol 2006;38(3-4):201-12.
- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, et al; Work Group on Quality Issues.** *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44(6):609-21.
- Burleson JA, Kaminer Y, Dennis ML.** *Absence of iatrogenic or contagion effects in adolescent group therapy: findings from the Cannabis Youth Treatment (CYT) study.* Am J Addict 2006;15 Suppl 1:4-15.
- Chan YF, Dennis ML, Funk RR.** *Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment.* J Subst Abuse Treat 2008;34(1):14-24.
- Díaz R.** *Prevención del trastorno dual en niños y adolescentes.* En: Pérez de los Cobos J, coord. *Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la Adolescencia. Un reto de asistencia y prevención.* Barcelona: Ars Médica; 2009. p. 157-86.
- Díaz R, Goti J, García M, et al.** *Patterns of substance use in adolescents attending a mental health department.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2011;20(6):279-89.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.** *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades.* Oficina para las Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2015. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>.
- Findling RL, Pagano ME, McNamara NK, et al.** *The short-term safety and efficacy of fluoxetine in depressed adolescents with alcohol and cannabis use disorders: a pilot randomized placebo-controlled trial.* Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2009;3(1):11.
- Foster M, Nathan S, Ferry M.** *The experience of drug dependent adolescents in a therapeutic community.* Drug Alcohol Rev 2010;29(5):531-9.
- Godley SH, Smith JE, Passetti LL, Subramaniam G. (2014).** *The Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) as a model paradigm for the management of adolescents with Substance Use Disorder and co-occurring psychiatric disorders.* Subst Abuse 2014;35(4):352-63.
- Gray KM, Carpenter MJ, Baker NL, et al.** *Bupropion SR and contingency management for adolescent smoking cessation.* J Subst Abuse Treat 2011;40(1):77-86.
- Gray KM, Carpenter MJ, Lewis AI, et al.** *Varenicline versus bupropion XL for smoking cessation in older adolescents: a randomized, double-blind pilot trial.* Nicotine Tob Res 2012;14(2):234-9.
- Goti J, Díaz R, Arango C.** *Adolescentes.* En: Szerman N, ed. *Patología dual, protocolos de intervención.* Barcelona: Edikamed; 2014.
- Hammond CJ, Mayes LC, Potenza MN.** *Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviours: treatment implications.* Adolesc Med State Art Rev 2014;25(1):15-32.
- Hawkins EH.** *A tale of two systems: co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents.* Annu Rev Psychol 2009;60:197-227.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, et al.** *The 2011 ESPAD Report-Substance use among students in 36 European countries. 2009. Stockholm. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. 2012.*
- Hines LA, Morley KI, Mackie C, Lynskey M.** *Genetic and Environmental Interplay in Adolescent Substance Use Disorders.* Curr Addict Rep 2015;2(2):122-9.
- Hogue A, Henderson CE, Ozechowski TJ, Robbins MS.** *Evidence-base on outpatient behavioural treatments for adolescent substance use: updates and recommendations 2007-2013.* J Clin Child Adolesc Psychol 2014;43(5):695-720.
- Kaminer Y, Godley M.** *From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse: are we there yet?* Child Adolesc Psychiatry Clin N Am 2010;19(3):577-90.
- Kaminer Y, Marsch LA.** *Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders.* En: Kaminer Y, Winters KC. *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment.* Washington DC: American Psych Publishing; 2011.
- Kaplow JB, Curran PJ, Dodge KA; Conduct Problems Prevention Research Group.** *Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: a multisite longitudinal study.* J Abnorm Child Psychol 2002;30(3):199-216.
- Kirisci L, Tarter R, Ridenour T, Reynolds M, Horner M, Vanyukov M.** *Externalizing behavior and emotion dysregulation are indicators of transmissible risk for substance use disorder.* Addict Behav. 2015 Mar;42:57-62.
- Libby AM, Riggs PD.** *Integrated substance use and mental health treatment for adolescents: aligning organizational and financial incentives.* J Child Adolesc Psychopharmacol 2005;15(5):826-34.
- Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ, et al.** *Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: a randomized controlled trial.* Arch Gen Psychiatry 2005;62(10):1157-64.
- Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE.** *The community reinforcement approach: an update of the evidence.* Alcohol Res Health 2011;33(4):380-8.
- Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD.** *Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: a randomized controlled trial.* J Behav Health Serv Res 2006;33(4):453-63.
- Niethammer O, Frank R.** *Prevalence of use, abuse and dependence on legal and illegal psychotropic substances in an adolescent inpatient psychiatric population.* Eur Child Adolesc Psychiatry 2007;16(4):254-9.
- Observatorio Español sobre Drogas.** *Informes de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES).* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1998-2012. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>

**Riggs PD, Winhusen T, Davies RD, et al.** Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive-behavioural therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(9):903-14.

**Rigter H, Henderson CE, Pelc I, et al.** Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jun 1;130(1-3):85-93.

**Rutter M.** How the environment affects mental health. *Br J Psychiatry* 2005;186:4-6.

**Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality.** Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville; 2013

**Sampí S, Kadden R.** Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana. (Versión española de Motivational enhancement therapy and cognitive behavioural therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions). Barcelona: Ars Medica; 2004.

**Schuckit MA, Windle M, Smith TL, et al.** Searching for the full picture: structural equation modelling in alcohol research. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(2):194-202.

**Sher KJ.** Children of alcoholics: a critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press; 1991.

**Sloboda Z, Glantz MD, Tarter RE.** Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention. *Subst Use Misuse* 2012;47(8-9):944-62.

**Sung M, Erkanli A, Angold A, Costello EJ.** Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2004;75(3):287-99.

**Sussman S, Sun P, Dent CW.** A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol* 2006;25(5):549-57.

**Thurstone C, Riggs PD, Salomonsen-Sautel S, Mikulich-Gilbertson SK.** Randomized, controlled trial of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(6):573-82.

**Volkow ND, Baler RD.** Addiction science: Uncovering neurobiological complexity. *Neuropharmacology* 2014;76 Pt B:235-49.

**Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, et al.** A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counselling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):100-7.

**Wilens TE, Monuteaux MC, Snyder LE, Moore H, Whitley J, Gignac M.** The clinical dilemma of using medications in substance-abusing adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: what does the literature tell us? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15(5):787-98.

**Winters KC.** Clinical perspectives on assessment of adolescents with substance abuse. En: Liddle HA, Rowe CL. Adolescent substance abuse. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.

**Winters KC, Tanner-Smith EE, Bresani E, Meyers K.** Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolesc Health Med Ther* 2014;5:199-210.

**Woody GE, Poole SA, Subramaniam G, et al.** Extended vs short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth. *JAMA* 2008;300(17):2003-11.

#### **Webs sobre programas preventivos y terapéuticos para adolescentes con TUS o patología dual basados en la evidencia científica**

The National Registry of Evidence-Based Programs and Practices: <http://www.nrepp.samsha.gov>

The Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Models Programs Guide: <http://www.dsgonline.com/mpg2.5>

The Addiction Technology Transfer Network's Best Practices Resources: [http://www.ceattc.org/nidacsat\\_bpr.asp?id=ALL](http://www.ceattc.org/nidacsat_bpr.asp?id=ALL)

Best Practices. European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction: [http://www.emcdda.europa.eu/best\\_practice](http://www.emcdda.europa.eu/best_practice)

Cannabis Youth Treatment Series: <http://store.samhsa.gov/list/series?name=Cannabis-Youth-Treatment-Series-CYT->





# Caso clínico

## Motivo de consulta.

Varón de 13 años de edad que ingresa en hospital de día por problemas de conducta y consumo de sustancias.

## Antecedentes médicos, psicobiográficos y psiquiátricos.

Sin alteraciones en el embarazo, el parto ni el desarrollo, excepto enuresis nocturna hasta los 7 años. De siempre niño movido, con tendencia a conducta oposicionista y “rabieta”. Dificultades de relación con los compañeros durante la infancia. Rendimiento escolar adecuado hasta el inicio de la Educación Secundaria. Antecedentes de adicción a alcohol, cannabis y cocaína en familiares de primer y segundo grado en rama paterna y materna. Primer contacto con los servicios de salud mental a los 8 años, por problemas de comportamiento reactivos a la enfermedad y fallecimiento del padre (cáncer de páncreas), que se resolvieron con intervención psicoterapéutica. Entre los 11 y 12 años de edad acudió a un psicólogo privado por problemas de comportamiento en la escuela.

## Trastorno actual.

A los 13 años remitido a servicios psiquiátricos por conducta negativista desafiante y agresiva, tanto en casa como en la escuela, así como comportamiento antinormativo grave, absentismo escolar y consumo de cannabis y alcohol. Ante la persistencia de heteroagresividad y el rechazo a la intervención, acaba requiriendo ingreso hospitalario en la Unidad de Crisis Adolescente (UCA) durante 21 días. Al alta inicia seguimiento ambulatorio y continúa tratamiento con risperidona 0,5 mg flas 1-1-1. Al inicio del curso siguiente, se reactivan la agresividad y la conducta antinormativa, que determinan su expulsión del instituto, siendo derivado al hospital de día de nuestro servicio.

## Historia del consumo de sustancias.

Consumo de alcohol y de tabaco desde los 12 años, y de cannabis desde los 13. A su ingreso en el hospital de día fumaba más de 15 cigarrillos al día y consumía alcohol de modo episódico, con patrón de “atracones” (botellón), así como cannabis de forma regular (llegó a fumar hasta 15 porros diarios, aunque decía haber reducido a 3 a la semana).

## Orientación diagnóstica inicial.

El diagnóstico principal al ingreso fue trastorno negativista desafiante (TND), advirtiéndose elementos de comportamiento disocial y dificultades en el control de impulsos. Se cumplían asimismo criterios DSM-IV-TR de abuso de alcohol y de dependencia de tabaco y cannabis. En el seguimiento posterior se confirmaría la presencia de indicadores clínicos y psicométricos que orientaban hacia un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comórbido. En los test neuropsicológicos administrados se reflejaban claras dificultades atencionales y elevada impulsividad.

## Tratamiento y evolución

Durante el periodo de seguimiento en el hospital de día (5 meses) se reinicia el tratamiento farmacológico con risperidona en dosis variable, hasta 2 mg/día, y se vincula al paciente una Unidad de Escolarización Compartida (UEC) para cursar sus estudios de 4.º de ESO. Muestra una buena adaptación a la dinámica del centro y se consigue una mejora global en su adaptación, si bien persisten episodios de desinhibición conductual y peleas en la calle en el contexto de intoxicaciones por alcohol. Dada la estabilidad clínica, inicia seguimiento en consultas externas. Se mantiene el abordaje psicoterapéutico cognitivo-conductual, y se intensifica la intervención con familiares, en las que se progresa en la optimización de las relaciones afectivas, la comunicación y la resolución de conflictos. El paciente consigue acceder a un ciclo formativo de grado medio. Persisten grandes dificultades para organizar y planificar sus tareas escolares, por lo que dados los antecedentes sugestivos de TDAH, se inicia tratamiento con metilfenidato de liberación prolongada, hasta 20 mg/día, con buena respuesta inicial, manteniendo risperidona 2 mg/día. Sin embargo, a los 6 meses, en el contexto de exacerbación de sintomatología subdepresiva con persistencia del consumo de cannabis, se identifican vivencias de referencia y tendencia al aislamiento, así como compromiso emocional al hilo de ideas sobrevaloradas de perjuicio. Se suspende metilfenidato, se incrementa risperidona hasta 3 mg y se inicia bupropion hasta 300 mg/día, también con buena respuesta inicial. En los meses siguientes continúa presentando episodios ocasionales de intoxicación por alcohol, durante los cuales tiene altercados, llegando a imponérsele una medida de libertad vigilada. En las visitas presenta mala higiene, escaso contacto ocular, discurso críptico, tendencia a la disforia y vivencia hostil del

entorno. Finalmente verbaliza ideas delirantes de referencia (mensajes subliminales de los anuncios publicitarios) poco estructuradas e incluso episodios ocasionales de sonorización del pensamiento. Se suspende bupropion y mantiene monoterapia con risperidona, mejorando el contacto y progresando hacia una crítica de los contenidos del pensamiento inusuales y de su actitud defensiva. En coincidencia con el periodo invernal, se exacerba nuevamente la sintomatología depresiva llegando a mostrarse lábil en las visitas y a expresar abatimiento, anhedonia y desesperanza. Se añade al tratamiento sertralina (hasta 50 mg/día), mostrando el paciente una respuesta completa, con remisión de la clínica depresiva y contención de la clínica psicótica. Al poco tiempo presenta un traumatismo con fractura de la tibia y abandona el consumo de alcohol y de cannabis por completo durante varios meses. Con la llegada del periodo estival, manteniendo la pauta terapéutica referida (risperidona 3 mg/día y sertralina 50 mg/día) y la abstinencia sostenida a cannabis y alcohol, muestra una creciente hipertimia, con hipertrofia del yo, cierta desinhibición en el discurso y reducción de la necesidad de sueño. Se decide en ese contexto la reducción de sertralina a 25 mg. En los meses siguientes el paciente progresa a eutimia, manteniendo una adecuada contención, crítica y distanciamiento de la sintomatología de la esfera psicótica.

### **Cambio de orientación diagnóstica y tratamiento actual**

En los meses posteriores se modifica el diagnóstico principal del paciente, orientándose como trastorno esquizo-afectivo, tipo bipolar (295.70) y se realiza un nuevo cambio en el tratamiento: se reduce la risperidona a 1 mg por la noche y se añade lamotrigina en pauta ascendente. Asimismo, se mantienen las visitas de seguimiento frecuentes, con el paciente y con la madre, y los controles de orina aleatorios. Cuando llega a la mayoría de edad, se realiza un acompañamiento para que acuda a las visitas en el servicio de adultos correspondiente, con el fin de evitar la desvinculación del tratamiento.

La evolución posterior del paciente ha resultado positiva durante el siguiente año, con notable estabilización a nivel psicopatológico. Por lo que respecta al consumo de sustancias, ha progresado hacia una aceptable conciencia de sus dificultades y ha mantenido periodos prolongados de abstinencia de cannabis, así como cada vez menos episodios de intoxicación por alcohol.



