



## REVISIÓN

# El abuso de drogas en el marco de los trastornos del comportamiento perturbador

J.A. Jiménez Barbero\*, M. Pérez García, M.L. Medina Garrido y C. Rivera Rocamora

Unidad de Corta Estancia (UCE), Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Román Alberca, El Palmar, Murcia, España

Recibido el 14 de abril de 2010. Aceptado el 1 de junio de 2010

### PALABRAS CLAVE

Trastornos de conducta;  
Infancia;  
Adolescencia;  
Abuso de drogas

### Resumen

El presente estudio es una revisión que trata de analizar las causas y la evolución de los trastornos del comportamiento perturbador en la infancia y la adolescencia, así como su repercusión en el desarrollo de un posible trastorno por abuso de sustancias. La metodología utilizada fue la búsqueda bibliográfica, utilizando los descriptores MESH, “*conduct disorders and substance abuse disorders*”, en las principales bases de datos (Biblioteca Cochrane, Tripdatabase, Medline, LILACS, CINAHL y CUIDEN). Con esta metodología, se seleccionaron un total de 35 estudios, por su especial relevancia y relación con el tema objeto de esta revisión. El análisis y lectura crítica de los estudios revisados nos llevan a concluir que: a) existe una relación de causalidad entre los trastornos del comportamiento perturbador y el desarrollo de un trastorno por abuso de sustancias; b) la gran influencia que en esta evolución tiene el entorno familiar y comunitario requiere que la prevención y el tratamiento deban centrarse en la familia (agente socializador más importante); también son necesarias actuaciones en el ámbito escolar, social (grupo de iguales) y comunitario.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Conduct disorders;  
Childhood;  
Adolescence;  
Substance abuse

### Drug abuse in the context of disruptive behavior disorders

#### Abstract

This study is a review that seeks to analyze the causes and development of disruptive behavior disorders in childhood and adolescence and its impact on the development of a possible substance abuse disorder. The methodology used was literature search using the MESH descriptors, “*conduct disorders and substance abuse disorders*”, in the main databases

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: barbero49@msn.com (J.A. Jiménez Barbero).

(Cochrane Library, Tripdatabase, Medline, LILACS, CINAHL and CUIDEN). Using this methodology, we selected a total of 35 studies, for its special relevance and relationship to the subject under review. The analysis and critical reading of the reviewed studies lead us to conclude that: a) there is a causal link between the disruptive behavior disorders and the development of a substance abuse disorder; b) the great influence in this evolution is the family and community environment, requires the prevention and treatment should focus on the family (most important socializing agent) and the necessary actions in schools, social (peer group) and community.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

## Introducción

Existe una estrecha relación entre los comportamientos perturbadores y el consumo de drogas en la adolescencia: por un lado, el abuso de sustancias se considera unánimemente un factor de riesgo para la realización de conductas antisociales (transgresión de normas, agresiones, acciones delictivas, etc.); por otro, se ha observado que los adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas presentan mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno negativista-desafiante (TND), trastorno disocial (TD) y otros problemas psicopatológicos como depresión e hiperactividad. Los estudios al respecto realizados en nuestro país y en el extranjero, señalan que esta relación se da principalmente con el consumo de alcohol, pero también de marihuana, tabaco, drogas de síntesis, etc.<sup>1</sup>.

De una parte, sabemos por varios estudios que el inicio en el consumo de drogas legales se inicia antes de los 15 años en un porcentaje que se sitúa en un 60% en el caso del tabaco y en un 48% en el del alcohol. Es éste uno de los principales factores de riesgo para el consumo y abuso de las drogas ilegales (cocaína, heroína y drogas de diseño), con un potencial adictivo mucho mayor y cuyo abuso provoca una grave desestructuración en la esfera psicosocial<sup>2</sup>.

Por otro lado, los comportamientos perturbadores constituyen uno de los motivos más comunes de consulta a los profesionales de la salud, tanto en servicios públicos de sa-

lud mental como en centros privados y las escuelas de padres. Los índices de prevalencia del TND varían ampliamente según los estudios epidemiológicos. Así, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado* (DSM-IV-TR), en su edición de 2002, señala que se han hallado tasas de TND situadas entre el 2% y el 16% en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación, por lo que constituye el trastorno del comportamiento perturbador (TCP) más frecuente (tabla 1)<sup>3</sup>.

De manera similar, existe una gran dispersión de datos sobre el TD, respecto al cual se obtienen tasas que oscilan entre menos del 1% y más del 10%. Lamentablemente, la prevalencia del TD parece ir en aumento en las últimas décadas<sup>3</sup>.

Aunque hay una gran evidencia que apoya la asociación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el riesgo del trastorno por abuso de sustancias (TAS), sabemos relativamente poco acerca de sus causas<sup>4</sup>.

En vista de estos datos, nos parece pertinente tratar de profundizar en las causas relacionadas con la asociación entre comportamientos perturbadores (incluyendo el TDAH), y el desarrollo de un trastorno por abuso de drogas en la infancia y la adolescencia.

Asimismo, en virtud de las causas observadas, propondremos las medidas preventivas y/o correctoras adecuadas, apoyándonos para ello en los estudios de cierta relevancia desarrollados en los últimos años.

**Tabla 1** Clasificación de los trastornos del comportamiento perturbador según DSM-IV-TR y CIE-10-MC

CIE-10: Trastornos de la conducta y emociones	DSM-IV: Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador
F.90 Trastornos hiperkinéticos: de la actividad y la atención, hiperkinético disocial y otros trastornos hiperkinéticos	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: – [314.01] combinado, – [314.00] inatento – [314.01] hiperactivo-impulsivo
F.91 Trastornos disociales: en el ámbito familiar, en niños socializados y no socializados, opositor desafiante y otros trastornos disociales	Trastorno disocial: – [312.81] infantil – [312.82] adolescente – [312.89] no especificado [313.81] Trastorno negativista desafiante [312.9] Trastorno por comportamiento perturbador no especificado
F.92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos: depresivo, otros trastornos disociales	
Z.62 Problemas relacionados con la crianza	

## Material y método

Aunque no es propósito del presente trabajo elaborar una revisión sistemática sobre este tema sino más bien ofrecer una visión de conjunto apoyada en estudios empíricos relativamente recientes, creemos conveniente reseñar la metodología empleada a fin de facilitar la reproducción de la búsqueda bibliográfica llevada a cabo.

Se realizaron búsquedas en las principales bases de datos disponibles en ciencias de la salud, incluidas The Cochrane Library, Tripdatabase, Medline, LILACS, CINAHL y CUIDEN, llevada a cabo ésta en dos fases.

En una primera fase se restringe la búsqueda a ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis, publicados durante los últimos diez años (desde el 01/01/2000): se seleccionan un total de 20 estudios, que incluyen 11 revisiones sistemáticas y 9 ensayos clínicos aleatorizados (ECA). No se halló ningún metaanálisis relacionado con el objeto del presente estudio.

Para obtener una visión más amplia, se lleva a cabo una segunda fase en la cual se amplían los criterios de búsqueda a ensayos clínicos controlados, estudios descriptivos, estudios observacionales y revisiones narrativas.

En ambas búsquedas se emplearon los descriptores Mesh: "Conduct disorders and substance abuse disorders".

Excluimos del presente estudio las publicaciones anteriores al año 2000. También se excluyeron aquellos que no abordaban la asociación entre trastornos de conducta en la infancia y adolescencia y los TAS, así como aquellos que resultaban redundantes por no aportar información adicional al resto de los artículos.

## Resultados

Finalmente se seleccionaron un total de 35 estudios, por su especial interés y relación con el tema objeto de esta revisión,

que incluyen: 11 revisiones sistemáticas, 9 ensayos clínicos aleatorizados, 4 ensayos clínicos controlados, 2 estudios observacionales (casos/control), 5 estudios descriptivos y 3 revisiones narrativas (tabla 2). Además incluimos, por su interés, una publicación del Ministerio del Interior que se enmarca en un convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Colegio Oficial de Psicólogos.

Realizados un análisis pormenorizado y una lectura crítica de cada uno de los estudios seleccionados, se observa que las investigaciones de los últimos diez años relacionadas con el tema se han ido desarrollando a partir de tres cuestiones fundamentalmente (tabla 3):

1. La existencia de una asociación entre el padecimiento en la infancia-adolescencia de un TCP y un TAS, que va a persistir en la edad adulta.
2. Factores de riesgo, principalmente familiares, que van a favorecer esta asociación.
3. Intervención sobre niños y adolescentes que presentan TCP, con el fin de evitar el desarrollo de un TAS.

## Discusión

### Trastorno por comportamiento perturbador y consumo de drogas

Los comportamientos perturbadores incluyen conductas socialmente molestas para los demás y que sugieren una predisposición hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad y a las normas, y oposición generalizada<sup>3</sup>.

Estos comportamientos parecen representar una mayor vulnerabilidad para el consumo de drogas entre la población adolescente:

**Tabla 2** Resultados de la búsqueda bibliográfica

	Bases de datos						Total de estudios
	TRIP	Cochrane	MEDLINE	LILACS	CINAHL	CUIDEN	
Revisiones sistemáticas	N.º Ref. (19, 21, 31, 32, 37)	5 (17, 18, 20, 25, 33, 35, 39)	7				12
Ensayos clínicos aleatorizados	N.º Ref.	5 (11, 23, 24, 38, 40)	2 (34, 36)		1 (30)		8
Ensayos clínicos controlados	N.º Ref.		4 (5, 16, 22, 28)				4
Estudios observacionales	N.º Ref.		2 (6, 10)				2
Estudios descriptivos	N.º Ref.		3 (9, 14)	1 (8)		2 (7, 15)	5
Revisiones	N.º Ref.		2 (4, 26)	1 (13)			3
Otros	N.º Ref.						1 (12)

N.º: número de artículos; Ref.: referencia bibliográfica.

**Tabla 3** Cuestiones que han centrado los estudios de los últimos 10 años

	1. Relación TCP-TAS	2. Factores de riesgo	3. Intervención	
			Prevención	Diagnóstico precoz
Revisiones sistemáticas			Thomas R <sup>17,18</sup> , Kelly M <sup>19</sup> , Faggiano F <sup>20</sup> , Harden A <sup>21</sup> , Gates S <sup>25</sup>	Ades AE <sup>31</sup> , Hair HJ <sup>32</sup> , Littell JH <sup>33</sup> , Foxcroft DR <sup>35</sup> , Adams C <sup>37</sup> , Adi Y <sup>39</sup>
Ensayos clínicos aleatorizados	Daivids E <sup>11</sup>		Corby EA <sup>23</sup> , Zonneville Bender MJ <sup>24</sup>	Thompson LL <sup>30</sup> Connell AM <sup>34</sup> , Santisteban DA <sup>36</sup> , Kaminski RA <sup>38</sup> , Mannuzza S <sup>40</sup>
Ensayos clínicos controlados	López B <sup>5</sup>	Moeller FG <sup>16</sup>	Prinz RJ <sup>22</sup>	Niemela S <sup>28</sup>
Estudios observacionales (casos/control)	Marmorstein NR <sup>6</sup> , De Sanctis VA <sup>10</sup>			
Estudios descriptivos	López G. <sup>a</sup> KS <sup>7</sup> , Shiguo Morihisa <sup>8</sup> , Flory K <sup>9</sup>	Muñoz Rivas M <sup>14</sup> , Florenzano Urzúa R <sup>15</sup>		
Revisiones narrativas	Faraone SV <sup>4</sup>	Newman K <sup>13</sup>		Griswold KS <sup>26</sup>
Otros		Secades Villa R <sup>12</sup>		

TAS: trastorno por abuso de sustancias; TCP: trastorno del comportamiento perturbador.

1. Un estudio descriptivo correlacional, realizado entre adolescentes hispanos obtuvo resultados que sugieren que el trastorno de conducta en los jóvenes con altos niveles de síntomas de hiperactividad, afiliación a grupos de iguales consumidores habituales y rendimiento escolar pobre, está directamente relacionado con el consumo de alcohol y drogas en la adolescencia temprana<sup>5</sup>.
2. En la misma línea, un estudio de casos y controles realizado por Marmorstein et al<sup>6</sup> parece llegar a las mismas conclusiones para edades más avanzadas. Después de hacer un seguimiento a una muestra de gemelos de edades comprendidas entre los 17 y los 20 años, en los que se manifestaban comportamientos antisociales, concluye que la conducta antisocial de aparición tardía (después de la adolescencia) presenta muchas de las correlaciones negativas del trastorno antisocial de la personalidad, entre las que predominan un mayor riesgo de uso/abuso de sustancias, es decir, estos jóvenes tienen problemas significativos clínicamente similares a quienes presentan este diagnóstico.
3. También desde Enfermería se han realizado estudios en los que se describe una relación significativa entre conductas antisociales y consumo de alcohol entre adolescentes<sup>7</sup>.

A pesar de estos datos, puede ser peligroso caer en el etiquetaje diagnóstico de los adolescentes consumidores de drogas, ya que puede conducir a su estigmatización y aislamiento social. De hecho, un estudio retrospectivo que trata-

ba de comprobar cómo los TCP estaban asociados al sexo y la edad de inicio del consumo de drogas, concluyó que, de una muestra de 187 adolescentes, el trastorno más frecuente era el trastorno depresivo (24,1%), mientras que tan sólo el 9,6% padecía realmente un TCP<sup>8</sup>.

Mención aparte merece el TDAH: su comorbilidad con los TAS ha recibido una atención considerable en las últimas investigaciones científicas y clínicas<sup>4,9-11</sup>. Estos dos trastornos están vinculados en una variedad de maneras: los síntomas principales del TDAH pueden ser imitados por los efectos del uso de sustancias psicoactivas, lo que dificulta el diagnóstico de un trastorno en presencia del otro. Además, se ha demostrado que los pacientes con historia de TDAH parecen experimentar un mayor uso indebido de drogas, y con más complicaciones, lo cual indica la necesidad de iniciar estrategias de tratamiento tempranas<sup>11</sup>.

Sabemos por estudios familiares que la asociación entre TDAH y el TAS es fuerte, lo que sugiere que los dos trastornos pueden compartir factores de riesgo genéticos u otros de tipo familiar. Los descendientes de padres consumidores de drogas tienen más riesgo, no sólo de padecer este trastorno, sino también de ser portadores de otros rasgos como inatención, impulsividad, agresividad e hiperactividad, propios algunos de ellos del TDAH<sup>4</sup>. Asimismo, un estudio reciente de casos y controles parece indicar que niños y adolescentes diagnosticados de TDAH están expuestos a un mayor riesgo de malos tratos, así como a padecer consecuentemente un TAS<sup>10</sup>.

La mayoría de los estudios que han examinado la relación del TDAH, el TCP y el TAS sugieren que el TCP es un factor

importante en la relación TDAH-TAS. En este sentido, el estudio de Flory et al<sup>9</sup> constata que los jóvenes que presentan síntomas de TDAH (hiperactivo-impulsivo-inatento) y de TD (problemas de conducta externalizantes), tienen un riesgo incrementado de sufrir un TAS: los síntomas de TDAH y TD, por separado, predicen un mayor índice de uso/abuso de cannabis y drogas duras, e incluso cuando estos síntomas aparecen combinados se dan los niveles más altos de uso/abuso de sustancias.

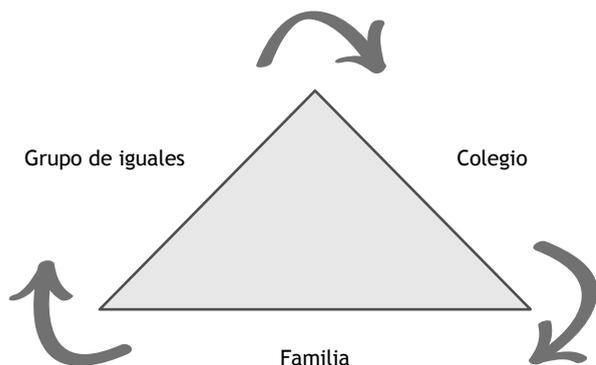
### Factores de riesgo

Como hemos visto, la asociación entre TCP y TAS parece clara. Sin embargo, para avanzar hacia un abordaje de naturaleza preventiva, se hace preciso conocer los factores que favorecen, en primer término, la aparición de conductas disociales en la infancia y/o la adolescencia, así como los que van a predisponer a una evolución de estas hacia una toxicomanía.

Para desarrollar este apartado, encontramos especialmente interesante una publicación del Ministerio del Interior, que se enmarca en un convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Colegio Oficial de Psicólogos, y que reúne estudios de naturaleza descriptiva alrededor de los factores de riesgo<sup>12</sup>.

Los diversos autores que participan en estos estudios consideran que las principales variables que se relacionan con el desarrollo de los comportamientos perturbadores, se agrupan en cuatro categorías:

1. Macroambientales: el entorno físico, socio-económico, político y cultural, compartido por un gran número de adolescentes.
2. Microambientales: los contextos específicos en los que se desenvuelve el adolescente, es decir, la familia, el instituto, el vecindario, la pandilla.
3. Biológicas: la investigación constata respuestas psicofisiológicas anómalas al comparar adolescentes con y sin comportamientos perturbadores graves.
4. Psicosociales: los adolescentes con conductas agresivas presentan déficit en habilidades de resolución de conflictos, generan menos alternativas a los problemas, valoran más positivamente las soluciones agresivas, etc.



**Figura 1** Modelo de intervención preventiva del trastorno por abuso de sustancias asociado a conductas disociales.

Dentro de las variables mencionadas destaca la influencia del ambiente familiar, particularmente de los padres, como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos: la familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Una revisión integrada, realizada por Newman et al, analiza la relación existente entre el estilo parental adoptado y los comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes, y extrae conclusiones interesantes<sup>13</sup>:

1. El estilo parental autoritativo (es decir, con alto nivel de calidez y control paternos) está asociado a una disminución de los comportamientos de riesgo, entre ellos conductas violentas y consumo de drogas. Estos comportamientos se relacionan, sin embargo, con estilos parentales autoritarios (alto control paterno y bajo nivel de calidez), permisivos (bajo control paterno, pero alto nivel de calidez) e indiferentes (bajo control paterno, bajo nivel de calidez).
2. Los tipos de padres y los comportamientos relacionados con la afectividad, la comunicación y las prácticas de disciplina predicen factores importantes, incluyendo la realización académica y la adaptación psicosocial.

En España también se han obtenido resultados que indican la importancia del entorno familiar: Muñoz Rivas y Graña López<sup>14</sup> describieron, a raíz de un estudio realizado entre adolescentes de la Comunidad Autónoma de Madrid, los siguientes factores de riesgo y protección familiar para el consumo de drogas<sup>14</sup>:

1. Factores de riesgo (drogas legales): ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, existencia de conflictos padres-adolescentes y consumo de alcohol por parte del padre.
2. Factores de protección (drogas legales): acostarse a una hora fija por la noche, buen vínculo con los padres.
3. Factores de riesgo/protección (drogas ilegales): naturaleza de la relación familiar (relación padre-madre y madre-adolescente), y actitud favorable o desfavorable hacia las drogas de éstos.

Podemos concluir, pues, que el proceso de socialización, por el que el individuo se convierte en miembro de un grupo social, y que se desarrolla principalmente durante el período que va desde la niñez a la adolescencia, estaría en la base, con frecuencia, de un posterior trastorno adictivo. La familia sería el agente socializador más importante; va a constituir, junto con el grupo de iguales y la escuela, el triángulo básico de intervención preventiva de los comportamientos disociales y el abuso de drogas (fig. 1).

Al margen del modelo de socialización familiar, van a tener una gran influencia en el desarrollo de un TCP/TAS, los rasgos de personalidad del niño y/o adolescente. Al menos, así parece indicarlo un interesante diseño descriptivo publicado en 2001<sup>15</sup>, que investigó la incidencia predictiva del papel de la familia y de los factores de personalidad sobre el consumo de drogas y alcohol en la edad juvenil. Con este fin se emplearon tres instrumentos: el cuestionario de salud

para jóvenes (ECRA-2), la escala de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III) y la escala de evaluación de las dimensiones de orientación interpersonal (DOI) a 467 jóvenes de ambos sexos, seleccionados al azar de una población de estudiantes de edades entre once y diecinueve años. Se midieron las variables que parecen influir en las conductas de riesgo juveniles, entre las ligadas al funcionamiento familiar y a los elementos de personalidad subyacentes. Mediante un análisis multivariado específico de regresión logística, se identificaron cuatro áreas con capacidad predictiva en la conducta de consumo: cohesión familiar, edad, conductas prosociales y antisociales. Las interesantes conclusiones de este estudio son que, para ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico, la presencia de consumo de drogas y alcohol en la edad juvenil en los jóvenes de la muestra se relaciona significativamente con familias de bajos niveles de cohesión (familias desaparecidas), con la edad y algunas escalas del factor conducta prosocial frente a conducta antisocial estadísticamente predictoras de dicho consumo.

Desde la Neurofisiología, también se han tratado de establecer relaciones que expliquen la predisposición a padecer un TAS. El abuso de drogas se asocia frecuentemente con un aumento de la agresividad/impulsividad<sup>16</sup>, posiblemente debido a los déficits en la función cognitiva relacionados con alteraciones de la corteza prefrontal, que se manifiestan por una reducción de la amplitud de la onda P300. La onda P300 (EP300, P3) es un potencial relacionado con eventos que puede ser registrado mediante electroencefalografía como una deflexión positiva de voltaje con una latencia de unos 300 ms en el electroencefalograma (EEG). La presencia, magnitud, topografía y duración de esta señal se utiliza a veces en la medición de la función cognitiva de los procesos de toma de decisiones.

Existen estudios en este ámbito que contradicen la relación abuso de drogas-trastorno de conducta infantil: un ensayo clínico no aleatorizado y un tamaño muestral reducido ( $n = 31$ ), desarrollado por Moeller et al<sup>16</sup>, en el que se comparan los resultados obtenidos en los casos (adictos a la cocaína) y los controles (no adictos), parece concluir que la neurofisiología básica responsable de la amplitud de la onda P300 en las personas dependientes de la cocaína se asocia con la impulsividad, independientemente de una historia de síntomas de trastorno de conducta infantil<sup>16</sup>. Sin embargo, este estudio, además de las carencias metodológicas mencionadas (falta de aleatorización, tamaño muestral reducido, posible efecto Hawthorne, al conocer los sujetos de la muestra que están siendo estudiados...), no tiene en cuenta otras variables socioculturales (entorno familiar, nivel cultural, estrato social). Por otra parte, sus conclusiones se refieren exclusivamente al abuso y dependencia de la cocaína, por lo que no son extrapolables al consumo de otras drogas (alcohol, tabaco, cannabis, heroína...).

## Intervención

La prevención y diagnóstico precoz del TCP y el TAS así como la relación entre ambos síndromes ha sido ampliamente estudiada, especialmente en los últimos años, dada su repercusión económica y social. Las conclusiones a las que llegan los distintos autores, aunque coincidentes en su mayoría, presentan particularidades significativas, dignas de análisis:

## Prevención

A pesar de que algún autor ha realizado estudios interesantes orientados a la prevención del consumo de sustancias (como el tabaco) entre niños y adolescentes en riesgo, a través de programas escolares y familiares<sup>17,18</sup>, aún se conoce poco acerca de la etiología y el mantenimiento del uso/abuso de drogas, especialmente los factores que colocan a los niños en mayor riesgo para un posterior TAS.

El bienestar social y emocional durante la infancia no sólo es importante en sí, sino que además va a afectar a su salud física (como niño y como adulto) y puede ser determinante para su rendimiento escolar. Una buena salud social y emocional ayuda a proteger la salud psicológica de los niños contra los trastornos conductuales, la violencia y el uso indebido de alcohol y drogas<sup>19</sup>. Por tanto, la promoción de la salud mental de los niños y adolescentes es fundamental a la hora de prevenir y corregir un trastorno de esta índole.

Sobre este punto, una revisión sistemática relativamente reciente, desarrollada por Faggiano et al<sup>20</sup>, y que incluye 29 ECA y 3 ensayos prospectivos controlados, desarrolla la hipótesis de que la escuela puede ser el ámbito adecuado para favorecer el bienestar emocional de los niños, a través de programas fundamentados en la información e intervenciones basadas en habilidades, con el fin de disminuir el riesgo de consumo inicial y prevenir la transición del uso experimental de la droga a la adicción en niños con problemas de conducta.

Otra revisión sistemática, elaborada por Harden et al<sup>21</sup>, evalúa las investigaciones sobre las barreras y los facilitadores de la salud mental de los adolescentes con el fin de extraer las implicaciones para la promoción de la salud mental<sup>21</sup>, y llega a las siguientes conclusiones:

1. Existe escasez de investigación de calidad para evaluar la eficacia de la promoción de la salud mental en la infancia/adolescencia, especialmente entre los grupos socialmente excluidos.
2. Los jóvenes tienen opiniones claras sobre las barreras y los facilitadores de su salud mental. Éstas proporcionan una importante fuente de información que debe ser considerada en cualquier intento de promover su salud mental.

Para Prinz et al<sup>22</sup> existen tres fenómenos especialmente adversos en la infancia y la adolescencia y que suelen aparecer de forma asociada, como son: los problemas de conducta, el abuso de sustancias y el fracaso escolar. Por lo tanto, una intervención que fuera capaz de reducir el riesgo de cada uno de ellos podría ser eficaz para prevenir este problema. Tanto es así, que la Universidad de Columbia en el año 2000 realizó un ensayo, con el propósito de probar la utilidad de un experimento llamado "Alianza Temprana", que tenía por objeto reducir el riesgo de estos tres resultados adversos en la infancia y la adolescencia. En este estudio se llevaron a cabo dos diseños simultáneos:

1. El diseño principal se centra en los niños con alto riesgo de resultados adversos, y compara una intervención preventiva específica y multicontextual, en la familia, la escuela y las relaciones entre iguales, con la intervención preventiva en la escuela, que promueve la gestión pacífica de conflictos.

2. El segundo diseño se centra en los niños con menor riesgo de resultados adversos, en los que emplea un programa de clase administrado universalmente<sup>22</sup>. Sin embargo, aunque los resultados son prometedores, se trata de un estudio no aleatorizado, por lo que éstos deben considerarse con cautela hasta que se desarrollen investigaciones de mayor relevancia.

Además de los mencionados, hemos encontrado otros estudios que proponen diversos programas terapéuticos, a fin de prevenir estas conductas:

Consideramos especialmente interesante un ECA que evalúa el impacto de un programa verbal-meditacional (pensar en voz alta), de 12 semanas de duración, en el que se enseña a los padres y a los niños a resolver problemas cognitivos y sociales, abordando los factores de riesgo en la primera infancia relacionados con el consumo de drogas en la adolescencia<sup>23</sup>.

Más recientemente, un ECA demostró los efectos preventivos del tratamiento del TCP en la mitad de la infancia sobre el abuso de sustancias y las conductas delictivas<sup>24</sup>. Para ello, se comparó la Terapia de Conducta Normalizada (grupo experimental), con los cuidados habituales (grupo control). La conclusión a la que llegaron fue que la Terapia de Conducta Normalizada en niños que presentaban TCP en la mitad de la infancia parece ser más potente que los tratamientos habituales, en el TAS en la adolescencia temprana. Las condiciones de tratamiento muestran tanto un beneficio a largo plazo como efectos preventivos sobre la delincuencia.

Sin embargo, una importante revisión sistemática elaborada por Gates et al<sup>25</sup>, sobre 17 ECA<sup>25</sup>, indica que faltan pruebas sobre la efectividad de algunas intervenciones que pueden implementarse en el ámbito no escolar: las entrevistas motivacionales y algunas intervenciones familiares pueden presentar algún beneficio, sobre todo, en la prevención del consumo de cannabis, pero no se obtuvieron resultados significativos en el entrenamiento en habilidades y las intervenciones comunitarias con componentes múltiples.

Estos contradictorios resultados nos llevan a pensar que, a pesar de que los estudios parecen mostrar resultados prometedores *a priori*, aún queda un largo camino por recorrer en cuanto a la prevención de estos trastornos. Sería precisa una mayor actividad investigadora en este ámbito, con muestras mayores, así como estudios que analizaran su relación coste-efectividad para determinar si se puede recomendar alguna de las intervenciones propuestas.

#### *Diagnóstico precoz*

Es evidente que el diagnóstico precoz en estos casos va a ser esencial para un pronóstico favorable del trastorno. Los médicos de familia son piezas clave del sistema sanitario para reconocer el abuso de drogas y los trastornos de conducta en sus pacientes al posibilitar que se tomen medidas para abordar la cuestión antes de que se instaure el trastorno en la edad adulta<sup>26</sup>. Una herramienta útil para el *screening* del uso indebido de sustancias en adolescentes es el CRAFFT, cuestionario breve y fiable, validado recientemente por el *Center for Adolescent Substance Abuse Research* (CeASAR) del *Children's Hospital Boston*. Este cuestionario consta de 6 sencillas preguntas, similares a las empleadas en el cuestionario CAGE (destinado a la detección del riesgo de alco-

holismo), con las cuales el terapeuta explora el abuso de drogas a través de las conductas que los adolescentes suelen relacionar con el mismo (conducción de vehículos, uso de sustancias para "encajar" mejor en el grupo de iguales, para combatir la soledad...).

El reconocimiento precoz, en la escuela primaria incluso, de los TCP va a permitir llevar a cabo intervenciones orientadas hacia la promoción de conductas prosociales que permitan detener la progresión hacia la conducta antisocial o hacia el desarrollo de un trastorno antisocial de personalidad. La actuación en estos primeros años va a resultar fundamental para interrumpir las vías que pueden ser difíciles o imposibles de cambiar una vez que comienza la adolescencia.

La enfermera escolar, figura que no existe aún en nuestro país, puede ser un instrumento para educar al personal sobre los factores de riesgo y los primeros comportamientos asociados (la experimentación con sustancias, mayoritariamente), al facilitar el establecimiento de un plan individualizado de atención médica dirigido a objetivos de comportamiento específicos y proporcionar un medio de observar y documentar las mejoras del niño<sup>27</sup>. De hecho, un estudio de seguimiento relativamente reciente, desarrollado por la Universidad de Turku en Finlandia<sup>28</sup>, confirma con sus resultados la importancia del sistema educativo en la detección de niños especialmente vulnerables (con problemas de conducta e hiperactividad) y que manifiesten conductas de riesgo, tales como frecuentes borracheras.

Los problemas de agresividad/impulsividad durante la infancia y la adolescencia contribuyen causalmente al consumo temprano de sustancias y al desarrollo de adicciones en la adolescencia<sup>29</sup>: los adolescentes con TAS y TCP, con alto índice de agresividad, se caracterizan por un alto grado de impulsividad, tal y como afirman Thompson et al (2006), que parecen demostrar en un ECA<sup>30</sup> que determinado tipo de pruebas, como la de memoria inmediata/memoria tardía, desarrollada por ellos como variante de la prueba de funcionamiento continuo, pueden ser prometedoras para captar la impulsividad en los jóvenes, y por lo tanto contribuir al diagnóstico precoz de estos trastornos.

#### **Tratamiento**

El tratamiento de niños y adolescentes con problemas de conducta, asociado o no a uso/abuso de sustancias, ha sido ampliamente estudiado por diversos autores y la mayoría coincide en la necesidad de un abordaje principalmente familiar y comunitario<sup>31</sup>. Sin embargo, del análisis de los trabajos publicados así como de las conclusiones de sus autores, se desprende la necesidad de seguir investigando con el fin de despejar las lagunas aún existentes y desarrollar una actuación que resulte no sólo eficaz, sino también efectiva y eficiente.

Una revisión sistemática, elaborada por Hair a lo largo de la década 1993-2003<sup>32</sup>, estudió los resultados y factores de éxito de los programas de tratamiento residencial para los jóvenes con trastornos de conducta: se concluyó que este tipo de intervenciones son más eficaces cuando se enmarcan en un sistema más amplio de atención holística, ecológica y multimodal. Asimismo los autores destacan la gran importancia de la familia y de la terapia familiar a la hora de abordar este tipo de conductas con posibilidades de éxito.

Como alternativa al tratamiento residencial destaca la terapia multisistémica (TMS), que constituye una intervención multifactorial a corto plazo (4-6 meses), basada en el ámbito domiciliario y comunitario para familias de jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves, fundamentada en la teoría de los sistemas sociales, ecológicos y familiares, y en investigaciones sobre las causas y las relaciones del comportamiento antisocial grave en los jóvenes. Aunque existen varios ECA que parecían indicar la mayor eficacia de esta terapia, una revisión sistemática elaborada por Littell et al en 2005<sup>33</sup> señala que estos ensayos fueron realizados por los propios autores del programa en EE.UU. y concluyen, tras una lectura crítica de los mismos, que no existen pruebas concluyentes de la efectividad de la TMS en comparación con otras intervenciones.

También el abuso de alcohol entre los jóvenes ha sido estudiado de forma exhaustiva por diversos autores. Muy recientemente, Connell et al llevaron a cabo un ECA, en el que se analiza el impacto de un enfoque adaptable a la intervención familiar en las escuelas públicas, a la que llaman *Family Check-Up*, sobre las tasas de abuso de sustancias y conducta antisocial. Observaron que en el grupo de estudio se lograba una disminución significativa en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana, así como en la manifestación de problemas de comportamiento durante las edades de 11 a 17 años, junto con la disminución en el riesgo para el diagnóstico de TAS y de los registros de arrestos policiales después de los 18 años de edad<sup>34</sup>.

En la misma línea Foxcroft et al<sup>35</sup> publicaron una interesante revisión sistemática, en la que analizan los estudios que evalúan la efectividad a largo plazo (más de 3 años) de intervenciones psicosociales y educativas para la prevención primaria del abuso de alcohol entre los jóvenes. En este estudio, los autores llegan a la conclusión de que el Programa de Fortalecimiento Familiar constituye una intervención preventiva eficaz a largo plazo, aunque es precisa más investigación, así como la evaluación de dicho programa a mayor escala y en contextos diferentes.

Igualmente, un ensayo clínico aleatorizado reciente demostró la eficacia de la terapia estratégica familiar breve (BSFT), en la evolución del comportamiento de jóvenes hispanos que presentaban problemas de drogas<sup>36</sup>.

Además de la intervención familiar, son muy importantes las intervenciones comunitarias para reducir el uso indebido de sustancias entre los niños y adolescentes especialmente vulnerables y/o desfavorecidos, tal y como señala una revisión sistemática elaborada por Adams et al<sup>37</sup>. En este estudio se indica que el TCP supone un riesgo añadido para el consumo de drogas entre niños y jóvenes menores de 25 años y establece una serie de recomendaciones a la comunidad para prevenirlo.

Por último, no olvidemos el ámbito escolar, de importancia capital en el diagnóstico precoz y prevención, como se ha visto, pero que además debe asumir un papel fundamental en el tratamiento de estos trastornos mediante la promoción del bienestar mental en la etapa infantil:

1. Un ECA, desarrollado por Kaminski et al, parece indicar que las intervenciones en edad preescolar pueden ser eficaces para reducir el riesgo de abuso de sustancias<sup>38</sup>.
2. La revisión sistemática elaborada por Adi et al en 2007<sup>39</sup> concluye que existen pruebas de la eficacia de programa

mas de componentes múltiples en colegios (formación de docentes y apoyo a los padres en la crianza y desarrollo de los hijos), aunque se precisan más investigaciones para establecer el nivel adecuado de su contenido y duración.

En el caso de TAS comórbido con TDAH, el tratamiento debería ser un acercamiento multimodal que es similar al que debería emplearse para tratar el TAS entre los pacientes que no tienen TDAH. Es esencial este tipo de abordaje multimodal dado que el TAS, sobre todo cuando es crónico y severo, responde pobremente a la mayoría de los tratamientos. Además, normalmente el tratamiento del TDAH no será exitoso si no se ha estabilizado el TAS del paciente<sup>4</sup>. Este tratamiento debería contar con educación, a paciente y familiares, sobre la enfermedad, farmacoterapia e implicaciones de ésta con el TAS.

Asimismo, puede ser importante la terapia psicosocial que incluya el entrenamiento del manejo conductual de los padres de pacientes jóvenes y la terapia cognitivo conductual (TCC) para adolescentes y adultos. Ésta será menos efectiva cuanto más avanzado y grave sea el TAS.

Por último, es imprescindible en estos casos la farmacoterapia, basada principalmente en psicoestimulantes amfetámicos (metilfenidato) y atomoxetina que es un inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina. Aunque la hipótesis de la sensibilización neuroadaptativa postula que la exposición del sistema dopaminérgico a estimulantes incrementa la sensibilidad a los efectos de refuerzo del consumo de drogas y, por lo tanto, el tratamiento farmacológico de primera línea del TDAH constituye un importante factor de riesgo de un posterior TAS, un ECA reciente<sup>40</sup>, que estudiaba esta relación, no llegó a encontrar diferencias significativas entre el grupo experimental (sin tratamiento farmacológico) y el grupo control (con tratamiento farmacológico).

## Conclusiones

En los últimos diez años se han desarrollado estudios relevantes que avalan la hipótesis de que muchos de los TAS que se dan en la actualidad en adultos, provienen de trastornos de conducta infantiles, tales como el TDAH, el TD o el TND.

Muchos autores coinciden en afirmar que un diagnóstico precoz de estos desórdenes, preferentemente en la edad escolar o preescolar, así como las intervenciones preventivas en sujetos de riesgo, podría no sólo evitar el TAS, sino también el desarrollo de otras conductas antisociales en la adolescencia y en la etapa adulta.

Dichas intervenciones deberían centrarse principalmente en la familia, por ser el agente socializador más importante, aunque son también necesarias actuaciones en el ámbito escolar, social (grupo de iguales) y comunitario.

Aunque existen diversas propuestas de tratamiento para niños y adolescentes con problemas de conducta asociados al abuso de drogas (terapia multisistémica, programas de fortalecimiento familiar, terapia estratégica familiar breve, programas residenciales...) no existe aún un consenso entre los autores especializados en el tema, y aunque probablemente la *mejor* intervención sea aquella que se adapte a las condiciones sociales, culturales, económicas y familiares

del paciente, éstos coinciden en la necesidad de más investigación en esta área.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

## Bibliografía

- Espada Sánchez JP, Méndez Carrillo FX. Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas; 2002. p. 25-55.
- Plaza del Pino FJ, Martínez Gálvez L, Plaza del Pino MD. Taxonomía NANDA, NIC y NOC en el trabajo de enfermería con adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). *Enferm Docente*. 2007;86:31-5.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
- Faraone SV. TDHA y trastornos por consumo de drogas. *RET. Rev Toxicom*. 2006;48:15-9.
- López B, Schwartz SJ, Prado G, Huang S, Rothe EM, Wang W, et al. Correlates of early alcohol and drug use in Hispanic adolescents: examining the role of ADHD with comorbid conduct disorder, family, school, and peers. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(4):820-32.
- Marmorstein NR, Iacono WG. Longitudinal follow-up of adolescents with late-onset antisocial behavior: a pathological yet overlooked group. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(12):1284-91.
- López García KS, Costa Junior ML. Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(2):299-305.
- Shigueo Morihisa R, Pereira Barroso L, Scivoletto S. Labeling disorder: the relationship between conduct problems and drug use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(4):308-14.
- Flory K, Milich R, Lynam DR, Leukefeld C, Clayton R. Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. *Psychol Addict Behav*. 2003;17(2):151-8.
- De Sanctis VA, Trampush JW, Harty SC, Marks DJ, Newcorn JH, Miller CJ, et al. Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(4):785-93.
- Davids E, Von Bunau U, Specka M, Fischer B, Scherbaum N, Gastpar M. History of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and opioid dependence: a controlled study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29(2):291-6.
- Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
- Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relaciones entre los tipos de padres y comportamientos de riesgo en la salud del adolescente: una revisión bibliográfica integrada. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(1):142-50.
- Muñoz-Rivas M, Graña López JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001;13(1):87-94.
- Florenzano Urzúa R, Sotomayor P, Otava M. Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. *Rev Chil Pediatr*. 2001;72(3):219-33.
- Moeller FG, Barratt ES, Fischer CJ, Dougherty DM, Reilly EL, Mathias CW, et al. P300 event-related potential amplitude and impulsivity in cocaine-dependent subjects. *Neuropsychobiology*. 2004;50(2):167-73.
- Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;(4):1-162.
- Thomas R, Baker P, Lorenzetti D. Programas familiares para la prevención del hábito de fumar en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*. 2008;(3):1-41.
- Kelly M, Morgan A, Killoran A, Jagroo J. Promoting children's social and emotional wellbeing in primary education. NICE Public Health Guidance; 2008. Report No.: 12.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A. Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;(4):1-72.
- Harden A, Rees R, Shepherd J, Brunton G, Oliver S, Oakley A. Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators. EPPI-Centre; 2001.
- Prinz RJ, Dumas JE, Laughlin JE. The EARLY ALLIANCE prevention trial: a dual design to test reduction of risk for conduct problems, substance abuse, and school failure in childhood. *Control Clin Trials*. 2000;21(3):286-302.
- Corby EA, Russell JC. Substance abuse risk reduction: Verbal mediational training for children by parental and nonparental models. *Substance Abuse*. 1997;18(4):145-64.
- Zonneville-Bender MJ, Matthys W, Van de Wiel NM, Lochman JE. Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):33-9.
- Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes. *The Cochrane Library*. 2008;(3):1-27.
- Griswold KS, Aronoff H, Kernan JB, Kahn LS. Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician*. 2008;77(3):331-6.
- Barcalow K. Oppositional defiant disorder: information for school nurses. *J Sch Nurs*. 2006;22(1):9-16.
- Niemelä S, Sourander A, Poikolainen K, Helenius H, Sillanmäki L, Parkkola K, et al. Childhood predictors of drunkenness in late adolescence among males: a 10-year population-based follow-up study. *Addiction*. 2006;101(4):512-21.
- Pérez de los Cobos Peris J, Díaz Hurtado R, Goti Elejalde J. Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia: un reto de asistencia y prevención. Barcelona: Ars Médica; 2009.
- Thompson LL, Whitmore EA, Raymond KM, Crowley TJ. Measuring impulsivity in adolescents with serious substance and conduct problems. *Assessment*. 2006;13(1):3-15.
- Ades AE, Aslan T, Barnett D, Bird S, Brain E, Butler G. Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders. NICE Technology Appraisal Guidance; 2006;102.
- Hair HJ. Outcomes for children and adolescents after residential treatment: a review of research from 1993 to 2003. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)*. 2005.
- Littell JH, Pops M, Forsythe B. Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;(4):1-43.
- Connell AM, Dishion TJ, Yasui M, Kavanagh K. An adaptive approach to family intervention: linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(4):568-79.

35. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. The Cochrane Library. 2008;(3):1-69.
36. Santisteban DA, Coatsworth JD, Pérez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, et al. Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *J Fam Psychol.* 2003;17(1):121-33.
37. Adams C, Atkinson S, Bury M, Capewell S. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. NICE Public Health Intervention Guidance. 2007;4.
38. Kaminski RA, Stormshak EA, Good RH, Goodman MR. Prevention of substance abuse with rural head start children and families: results of project STAR. *Psychol Addict Behav.* 2002;16(4):11-26.
39. Adi Y, Kiloran A, Janmohamed K, Stewart-Brown S. Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools. University of Warwick; 2007. Report No.: 1.
40. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL. Does stimulant treatment place children at risk for adult substance abuse? A controlled, prospective follow-up study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003;13(3):273-82.