

# Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores

1

Beatriz Payá<sup>1</sup>, Germán Castellano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra. Programa de Psiquiatría Infantojuvenil. C.H.padre Menni. Santander. Cantabria.

<sup>2</sup>Pediatra .C. S La Vega Z. Consulta Joven. Cantabria.

## INTRODUCCIÓN TEÓRICA A LA PATOLOGÍA

El consumo de alcohol y de otras drogas entre los adolescentes de las sociedades desarrolladas es un problema común. Los estudios de investigación realizados en el campo del consumo de sustancias en la última década observan que la edad de comienzo de la experimentación con sustancias psicoactivas ha disminuido. Sin embargo, en cifras generales el consumo de drogas es poco frecuente por debajo de los 12 años, observándose un pico de aumento importante en la adolescencia.

Al ser la adolescencia la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales, es fácil entender como en este periodo es frecuente que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias psicoactivas.

Las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol y la nicotina, seguidas de la marihuana. En los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de cocaína en este grupo de población, seguida de las drogas de diseño, estimulantes anfetaminas y tranquilizantes. Los inhalantes ocupan el primer lugar en los medios marginales. Otras sustancias que han experimentado un periódico aumento en esta población. son los opiáceos y esteroides.

Los estudios epidemiológicos reflejan que de la mitad a tres cuartas partes de los adolescentes han probado una droga ilegal en algún momento de su vida, de estos un 20-40% han probado más de una droga. Un 36.3% de la población de 15 a 65 años apoya la legalización y un 20% opina que las drogas pueden probarse.

El 24% de los adolescentes de 14 a 18 años ha consumido cannabis en el último mes, uno de cada tres españoles lo ha probado y 300.000 personas lo fuman diariamente. Además el 6.8% de ellos en esa misma franja de edad ha probado la cocaína y el 37% no ve peligro en su consumo, las cifras para drogas de síntesis están alrededor del 2% y para anfetaminas en el 1%. El 17,9% de los consumidores de cocaína también lo son del alcohol y el 10,7% del cannabis.

Hay que matizar que aunque el consumo de una sustancia no es suficiente para llegar a presentar un abuso o dependencia, un

numero importante de estos adolescentes va a llegar a reunir los criterios para el diagnostico de trastorno por abuso de sustancias.

Los factores que determinan que se desarrolle un problema de abuso/dependencia son de naturaleza multifactorial, se han identificado diferentes factores de riesgo que incluyen factores individuales, del grupo de amigos, familiares y de la comunidad, así como influencias genéticas y ambientales. De esta manera la vulnerabilidad genética de un individuo se vería incrementada en presencia de los otros factores de riesgo predisponiendo así al sujeto al consumo y posteriormente al abuso o dependencia de una determinada sustancia.

## CLÍNICA

Dentro de la clínica que puede detectarse en un adolescente que consume habitualmente algún tipo de droga podemos encontrarnos con síntomas de tipo crónico, derivados del consumo habitual de la misma y síntomas agudos producidos bien por la intoxicación o bien por la abstinencia de determinadas sustancias, en caso de existir una dependencia.

## CLÍNICA DERIVADA DEL CONSUMO CRÓNICO

El consumo regular de una sustancia va a producir alteraciones en el humor, en el comportamiento y en la capacidad cognitiva del adolescente. Sin embargo, el tipo de manifestaciones variará en función del tipo de sustancia consumida, de la cantidad, del contexto del consumo y de una serie de características individuales del sujeto que incluyen la experiencia previa con la sustancia, las expectativas sobre el efecto de la droga y la presencia o ausencia de otro tipo de psicopatología previa.

Los cambios de comportamiento pueden variar desde la desinhibición, la hipervigilancia, la hiperactividad o agitación, hasta la somnolencia o letargia.

Los estimulantes consumidos de forma crónica se asocian, sobre todo en personas con vulnerabilidad, a problemas afectivos, agitación, irritabilidad e ideación homicida.

La fenciclina puede generar estados crónicos tóxicos con sintomatología difícil de diferenciar de la esquizofrenia. La marihuana también puede precipitar cuadros psicóticos en sujetos vulnerables.

El consumo crónico de marihuana en adolescentes y jóvenes adultos también se ha asociado a una disminución de la volición e iniciativa, síntomas que se acuñan bajo el término de síndrome amotivacional.

Otra manifestación habitual es el cambio de humor del adolescente, síntoma que puede variar desde la depresión a la euforia. La depresión es común en el consumo crónico de marihuana, inhalantes y benzodiazepinas y la euforia se ha descrito asociada a los anabolizantes orales y los estimulantes.

Los problemas de concentración y cambios en la capacidad de atención son otros síntomas frecuentes del consumo crónico de algunas de estas sustancias.

Además de esta amplia gama de síntomas, uno de los signos claves en la clínica de un adolescente que presenta un trastorno por abuso de sustancias va a ser el deterioro en el funcionamiento escolar y psicosocial que puede manifestarse con la aparición de disfunción o conflictiva familiar, conflictos interpersonales y fracaso escolar.

La aparición de comportamientos de riesgo y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como el trastorno de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos depresivos o de ansiedad son también comunes en el consumo regular de drogas.

El curso clínico del trastorno por abuso de sustancias es variable, a menudo se observa una disminución del consumo o el abandono del mismo en la adolescencia tardía o inicio de la vida adulta, sin embargo aquellos sujetos con criterios de dependencia a la sustancia o con más factores de riesgo individuales continúan reuniendo criterios para este diagnóstico.

A largo plazo las personas con un abuso de sustancias muestran un considerable riesgo de presentar otras patologías mentales y riesgos físicos especialmente relacionados con el suicidio, muertes accidentales, delincuencia, depresión y mala función psicosocial. También aumenta el riesgo de HIV y hepatitis C entre los que usan drogas intravenosas.

## INTOXICACIÓN

La OMS en la CIE-10 define como **intoxicación aguda** aquella alteración del nivel de conciencia, cognición, percepción, afecto, comportamiento o de funciones psicofisiológicas que se producen como una respuesta directamente asociada a los efectos farmacológicos agudos de una sustancia. Estas alteraciones se resuelven con el tiempo hacia la total recuperación excepto cuando se produce un daño de tejidos u otras complicaciones irreversibles.

El clínico debe estar familiarizado con la sintomatología de la intoxicación aguda de las sustancias más comunes ya que es una causa habitual de urgencia médica.

Las manifestaciones y el manejo de la intoxicación aguda de las sustancias más comunes se expone a continuación en la tabla I.

## DIAGNÓSTICO

En la clasificación del DSM-IV (4ed) los trastornos por abuso de sustancias incluyen tanto el abuso como la dependencia a sustancias.

A pesar de que estos criterios pueden ser de utilidad para identificar adolescentes con un patrón patológico de consumo, al haber sido desarrollados para adultos no van a ser del todo aplicables con los adolescentes.

A pesar de que el consumo de una sustancia es un prelude necesario para llegar al abuso o a la dependencia, para hacer el diagnóstico de **abuso de una sustancia** se requiere la evidencia de un patrón maladaptativo del consumo de la sustancia con un nivel clínicamente significativo de deterioro.

Por **deterioro** se entiende la incapacidad de asumir obligaciones lo que lleva al sujeto a reducir su funcionamiento en una o más áreas de su vida, a presentar comportamientos de alto riesgo y a un aumento de la probabilidad de presentar problemas legales debidos a la posesión o exposición a situaciones peligrosas.

La **dependencia** constituye un conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan después del consumo repetido de una sustancia y que típicamente incluye el deseo intenso de consumirla, dificultades para controlar su consumo, persistencia en el consumo de la misma a pesar de las consecuencias negativas, mayor prioridad al consumo de la sustancia que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia a la misma y a veces síndrome de abstinencia.

## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL ADOLESCENTE CON SOSPECHA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

Cuando se presenta en consulta un adolescente con problemas de funcionamiento en unos o más dominios el profesional debería siempre realizar una evaluación exhaustiva sobre el consumo de sustancias.

Antes de proceder a realizar la evaluación propia del problema debemos asegurar siempre un nivel apropiado de confidencialidad, ya que los adolescentes van a estar más receptivos a hablar sinceramente si confían en que esa información no va a ser compartida.

Si bien es cierto que esta confidencialidad ayuda a reforzar la alianza terapéutica y la apertura del adolescente, el clínico debe también explicitar con claridad que en determinadas condiciones, como la evidencia de un posible peligro para él o los demás, deberá romper esta confidencialidad e informar al adulto responsable.

Paralelamente a esto se debe animar y ayudar al adolescente a que revele por sí mismo el problema a los padres.

En el caso de que en la entrevista de screening haya sospechas sobre consumo de sustancias psicoactivas (véase tabla II) se debe realizar una exploración más exhaustiva para determinar el tipo de sustancias que consume, la cantidad y la frecuencia del consumo, la presencia de consecuencias negativas secundarias al consumo y la actitud personal hacia el consumo.

**TABLA I.** Sintomatología y manejo de la intoxicación aguda de las drogas de abuso más frecuentes

#### **Estimulantes (anfetaminas)**

- Síntomas de intoxicación aguda: aumento de energía, euforia, grandiosidad, irritabilidad, aumento de la actividad física, disminución apetito y del sueño.
- En toxicidad aguda es frecuente la ideación paranoide lo que puede ocasionar reacciones de violencia. en el paciente.
- Hipertermia, convulsiones e hipertensión grave son otros síntomas dentro del cortejo medico de toxicidad.
- Importante, además del manejo medico, tener gran tacto en el trato con el paciente intoxicado, debido a la ideación paranoide. Los gestos o movimiento bruscos puede ser malinterpretados y aparecer reacciones violentas. Además del soporte medico es recomendable sedación con benzodicepinas.

#### **Cannabis (marihuana, hachís)**

- Intoxicación: sensaciones de desrealización, percepción distorsionada del tiempo, agudización de los sentidos, sensación de felicidad y hambre. Estos efectos suelen ser percibidos como agradables, aunque a veces son vividos como amenazantes alcanzando la proporción de alucinaciones visuales. En gente vulnerable puede desencadenar sintomatología psicótica y crisis de pánico.
- Si hay ataques de pánico o ansiedad utilizar benzodicepinas. En el caso de delirio o síntomas psicóticos la hospitalización breve es apropiada ya que los constituyentes activos de la marihuana pueden ejercer su efecto durante días.

#### **Cocaína**

- Las manifestaciones de la intoxicación aguda son similares a las de las anfetaminas. La ingesta de grandes cantidades puede producir fallo cardiaco y convulsiones.
- La intoxicación aguda requiere hospitalización con un adecuado soporte del estado médico.

#### **Alucinógenos (fenciclina, LSD, mescalina y drogas de diseño)**

- Las manifestaciones de la intoxicación aguda varían desde estados de estimulación con euforia, aumento del sensorio y aumento de la energía hasta estados delirantes con alucinaciones, fluctuación del sensorio y desorientación.
- La intoxicación aguda con alucinógenos puede dar lugar a un “mal viaje” que se puede solventar con un soporte verbal tranquilizador y drogas tranquilizantes como benzodicepinas, además del soporte médico adecuado.

#### **Opiáceos**

- La sobredosis por opiáceos produce un estado semicomatoso cuya clínica incluye la disminución de la frecuencia respiratoria, cianosis, pupilas puntiformes, edema pulmonar, arritmias y convulsiones, pudiendo progresar hasta el edema cerebral.
- Es una urgencia médica que requiere un tratamiento agresivo con antagonistas opioides por vía iv (naloxona), las arritmias cardiacas y el edema pulmonar requieren de un soporte medico adecuado.

#### **Inhalantes**

- La intoxicación aguda puede causar los síntomas habituales de un delirium. El tratamiento requiere cuidados de soporte en un medio hospitalario.

#### **Tranquilizantes**

- La intoxicación se manifiesta con una profunda somnolencia, si se ingieren grandes cantidades puede existir riesgo de una depresión respiratoria, riesgo que se incrementa si son mezclados con alcohol. Para el tratamiento se requiere a veces de un medio hospitalario.

Otro aspecto a explorar son los efectos que el consumo de la/s sustancia/s tienen en el funcionamiento del adolescente así como determinar si el problema puede ser etiquetado como un abuso o dependencia.

Como hemos señalado anteriormente, para ser considerado un trastorno, el consumo de la sustancia debe producir algún tipo de disfunción en uno o más dominios de la vida de ese adolescente (dominios en los que se incluye la familia, colegio o trabajo y tiempo libre), así como problemas médico-psiquiátricos y/o del comportamiento.

Para realizar una evaluación óptima de este último aspecto se requiere obtener información de varias fuentes, incluyendo al propio paciente, padres o cuidadores, otros miembros familiares, colegio e historial médico previo.

Dado que es frecuente la comorbilidad del trastorno por abuso de sustancias con otras patologías psiquiátricas, es necesario hacer una valoración de la psicopatología actual, así como

**TABLA II.** Signos precoces de abuso/ dependencia en niños y jóvenes

1. Disminución rendimiento escolar. Faltas al colegio.
2. Cambios en amistades.
3. Se transforma su manera de vestir y hablar.
4. Cambios conducta en casa: se torna más huraño, irritable, comparte pocas actividades con familia.
5. Necesidad insaciable de dinero, incluso pueden recurrir a vender objetos de casa.
6. Cambios en sus horarios y actividades. Cambios en el patrón de sueño y alimentación.
7. Señales de quemaduras en la ropa, restos de hierba en bolsillos, manchas sangre en camisa si consumen droga IV.

si había existencia de algún tipo de sintomatología psiquiátrica o tratamiento previo al consumo.

Un último y no menos importante aspecto es explorar la opinión del adolescente en relación al consumo de estas sustancias como un problema potencial, así como si ha habido intentos de parar o controlar el consumo y su efectividad.

La evaluación de la motivación del adolescente para el cambio puede ayudar a determinar los objetivos, así como el nivel de atención inicial del tratamiento.

Los test toxicológicos de fluidos corporales, frecuentemente orina, pueden ser parte de la evaluación si se estima necesario. El clínico también debe establecer con el adolescente los límites de la confidencialidad antes de proceder al test.

Dado que el tiempo que las sustancias permanecen en orina es limitado, un resultado negativo en el test de orina no indica que no se haya producido el consumo.

## TRATAMIENTO

### 1. Objetivos del tratamiento

En los estudios publicados sobre resultados de tratamiento se ha visto que **el tratamiento es mejor que el no tratamiento**. En el año después del tratamiento, se observa una disminución del consumo y de los problemas legales así como se produce una mejoría en el funcionamiento a nivel psicológico y escolar.

El primer objetivo del tratamiento debe ser el alcanzar y mantener la abstinencia del consumo de la sustancia.

Aunque el adolescente inicialmente puede no encontrarse motivado para parar el consumo, el dotarle de estrategias para controlar más el consumo de la sustancia puede proporcionarle sentimientos de mayor autoeficacia, no solo para reducir el consumo sino para poco a poco ir consiguiendo la abstinencia.

Además de este primer objetivo los tratamientos integrados abordan también toda la problemática asociada al consumo como son los problemas psiquiátricos y de conducta coexistentes, la problemática familiar, los problemas de relación interpersonal y el funcionamiento en el área académico vocacional. Este trabajo, además de producir una mejoría en el funcionamiento general del adolescente, ayudaran también al objetivo primario del tratamiento que es la abstinencia.

Para realizar este trabajo es importante que los programas terapéuticos incluyan también servicios de asesoramiento vocacional, actividades recreativas y servicios médicos.

### 2. Modalidades de tratamiento

Desde el punto de vista de la modalidad de terapia, la **terapia familiar** es la que mejores resultados ha demostrado, aunque la terapia individual de tipo cognitivo-conductual combinada con técnicas motivacionales ha demostrado también su eficacia en este trastorno.

La intervención familiar va a ser crítica para el éxito del tratamiento de esta patología en adolescentes, ya que existen numerosos factores familiares que se han identificado como posibles factores de riesgo para el desarrollo de abuso de sustancias en

el adolescente, (conflictividad entre padres-adolescente, falta de supervisión, disciplina inconsistente, negligencia).

Aunque existen muchos enfoques en las intervenciones familiares, existen una serie de objetivos comunes a todas ellas: dar información a la familia sobre el trastorno, proporcionar apoyo y estrategias a la familia para iniciar y mantener los esfuerzos de guiar al adolescente hacia el tratamiento apropiado y conseguir la abstinencia, ayudar a los padres a conseguir una estructura con límites y disciplina consistente y monitorización adecuada así como mejorar la comunicación entre miembros familiares.

Los **grupos de autoayuda** también han demostrado beneficios como coadyuvantes a otros tipos de tratamiento.

Este tipo de programas de tratamiento basados en grupos de autoayuda como el utilizado en alcohólicos anónimos, es una de las aproximaciones terapéuticas más utilizadas en los Estados Unidos.

Los estudios muestran tasas altas de recuperación en grupos de adolescentes que continúan en grupos de autoayuda una vez finalizado el tratamiento convencional, así como más altas cifras de abstinencia cuando se comparan con grupos que no participan en estos grupos después del tratamiento.

Los programas de este tipo se caracterizan por el trabajo con el adolescente en pasos específicos hacia la recuperación, asistencia a los grupos de autoayuda y del acompañamiento de un sponsor que es otra persona en proceso de recuperación más avanzado.

### 3. Niveles de cuidado

El tratamiento puede realizarse en varios niveles de cuidado, la elección del nivel apropiado debe hacerse de acuerdo con los siguientes factores, entre los que se incluyen: la capacidad del adolescente de cuidar de si mismo, la motivación del adolescente y su familia de cooperar en el tratamiento, la necesidad de estructura y límites que precise el adolescente, la coexistencia de otros problemas psiquiátricos o médicos, la accesibilidad y existencia de recursos terapéuticos específicos, la preferencia del adolescente y la familia hacia un determinado nivel de tratamiento y la respuesta a tratamientos previos.

### 4. Uso de medicación

Las medicaciones usadas para disminuir el “craving” (deseo por el consumo) como el **ondasetron**, **acamprostat** o **naltrexona** están siendo cada vez más usadas en el tratamiento de la dependencia a sustancias en adultos, sin embargo a pesar de que existen referencias de casos de buena respuesta en adolescentes, su eficacia en esta población no ha sido todavía probada en estudios controlados.

Este tipo de sustancias, así como el consumo de agentes aversivos como el **disulfiram** podrían ser considerados en caso de adolescentes refractarios a otros tratamientos.

Es importante señalar que la presencia de un trastorno por abuso de sustancias puede aumentar el potencial de una sobredosis intencional o accidental con medicación psicotrópica, especialmente en combinación con la sustancia de consumo habitual.

Dado que algunos trastornos psiquiátricos, de frecuente comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias como los trastornos de conducta, el trastorno depresivo y el trastorno por déficit de atención pueden aumentar el riesgo o precipitar recaídas del trastorno por abuso de sustancias, es importante abordarlos adecuadamente para lo que a veces, a pesar de los riesgos mencionados, es preciso utilizar agentes farmacológicos.

## 5. Respuesta al tratamiento

Los tratamientos largos, la colaboración familiar, el uso de buenas estrategias para resolver problemas y una red de apoyo social adecuada son factores que ayudan a una buena respuesta durante la realización del tratamiento.

Una vez finalizado el tratamiento el establecimiento de relaciones con otros iguales que no consumen sustancias, el estar involucrado en actividades de tiempo libre y el haber retomado la vida escolar o laboral son factores que determinarán un mejor pronóstico.

Los factores que predicen una mala respuesta al tratamiento son la criminalidad, el estatus socioeconómico bajo y la progresión en la gravedad del abuso.

## 6. Prevención de los trastornos por abuso de sustancias

Además de realizar una buena prevención secundaria (diagnóstico e intervención precoz), el objetivo más ambicioso en el abordaje de estos trastornos sería el actuar sobre el eslabón previo a la aparición de la enfermedad (prevención primaria). En este sentido la intervención dirigida a modificar los factores de riesgo e incrementar el número de factores protectores en la población vulnerable es uno de los pilares básicos en la prevención primaria. Los padres, el colegio y los profesionales que trabajan directamente con los adolescentes son una herramienta fundamental de cara a realizar este trabajo, por el contacto estrecho que mantienen con este grupo de riesgo, van a poder realizar una buena detección de casos, así como empujar adecuadamente al adolescente y/o familia hacia el tratamiento adecuado. Por otro lado, son unas figuras clave en la transmisión de valores entre los jóvenes.

Previamente a introducir los focos fundamentales de abordaje en la prevención del abuso de drogas introducimos algunos conceptos básicos en prevención.

### Factores de riesgo

Son los que suponen estadísticamente una probabilidad mayor de padecer un daño aunque no implican directamente una relación causa efecto.

### Grupo de riesgo

Conjunto de población, que por sus características intrínsecas y/o extrínsecas, tiene mayor probabilidad de padecer el daño.

### Vulnerabilidad

Se refiere a la sensibilidad y/o debilidad real o latente, inmediata o diferida a padecer un daño. Está determinada por aspectos genéticos no modificables a los que se suman otros aspectos ambientales o intrínsecos del sujeto.

### Resiliencia

Se define en física como la característica mecánica que expresa la resistencia de un material a los choques. Es una noción afín al concepto psicológico de la resistencia. De esta forma ciertas características del entorno social y familiar influirán decisivamente en la resiliencia de un sujeto, que expuesto a una situación de riesgo no sucumbirá gracias a los factores protectores que le hacen inmune a los riesgos.

Una buena planificación de futuro, la capacidad de asumir responsabilidades, la independencia, el alejamiento de los focos peligrosos, la asociación con personas de sólida formación y experiencia, el tener iniciativas diversas y la ética. son factores que generan resiliencia en un sujeto.

Un planteamiento amplio para generar resiliencia en los adolescentes puede ser el siguiente:

1. Mejorar la autonomía, la autoestima y hacer una orientación social positiva dirigida a la juventud que es una fuerza social imparabile y vital.
2. Potenciar la unidad de la familia, el afecto, la cohesión, la mutua ayuda, el dialogo.
3. Factores externos de apoyo, amigos, otros familiares, sociedades deportivas, docentes, tutores.

## FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

### Factores familiares

En España el 40% de los padres de adolescentes prefiere no ahondar en cuestiones “complicadas” para no enfrentarse a los hijos en las situaciones diarias incluido el ocio. Esta **pasividad** es un factor de riesgo de primer orden.

La **sobreprotección** de los hijos es otro fenómeno cada vez más frecuente, quizá producido porque muchos padres no están todo el tiempo que quisieran con ellos por razones de trabajo, aunque es oportuno recordar que importa más la calidad del tiempo dedicado que la cantidad. El **“todo vale”** es una actitud preocupante ya que los hijos deben educarse con normas y límites. Es muy difícil que quien en la infancia no tuvo límites los acepte en la adolescencia y la infracción repetida de las normas debe sancionarse de manera proporcionada en la cuantía y en el tiempo oportuno.

Desde 1981 en que se aprobó la ley del divorcio se han producido en España más de un millón de separaciones y más

de 700.000 divorcios. En 2004 aumentaron un 6.5% respecto a 2003 y un 17.2% respecto a 2002, y en el periodo 1996-2004 el número de rupturas familiares ha crecido en más del 60%. En torno al 20% de los casos se produce la reconciliación. Es preciso que los padres reflexionen y pacten sobre la mejor forma de educar y transmitir factores protectores a los hijos en esas circunstancias, legítimas por otra parte. Mencionemos también a las nuevas familias que son un factor más a tener en cuenta.

### Factores escolares

La educación integral en la escuela se ocupa de la adquisición de conocimientos y debe abordar también los aspectos preventivos en el campo de la salud. Esa función es compleja y se puede resumir en los siguientes aspectos:

1. Ayudar a los alumnos a ser personas de acuerdo con el concepto del mundo, de la vida, del ser humano y con los valores imperantes en la comunidad educativa.
2. Apoyar al alumno para que encuentre sus propias metas.

Capacitar al alumno para conocerse, comprenderse y llegado el momento optar por un estilo de vida con capacidad para la adaptación y superación. La escuela trabajará en conceptos no tradicionales, básicos para que el individuo se desarrolle plenamente en la vertiente personal, profesional y social y que son los siguientes:

**Autoestima**, que se refiere a los aspectos evaluativos y afectivos.

**Autoconcepto**, que trata de los aspectos cognitivos, percepción e imagen que cada uno tiene de sí mismo, y que puede referirse al autoconcepto académico, físico, personal, emocional o social.

En los últimos tiempos aparece en la escuela el acoso a los alumnos como una forma de violencia. Se estima que el 12% de los alumnos padece agresión física, siendo un 4% de esa cifra los que la sufren de forma reiterada. Los peores efectos son los derivados del dolor producido por el aislamiento, la vejación y la burla. La Asociación SOS Bullying recibió entre los meses de noviembre de 2004 a mayo de 2005 un total de 4.200 denuncias de toda España. Por todo lo expuesto es evidente el factor protector que puede desempeñar la escuela a través de una auténtica educación para la salud que debe prestar atención a la información, prevención y detección de sustancias tóxicas.

### Los amigos

Son una parte muy importante en el desarrollo psico-social de los adolescentes. En cada generación se dice que los jóvenes actuales son peores que los anteriores, lo cual es inexacto porque aún admitiendo que se haya producido un desfase respecto a generaciones anteriores de jóvenes en aspectos como la capacidad de sacrificio, respeto a las normas de convivencia o uso del tiempo libre, se puede afirmar “que la juventud de hoy

es la misma de siempre pero en otras circunstancias diferentes, en otro mundo, que también será diferente en el futuro”.

Puede ser preocupante el papel del grupo en el consumo de drogas ilegales por su capacidad de presión. Recordemos que a mediados de 2004 el 79% de los jóvenes españoles creía que la droga ilegal se puede conseguir muy fácilmente, y cerca de su casa o escuela, frente al 63% de la media europea.

### Factores sociales

Vivimos en sociedad deshumanizada y por encima de cuestiones éticas o morales están las económicas y “el tanto tienes tanto vales” o “el tener antes que el ser”. Nuestros jóvenes reciben el mensaje de lo fácil, de lo inmediato, palabras como abnegación y sacrificio casi han perdido su significado. Lamentablemente los jóvenes también perciben la poca atención que con frecuencia se presta a los ancianos.

En EE.UU. muchos adolescentes han abandonado el consumo de marihuana que ha bajado del 42% al 37% en 6 años y del éxtasis que del 12% bajó al 9% siendo reemplazados por analgésicos y otros medicamentos que encuentran en el botiquín de su casa. Se estima que 4.3 millones consumen de esta forma. Es probable que esta práctica se extienda y llegue a nuestro país.

Por otra parte, las cifras de quienes defienden que las drogas pueden probarse está alrededor del 20%, con lo cual se produce la paradoja entre la despreocupación por un lado y el temer al consumo por otro. Entre 1993 y 2002 los ingresos hospitalarios por psicosis, incluido el alcohol, aumentaron un 103%. Recordemos que el 48.6% de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico en nuestro país entre 1991 y 2003 habían ingerido alguna sustancia psicoactiva, alcohol, drogas legales o ilegales o fármacos.

Los padres de adolescentes sienten que no pueden competir con las presiones que reciben sus hijos y se autoinculpan por no haber impuesto normas y límites más rígidos antes. Se mueven entre la impotencia, el temor, la culpabilidad y la esperanza de pasar esa etapa lo más pronto posible llegando a un 43% que asume muchas y medianas posibilidades de que sus hijos lleguen a consumir, frente a un 42% que ven nulas o escasas condiciones de que eso ocurra.

Ante unos padres con dudas sobre los riesgos de consumo de sus hijos el mejor consejo es “antes de actuar infórmate y fórmate”.

Por otro lado, los medios de comunicación, especialmente televisión es un factor desequilibrante que ofrece con frecuencia contenidos sexistas y violentos en horarios inadecuados, además muchas familias no controlan lo que sus hijos ven en la “pantalla mágica”, sin contar que el *homo sapiens* se está convirtiendo en *homo videns*. Internet también va adquiriendo peso específico en algunos aspectos que son de riesgo para niños, adolescentes y jóvenes.

Y todo ello acontece en una sociedad, como la española, donde en el año 2004 los psicodélicos fueron el segundo grupo

farmacológico más consumido, casi doblando al que ocupa el tercer lugar.

### DERIVACIÓN: CRITERIOS, PROCEDIMIENTO, SEGUIMIENTO CONJUNTO DE LOS PROFESIONALES

El pediatra de atención primaria ocupa un lugar privilegiado para realizar la detección de posibles casos de abuso de sustancias en población adolescente. Ante la sospecha de un posible caso, el pediatra debería realizar una evaluación de la dimensión del problema y de la actitud del adolescente hacia el mismo.

Antes de proceder a la derivación a un dispositivo de salud mental es aconsejable trabajar en la motivación del adolescente hacia el tratamiento y en la conveniencia de implicar a su familia en el mismo.

En los casos donde exista una comorbilidad asociada al consumo, esta puede representar el motivo principal de la derivación.

Una vez realizada la derivación a salud mental, el psiquiatra debe realizar una valoración de la gravedad del problema, de la situación familiar, de posible comorbilidad y de la actitud del adolescente y la familia hacia los posibles planteamientos terapéuticos para determinar el nivel de abordaje más indicado y realizar la derivación al recurso adecuado de tratamiento.

A lo largo del proceso terapéutico debe existir una coordinación entre los diferentes profesionales implicados, tratando de conseguir un apoyo mutuo en las diferentes actuaciones terapéuticas.

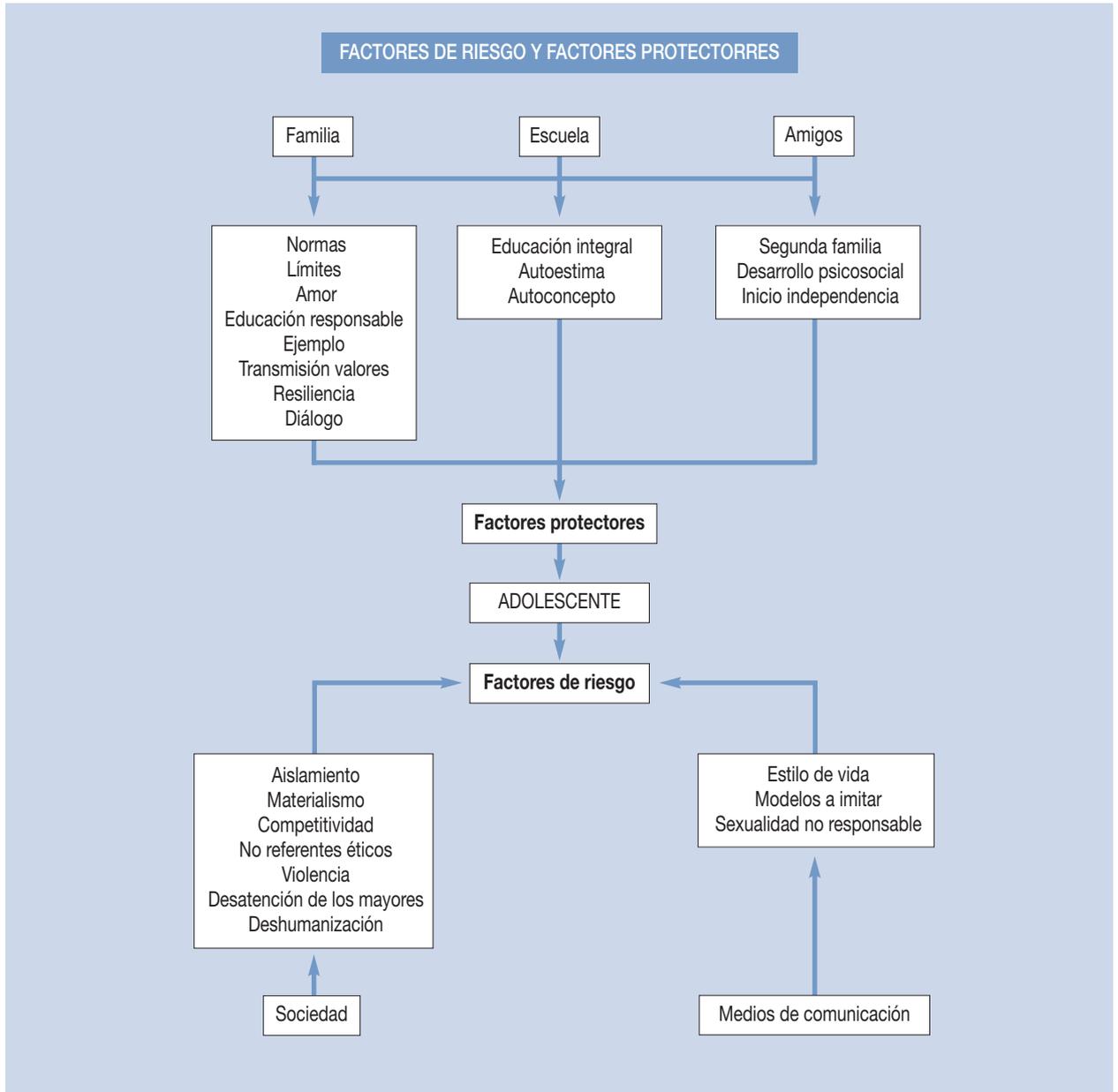
### BIBLIOGRAFÍA

1. Child and adolescent Psychiatry (4<sup>th</sup> edition). Rutter M, Taylor E, eds. Blackwell Science.  
*\*\* Manual de psiquiatría infantil. Revisión exhaustiva y actualizada de los trastornos por abuso de sustancias y de los factores de riesgo y protectores*
2. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, 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.  
*\*\*Parámetros prácticos (basados en consenso clínico y evidencia científica) propuestos por la Academia Americana de Psiquiatría infantil y del adolescente en lo que se refiere a la evaluación y tratamiento de adolescentes con abuso de sustancias.*
3. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología del niño y del adolescente. (2<sup>a</sup> ed).

*\*\*Aporta una visión del abuso de sustancias interesante teniendo en cuenta los aspectos evolutivos.*

4. Rey JM, Martin A, Krabman P. Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(10): 1194-205.  
*\*\*Revisión reciente sobre datos epidemiológicos, problemas asociados al uso y comorbilidad en adolescentes consumidores de cannabis.*
5. Kamon J, Budney A, Stanger C. A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(6): 513-21.  
*\*\*Artículo que describe un modelo de tratamiento para los adolescentes con abuso de marihuana que ha mostrado buena eficacia.*
6. Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid; Díaz de Santos; 1994.  
*\*\*Manual de psiquiatría infantil muy completo. Aporta una visión amplia de la problemática adolescente .*
7. Castellano Barca G. Conflictos familiares. En: Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, eds. Medicina de la Adolescencia. Atención integral. Madrid: Ergon; 2004. p. 207-214.  
*\*\*Se analizan los diferentes factores que originan conflictos familiares.*
8. Castellano Barca G. El adolescente y su entorno: sociedad, familia, amigos. Pediatr Integral 2005; IX(1): 41-46.  
*\*\*Se hace una valoración de los aspectos que influyen directamente en la vida del adolescente.*
9. Castells P, Silber TJ. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. 3<sup>a</sup> edición. Planeta; 2003.  
*\*\*\*Es una auténtica guía que se ocupa de la práctica totalidad de los problemas en la adolescencia y que tiene un enfoque diagnóstico y terapéutico.*
10. Díaz R. Cómo prevenir en los adolescentes los problemas con las drogas. El adolescente aquí. Club de Pediatría Social. Barcelona, marzo 2005. p. 107.  
*\*Trabajo en forma de taller para el manejo práctico de la prevención en el consumo de drogas*
11. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia. Pediatr Integral 2005; IX(2): 137-153.  
*\*\*\*Se tratan de forma muy completa todos los aspectos relativos al consumo de droga*
12. Manciaux M. La resiliencia, resistir y rehacerse. Gedisa; 2003.  
*\*\*\*Los interesados en ampliar conocimientos en resiliencia tienen en esta obra una referencia de gran valor.*
13. Serrano González MI. Una nueva familia para una nueva sociedad convivir educando. Revista de Educación para la Salud A Tu Salud marzo 2005, p. 2-9.  
*\*\*La autora trasmite su gran experiencia en Educación para la Salud ampliando el campo de los que estén interesados en esta materia.*

ALGORITMO. Factores de riesgo y factores protectores.



## Caso clínico

---

Adolescente de 17 años derivado por el pediatra a consulta de psiquiatría infantil por crisis de ansiedad.

Hace un mes, tras una salida nocturna, se despertó de madrugada con sensación de no poder respirar, miedo a ahogarse, palpitaciones, temblor de manos, mareos y náuseas. Pensaba que le ocurría algo grave y despertó a sus padres para que le llevaran al hospital. En urgencias le administraron 1 mg de lorazepam sublingual y se etiquetó el cuadro como una crisis de ansiedad.

Una semana más tarde, estando en clase presentó un episodio parecido pero de menor intensidad. Desde entonces refiere miedo a dormirse por si le volviera a ocurrir.

Durante el día se encuentra cansado, con poca energía y sin ganas de hacer nada.

Sus padres le notan muy irritable y refieren que su único interés es salir con sus nuevos amigos, ya que con sus amigos de siempre ha perdido el contacto. Comentan que fue buen estudiante hasta que empezó la ESO, ha repetido ya un curso y su idea es dejar los estudios.

El paciente no tiene antecedentes médicos de interés, fue a un psicólogo a los 5 años porque era muy inquieto y no se cen-

traba en clase. Ahora sigue teniendo problemas para mantener la atención, es olvidadizo y poco organizado; cuando se enfada suele saltar de forma explosiva sin ningún control.

Al explorar un posible abuso de sustancias, reconoce ser fumador desde los 14 años, aunque comenzó a fumar a los 12. Consume alcohol desde los 14 años compartiendo litronas con los amigos por las tardes. Los fines de semana, además suele beber 3 ó 4 cubatas. A los 14 años empezó a fumar hachís ocasionalmente, a los 16 casi a diario y en el último año fuma 4-5 porros al día, el fin de semana puede llegar a 10 porros en una salida. En este último año ha comenzado a consumir esporádicamente drogas de diseño.

Reconoce algún problema derivado de esto; ha sido expulsado del instituto por no ir a clase y faltar al respeto a un profesor tras haberse fumado unos porros en el recreo, ha estado a punto de ser sorprendido por la policía cuando iba el moto bastante "colocado". También confiesa que alguna vez ha cogido dinero en casa para poder comprar. Sin embargo, considera su conducta como normal entre la gente de su edad. Nunca se ha planteado el dejar de consumir, aunque cuando se ha ido con sus padres de fin de semana no ha consumido.

## Preguntas de evaluación

### PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. Señale lo incorrecto en relación al abuso de cannabis:
  - a) La intoxicación aguda puede producir ataques de pánico.
  - b) Su abuso continuado puede precipitar cuadros psicóticos en gente vulnerable.
  - c) Es la droga más usada entre los adolescentes después del alcohol y el tabaco.
  - d) En general la intoxicación aguda suele generar sensaciones desagradables en el paciente.
  - e) Es frecuente que produzca hambre.
2. El concepto de dependencia de una sustancia incluye todo lo siguiente excepto:
  - a) Deterioro en el funcionamiento .
  - b) Desarrollo de tolerancia.
  - c) Dificultad para controlar su uso.
  - d) Síndrome abstinencia.
  - e) Todas son correctas.
3. Señale la respuesta correcta:
  - a) Está aumentando la edad media de experimentación con sustancias psicoactivas.
  - b) Existe un pico de aumento de trastornos por abuso de sustancias a partir de los 12 años.
  - c) Los inhalantes son el tipo de droga más usada en adolescentes.
  - d) Sólo un 20% de los adolescentes experimentan con drogas.
  - e) Un porcentaje de los adolescentes que consumen sustancias psicoactivas no van a llegar a desarrollar problemas de abuso o dependencia.
4. Respecto a protección y riesgo:
  - a) Es más importante la prevención secundaria que la primaria.
  - b) La vulnerabilidad se refiere a sensibilidades o debilidades para situaciones inmediatas.
  - c) Los factores de riesgo llevan aparejados siempre una relación causa efecto.
  - d) La resiliencia supone inmunidad frente a los riesgos.
  - e) Los factores externos de apoyo no mejoran la resiliencia.
5. Señale la respuesta correcta:
  - a) Un 70% de los padres de adolescentes tratan con ellos los riesgos.
  - b) La pasividad de los padres sobre el ocio de los hijos no es un riesgo.
  - c) En 2004 las separaciones y divorcios se estabilizaron.
  - d) El número de reconciliaciones familiares está en el 20%.

- e) Es suficiente que la autoridad sobre los hijos se ejerza con afecto.

### PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. En relación a las crisis de pánico sufridas por el paciente podemos decir con mayor probabilidad que:
  - a) Se trata de un problema independiente al consumo de sustancias.
  - b) Puede tratarse de un cuadro de ansiedad inducido por un consumo abusivo de alguna de ellas.
  - c) Probablemente se trate de un síndrome de abstinencia a las drogas de diseño.
  - d) Existe poca probabilidad de que se vuelvan a repetir.
  - e) La administración de Lorazepam en el servicio de urgencias fue una actuación poco correcta.
2. En base a la sintomatología descrita en el caso clínico deberían plantearse todos los diagnósticos siguientes excepto:
  - a) Trastorno por abuso de sustancias.
  - b) Síndrome amotivacional producido por el uso crónico de marihuana.
  - c) Una posible comorbilidad con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
  - d) Un trastorno del humor.
  - e) Una esquizofrenia.
- 3.Cuál sería la intervención más adecuada en este caso:
  - a) Decirle al adolescente que inmediatamente se tiene que comunicar el problema a sus padres.
  - b) Centrarnos exclusivamente en sus crisis de ansiedad indicándole la necesidad de iniciar un tratamiento farmacológico y esperar a plantearle el problema del abuso en consultas posteriores.
  - c) Plantearle seriamente la obligación de iniciar un tratamiento para su problema de abuso de sustancias lo antes posible.
  - d) Informarle de que sus crisis han podido desencadenarse por un consumo abusivo de hachís y marihuana, tratar de profundizar con él en otras consecuencias negativas de este consumo en otras áreas de su vida. Ponerle como objetivo la abstinencia para ver si se resuelve la sintomatología actual, citarle para una nueva consulta en un periodo de tiempo corto para valorar la evolución y dificultades que haya podido tener.
  - e) Decirle que tiene un problema serio aunque él no quiera darse cuenta y que si no esta dispuesta a tratarse se tendrán que plantear otra medidas más coercitivas.