

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El uso de alcohol y otras drogas es una práctica relativamente común entre los adolescentes, que en la mayoría de los casos queda circunscrita a la juventud sin producir problemas graves, con excepción quizás del tabaco. Sin embargo, desde hace unos años estamos asistiendo a cambios en los patrones de consumo de alcohol y de otras sustancias adictivas que han aumentado considerablemente la morbilidad y la mortalidad asociada al consumo de drogas en la población juvenil, lo que han obligado a replantearse la prevención y el tratamiento de estas conductas en los jóvenes.

1. Definición/concepto

En los adultos, los trastornos relacionados con el uso de sustancias que habitualmente requieren un tratamiento específico son el abuso y la dependencia. Sin embargo, en los adolescentes, por su inmadurez física y psicológica, incluso las intoxicaciones puntuales de alcohol u otras drogas pueden producir consecuencias nefastas (accidentes, embarazos no deseados, infecciones, “golpe de calor”, coma etílico, psicosis o crisis de ansiedad). Por otro lado, pocas veces encontramos que los jóvenes cumplan estrictamente los criterios de abuso o dependencia de los manuales diagnósticos. En la mayoría de casos de problemas con las drogas, los jóvenes presentan lo que llamamos un patrón de consumo de riesgo, debido a su precocidad o a la presencia de factores de vulnerabilidad añadidos como la comorbilidad psiquiátrica. Por lo tanto, la intervención en los problemas de drogas en los jóvenes debería incluir la detección precoz y las actuaciones preventivas ante los primeros síntomas de consumo de riesgo (véase Tabla 1), incluso antes de que se desarrolle el abuso y la dependencia.

2. Epidemiología

Según los datos del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2004), en Estados Unidos aproximadamente el 9% de los adolescentes tienen un problema de abuso o de dependencia de drogas. En nuestro país no tenemos datos fiables de prevalencia de estos trastornos, pero podemos realizar algunas estimaciones de uso problemático de drogas en la juventud en función de los datos de las Encuestas sobre Drogas a Población Escolar de 14 a 18 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 1995-2005), así como de diversas revisiones sobre el tema (Calafat et al., 2000; Rodríguez et al., 2003). Por citar sólo algunos datos, aproximadamente un 25-30% de los jóvenes consumen cannabis al menos una vez al mes, de los cuales alrededor de un 5% lo hacen diariamente. El consumo de cocaína al menos una vez al mes se sitúa en el 3,6% en las edades de 14 a 18 años.

En los últimos años se ha observado entre los jóvenes un cambio hacia un patrón de consumo de drogas más arriesgado que antaño. Cabe citar que a lo largo de la última década, los jóvenes españoles han ido disminuyendo progresivamente la edad de inicio de consumo de diferentes drogas, con una tendencia a la estabilización en 13,6 años para el alcohol, 13,1 años para el tabaco, 14,7 años para el cannabis, y 15,7 años para la cocaína. A edades tan precoces, el riesgo de acabar desarrollando un trastorno por abuso o dependencia aumenta considerablemente con respecto a edades posteriores de inicio del consumo. También se ha consolidado un patrón de uso social-recreativo ligado al ocio y la diversión y concentrado en el fin de semana, momento en el que aumentan considerablemente los accidentes, las relaciones sexuales sin protección, la violencia en la calle y otros riesgos asociados a los excesos puntuales. También destaca el frecuente policonsumo y la mezcla de sustancias como alcohol, tabaco, porros y estimulantes, así como un incremento del consumo de cannabis (se ha duplicado en la última década) y de cocaína (casi triplicado en la última década) hasta el punto de que se habla de “normalización” del consumo de drogas en el ámbito recreativo (según los jóvenes “todo el mundo consume drogas”). También cabe destacar la reaparición, aunque a pequeña escala, en ambientes recreativos, del uso de alucinógenos o “trippies” (hongos, ácidos como el LSD, etc.), inhalantes

(*poppers*, disolventes) y heroína, que puede mezclarse con cocaína, en forma de “*speed ball*” y consumirse fumada o inhalada. Desde hace unos años también se observa la aparición de sustancias “nuevas” como las drogas de síntesis, que suelen ser derivados anfetamínicos (fundamentalmente el éxtasis o MDMA), y más recientemente el GHB (Gamma Hidroxi Butirato, o “éxtasis líquido”), la fenciclidina, PCP o “polvo de ángel” y la ketamina (sustancia depresora-anestésica). Otro aspecto a destacar es la desaparición de las diferencias tradicionales en el consumo de hombres y mujeres. Hoy día las mujeres tienden a igualar e incluso superan a los hombres en algunos parámetros de consumo de tabaco y alcohol. Un último punto importante es que, debido a los cambios culturales juveniles de los últimos tiempos (“cultura neo-hippie, o pro-cannabis”), hoy día los jóvenes españoles tienen una escasa conciencia del riesgo asociado al consumo habitual de esas sustancias, y en especial del cannabis.

3. Población/edades de riesgo – dianas

La edad de mayor riesgo para el inicio de consumo de sustancias es, sin duda, la adolescencia. El adolescente es especialmente vulnerable a iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas debido a que el uso de drogas cubre una serie de necesidades psicológicas propias de esta etapa evolutiva, como la afirmación de la propia identidad por oposición a las normas paternas y sociales, la sobreadaptación a las normas del grupo de amigos, la necesidad de afrontar altibajos emocionales, etc. Por otro lado, los jóvenes consumen drogas guiados por las expectativas y suelen persistir en el consumo hasta conseguir el efecto esperado, y tienen una sensación de invulnerabilidad, por lo que consumen drogas de forma muy arriesgada. Además, el organismo del adolescente aún está en desarrollo, y por tanto es especialmente vulnerable a los efectos nocivos de las drogas, en especial su cerebro. Por otro lado, cuanto más joven se inicia el consumo de sustancias adictivas, mayor es el riesgo de “engancharse” y de tener problemas de adaptación psico-social. Al apoyarse en las drogas, el joven deja de desarrollar sus propios recursos para enfrentarse a los conflictos, las dificultades emocionales, etc. Por último, los jóvenes tienen exceso de confianza en sí mismos. Se sienten omnipotentes, lo saben todo sobre drogas, necesitan demostrar que son fuertes y capaces de “controlar”,

por lo que suelen rechazar cualquier advertencia o ayuda precoz. Por todo ello, las actividades preventivas universales relacionadas específicamente con las drogas deben iniciarse antes la etapa adolescente, hacia los 11 años.

Con respecto a las poblaciones de riesgo para problemas con las drogas, la prevención selectiva e indicada debería incidir especialmente en aquellos casos en los que confluyen una serie de factores de riesgo, o faltan una serie de factores de protección que se enumeran en la siguiente tabla (Rodríguez-Martos, 1995; Arbex, 2002; Bates y Lavouvie, 1997). Destacan los señalados con (*), que pueden ser útiles para la detección de poblaciones de riesgo con el fin de dirigirlos a programas específicos. En este momento se acaba de publicar un instrumento para evaluar factores de riesgo en relación con las drogas (Cuestionario FRIDA, TEA Ediciones).

Tabla 1.- FACTORES QUE PUEDEN EXPLICAR EL CONSUMO DE DROGAS		
Factores que pueden explicar el consumo de drogas (1)		
	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de alcoholismo y otras psicopatologías • Funcionamiento bioquímico y psicofisiológico particular del sistema nervioso (ej: disfunción en el lóbulo frontal, déficit de atención, hiperreactividad) • Rasgos de temperamento y personalidad vulnerable (hiperactividad, impulsividad, conductas disociales, timidez, etc.) o psicopatología (angustia, depresión) • Mayor sensibilidad a los efectos reforzadores del alcohol y/u otras drogas, y mayor tolerancia a los efectos desagradables • Exposición al alcohol/otras drogas durante el embarazo o la infancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores saludables y pensamiento prosocial • Autoaceptación y autosuperación • Expectativas de futuro positivas • Buen rendimiento intelectual • Pensamiento crítico e independiente • Sentido del humor • Buena gestión del tiempo de ocio (actividades diversas y organizadas) • Locus de control interno y sentido de la responsabilidad • Estrategias de afrontamiento (emocionales y cognitivas) • Flexibilidad, adaptabilidad, <i>insight</i>, autocontrol • Conocimientos básicos sobre el alcohol/otras drogas • Actitudes negativas y expectativas realistas respecto al consumo de drogas
ESCOLARES	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la relación con los compañeros o los profesores (problemas de comportamiento) • Dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento • Ausencia de vínculos significativos en la escuela • Fracaso y/o absentismo escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculos con la escuela, los compañeros y los maestros • Buena comunicación padres-escuela • Normas claras sobre las conductas aceptables • Supervisión y refuerzos coherentes con las normas • Expectativas de los maestros claras y adaptadas a las capacidades del niño

Factores que pueden explicar el consumo de drogas (2)		
	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Negligencia en el cuidado paternal, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto y aceptación • Gran número de acontecimientos vitales estresantes • Pautas educativas alteradas (ausencia de normas y límites, falta de supervisión, exceso de disciplina o de permisividad, refuerzos no-consistentes, superprotección) • Falta de cohesión y comunicación, interrupción de los rituales familiares, alto nivel de conflictos • Dificultades económicas y/o culturales • Modelado de patrones de consumo y transmisión de actitudes favorables hacia el consumo de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Vínculos familiares positivos y apoyo emocional • Sistema familiar estructurado, normativo y coherente • Al menos un progenitor emocionalmente estable, afectivo y acogedor, que potencie la autoestima del niño • Estabilidad y cohesión familiar • Núcleo familiar pequeño (menos de 4 hijos) • Modelos de conducta positivos en la familia y rechazo de conductas de riesgo • Supervisión y controles paternos adecuados • Actividades de ocio familiares, rituales y celebraciones • Comunicación padres-hijos abierta y sincera
SOCIO-CULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de amigos “desviados” socialmente • Presión del grupo de amigos y de la publicidad hacia el consumo de alcohol/otras drogas • Costumbres culturales y modas (ej: mitos de las culturas vitivinícolas o implantación actual de patrones de consumo anglosajón de alcohol) • Disponibilidad de alcohol u otras drogas (bajo precio, acceso fácil en casa, supermercados, etc.) • Situaciones extremas de pobreza, desarraigo cultural o marginación social 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación a grupos o instituciones pro-sociales (religiosos, deportivos, culturales, etc.) • Relaciones positivas con adultos significativos: maestros, familiares, vecinos, etc. • Modelos adultos y amigos no-consumidores de drogas • Participación en actividades de grupo positivas (excursiones, juegos, deportes, trabajos escolares, etc.) • Normas sociales claras respecto al no-consumo de drogas • Acceso a servicios comunitarios flexibles y adaptables a las necesidades de los usuarios • Oportunidades para participar en actividades sociales y de ocio alternativas al consumo de drogas

4. Necesidad de unidad de criterios

Con respecto al diagnóstico de los problemas relacionados con las drogas, algunos autores cuestionan la aplicabilidad de los criterios DSM-IV-TR y CIE-10 a la población infanto-juvenil (Martin y Winters, 1998). En los adolescentes no parece razonable mantener la distinción entre abuso y dependencia (ésta se da principalmente a nivel psicológico) y además el riesgo de problemas con las drogas empieza antes del abuso. Probablemente sería más útil realizar diagnósticos de problemas con las drogas en un *continuum* dimensional, desde el uso (experimental, ocasional, habitual), hacia el consumo

de riesgo, el abuso y, finalmente, la dependencia. La intensidad de la intervención dependería del punto del *continuum* en el que se encontrase el joven. Por último, en el caso de los jóvenes, se deberían tener en cuenta factores evolutivos y la confluencia de factores de riesgo añadidos para determinar en qué punto del *continuum* nos encontramos (p. ej.: el consumo en edades muy precoces o cuando existen síntomas psiquiátricos o antecedentes familiares de drogodependencias es mucho más arriesgado).

Con respecto al tratamiento se han realizado varias revisiones sobre las características básicas de los tratamientos efectivos para adolescentes con problemas de drogas (Mark et al., 2006; AACAP 2004; McCambridge y Strang, 2003; Kaminer, 1994; Arbex, 2002; Seleckman, 1996). Algunos de los elementos clave se resumen a continuación:

1. Asegurar al joven un nivel apropiado de confidencialidad durante la evaluación y el tratamiento.
2. La evaluación en salud mental de jóvenes requiere el uso de cuestionarios de screening respecto al uso de alcohol y otras drogas. Es útil tener informantes externos. Si el screening muestra consumo de sustancias, se debe realizar una evaluación más exhaustiva de tipo de sustancias, cantidad, frecuencia, edad de inicio, escalada, contexto de uso, expectativas, actitudes de los amigos, posibles antecedentes del consumo y consecuencias en diferentes ámbitos, criterios diagnósticos, intentos de controlar o abandonar el uso, estadio de cambio. También es muy importante evaluar la comorbilidad psiquiátrica. Esta evaluación es importante para diseñar individualizadamente los objetivos del tratamiento (Tabla 2).
3. Los controles de tóxicos en orina u otros fluidos deben formar parte rutinaria de la evaluación y el tratamiento, previa explicación de su utilidad al paciente.
4. Las modalidades de tratamiento con mayor soporte empírico son la terapia familiar, la terapia cognitivo conductual y la terapia de incremento motivacional, aunque las intervenciones comunitarias y los grupos de autoayuda también se recomiendan como enfoques coadyuvantes.
5. El objetivo final del tratamiento de los adolescentes debe ser la abstinencia de drogas, aunque mientras se consigue este objetivo puede

ser necesario establecer objetivos parciales de reducción de daños; sin hacer creer al joven que el “consumo controlado” es el objetivo final.

6. El tratamiento debe dirigirse principalmente a:
 - Motivación y vinculación
 - Involucrar a la familia para mejorar la supervisión y monitorización, y la comunicación entre padres y adolescente
 - Mejorar las habilidades de solución de problemas, habilidades sociales y técnicas de prevención de recaídas (manejo de estrés, control de la ira, la impulsividad...)
 - Tratamiento de trastornos psiquiátricos asociados, mediante psicoterapia o medicación
 - Intervención psicosocial: aumentar conductas prosociales, relaciones con amigos y funcionamiento académico
 - Seguimiento necesario y de duración suficiente
7. Los adolescentes con problemas de drogas deben ser tratados en un lugar lo menos restrictivo posible, que sea seguro y efectivo (preferentemente ambulatoriamente, o con intervención en la escuela o en el hogar). Sin embargo, los programas residenciales son apropiados cuando se dan los siguientes criterios:
 - Necesidad de procurar un ambiente seguro cuando el adolescente no puede cuidar de sí mismo
 - Falta de motivación y voluntad del adolescente y/o su familia de cooperar en el tratamiento
 - Necesidad del adolescente de un ambiente estructurado y con límites que no se da en el entorno natural
 - Existencia de problemas médicos o psiquiátricos que exigen ingreso
 - Preferencia del adolescente o de su familia
 - Fracaso del tratamiento en un lugar menos restrictivo
8. En los casos resistentes, es adecuado utilizar medicación para el manejo del *craving*, los síntomas de abstinencia y como terapia aversiva (interdictores), aunque estas medicaciones han sido más estudiadas en adultos y siempre se deben manejar con precaución.

9. La comorbilidad psiquiátrica debe ser adecuadamente evaluada y tratada, paralelamente al trastorno por uso de sustancias (tratamiento integral), mediante medicamentos o psicoterapia, ya que puede desencadenar nuevos consumos o cronificación del trastorno por uso de sustancias.
10. El tratamiento debe fomentar las relaciones con amigos/familiares no consumidores, las actividades de ocio saludables, etc.
11. El uso de grupos de terapia es controvertido. Algunos autores previenen de posibles efectos iatrogénicos cuando se agrupan jóvenes con comportamientos desviados (Dishion et al., 2001), aunque otros muestran efectos positivos (Dennis et al, 2002; Kaminer y Burleson, 1999).
12. En Estados Unidos también funcionan los grupos de autoayuda post-tratamiento, especialmente por su función de “seguimiento continuado” post-tratamiento.
13. Tratamiento integral (tratamiento de problemas en todas las esferas) y multidimensional (médico, psiquiátrico, legal, familia, escuela, vocacional-laboral, amigos, recreativo...).
14. La participación de la familia en el tratamiento es fundamental (objetivos: mejora de relaciones, pautas educativas y abordaje educativo-preventivo de posibles factores de riesgo genéticos).
15. Programas diseñados específicamente para adolescentes (no adaptados de los de adultos) y adaptados a las diferencias de género y culturales.
16. Trabajar específicamente la vinculación al tratamiento a través de la confianza, etc. Se trata de minimizar el abandono y maximizar la motivación, el cumplimiento y la realización del programa completo. Son útiles las técnicas motivacionales (Miller y Rollnick, 2002; McCambridge y Strang, 2003).
17. Plantilla especialmente cualificada para trabajar con adolescentes, problemas de drogas y trastornos mentales comórbidos.
18. Realización de seguimiento tras la intervención, con entrenamiento en prevención de recaídas, sesiones de recordatorio, planificación de objetivos post-tratamiento, derivación a recursos comunitarios, etc. Se

trata de un tipo de intervención continuada, propia de los trastornos crónicos... “estar alerta por si acaso”.

19. Necesidad de evaluación continuada de los programas para su optimización.

Tabla 2.- Signos y síntomas de detección y/o derivación (sospecha de consumo de drogas problemático)	
Cambios en el aspecto físico	<ul style="list-style-type: none"> • deterioro del aseo personal • disminución o aumento de peso • cara de agotamiento • deterioro de la vestimenta • aparición de infecciones en la piel • ojos enrojecidos sin causa aparente • nariz frecuentemente congestionada • sangrados nasales
Cambios en el estado de ánimo y forma de ser	<ul style="list-style-type: none"> • ansiedad flotante • depresión • irritabilidad • impaciencia • intolerancia • rigidez de pensamiento
Cambios en el desempeño laboral o escolar	<ul style="list-style-type: none"> • ausencias y tardanzas frecuentes • discusiones o conflictos en el trabajo • disminución del índice académico escolar • fallar para completar asignaciones o tareas
Cambios en las relaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> • estrés y tensión en las relaciones familiares • desconfianza • comunicación evasiva • discusiones frecuentes • aislamiento del resto de la familia • disminución del tiempo compartido
Cambios las relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • deterioro de las relaciones habituales sanas • aislamiento • aparición de nuevos contactos cuestionables • frecuentar sitios peligrosos • participar en actividades ilícitas
Cambios en las pertenencias	<ul style="list-style-type: none"> • posesión de papeles de armar cigarros • posesión de pipas para fumar • ropa manchada de sangre o fluidos • dinero que no parece tener origen lógico • pérdida inexplicable y frecuente de joyas u otras posesiones de valor • aparición de envoltorios conteniendo polvos blancos, hierba u otros materiales
Cambios en las rutinas diarias	<ul style="list-style-type: none"> • cambios en los hábitos de defecar • episodios de insomnio alternando con periodos de somnolencia extrema • falta de apetito alternando con periodos de hambre en exceso • falta sin explicación a compromisos familiares importantes • cambios de costumbres, salidas permanentes del hogar

Tabla 3.- Protocolo diagnóstico
Evaluación del consumo de drogas y sus consecuencias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Instrumentos de <i>screening</i> de problemas con drogas: CRAFFT, ADIS, AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test, versión adultos</i>), PESQ ○ Entrevistas o cuestionarios multiescala: T-ASI (<i>Teen Addiction Severity Index</i>), POSIT (<i>Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers</i>), APSI (<i>Adolescent Problem Severity Index</i>), DUSI (<i>Drug Use Screening Inventory</i>). Todos tienen varias escalas: drogas, familia, escuela, laboral, legal, social y psiquiátrica. ○ Patrón de uso de sustancias: tipos y vías de administración, edad de inicio, cantidad, frecuencia (últimos 30 días, semana típica), lugar de uso, intoxicaciones, consecuencias negativas, intentos de control, temporadas de abstinencia, tratamientos...
Historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia médica ○ Antecedentes psiquiátricos familiares (incluidos tóxicos) ○ Psicopatología (Entrevista K-SADS) ○ Rendimiento escolar y/o laboral ○ Relaciones sociales
Pruebas de detección de tóxicos (análisis de orina u otros fluidos)
Pruebas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Disposición al cambio (Prochaska et al., 1992): SOCRATES, URICA (etapas: pre-contemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento) ○ Batería neuropsicológica (atención, memoria, funciones frontales, etc) ○ Test de personalidad (MMPI-A, MACY) ○ Analítica de sangre (VCM, transaminasas, función renal, etc.)

5.- Diagnóstico diferencial

Los efectos agudos de las drogas, las consecuencias del consumo crónico, así como los síntomas de la abstinencia, pueden mimetizar los síntomas de trastornos depresivos, ansiosos, del sueño, psicóticos e incluso de trastornos de personalidad como el antisocial (Casas y Guardia, 2002; Roncero et al., 2001; Quiroga, 2000).

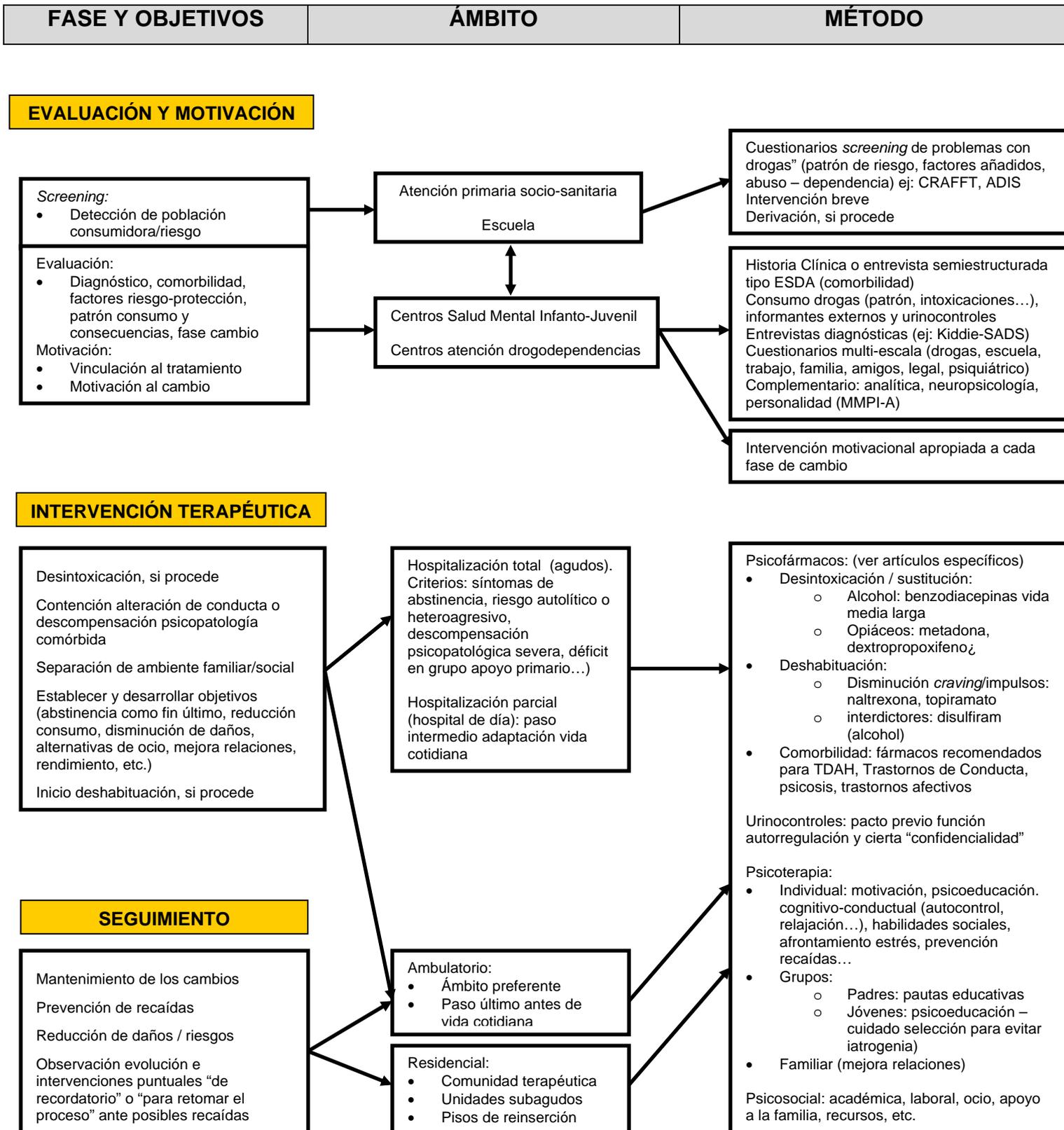
Para poder diagnosticar problemas relacionados con las drogas (abuso, dependencia, o trastornos inducidos) los síntomas correspondientes no deben ser consecuencia de un trastorno psiquiátrico primario. En este caso estaríamos ante lo que llamamos “patología dual” o “comorbilidad”, que se diagnostica cuando los síntomas persisten hasta un mes después de la abstinencia de drogas y/o exceden lo esperable según el tipo de sustancia, la cantidad o la duración de su uso. Además suele exigirse la presencia de episodios psiquiátricos previos al inicio del consumo de drogas.

Sin embargo, si en adultos es difícil averiguar si existe o no verdadera comorbilidad, esta dificultad se incrementa considerablemente cuando se trata de adolescentes, debido al menor tiempo de evolución de los trastornos y al hecho de que los síntomas pueden estar enmascarados por actitudes y

conductas que son propias de la “crisis de la adolescencia” como la rebeldía, la impulsividad, la experimentación o los altibajos emocionales. Además, con frecuencia los síntomas de ambos trastornos se superponen cronológicamente. Por otro lado, la adolescencia es una etapa de transición hacia la edad adulta y algunos trastornos aún no pueden diagnosticarse de forma fiable, debido a que los síntomas pueden remitir espontáneamente por razones evolutivas. Este sería el caso de los trastornos de la personalidad. Debemos también tener en cuenta que los trastornos psiquiátricos no son una cuestión de “todo o nada” y que cada persona puede manifestarlos con un nivel de gravedad diferente y en diferentes momentos de su vida, dependiendo de múltiples factores genéticos y ambientales. Tampoco las drogodependencias son cuestión de “todo o nada”. Muchos consumos de sustancias adictivas en jóvenes podrían catalogarse como “problemáticos” o “de riesgo”, aunque no serían diagnosticables en sentido estricto como abuso o dependencia. De hecho, si tuviéramos en cuenta los consumidores de riesgo, las cifras de patología dual en jóvenes aumentarían considerablemente (Shier et al., 2003). Por otro lado, cuando existe patología psiquiátrica, prácticamente cualquier consumo de drogas se podría catalogar de “abuso” debido al riesgo de consecuencias negativas que supone, para el propio individuo o para los demás.

Por todo ello, para realizar un buen diagnóstico de los trastornos relacionados con las drogas en los jóvenes, es imprescindible una evaluación pormenorizada de la cronología de aparición de los síntomas psiquiátricos con respecto al consumo, tratamientos previos, etc., así como realizar reevaluaciones de los síntomas después de un tiempo de abstinencia y/o de tratamiento farmacológico.

Figura 1.- Algoritmo terapéutico (se incluye todo el proceso de intervención)



BIBLIOGRAFÍA (BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA en negrita)

- **AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (2004). Practice parameter for the assessment and treatment. Available online at www.aacap.org.**
- American Psychiatric Association (APA) (2001). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Text Revision (DSM-IV-TR) Washington, D.C.: APA.
- Arbex C. (2002) Guía de intervención: Menores y consumo de drogas. ADES: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales – Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat A, Fernández C, Becoña E, Gil E, Juan M, Torres MA. (2000a) Consumo y consumidores de cánnabis en la vida recreativa. Adicciones. Monografía cánnabis. Ed. J Bobes, A Calafat. 12 (supl 2), 197-230.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Palmer A, Sureda P, Torres MA. (2000b) Salir de marcha y consumo de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (1995-2005). Encuestas sobre Drogas a población escolar. Madrid: DGPND. Disponible en <http://www.msc.pnd.es>.
- Dennis M, Babor T, Roebuck M, Donaldson J. (2002) Changing the focus: the case for recognising and treatment marijuana use disorders. *Addiction*, 97: 4-15.
- Díaz R. (2004) Programa ALFIL: Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes en familias con problemas de alcohol. Edita: Socidrogalcohol – Plan Nacional sobre Drogas. Barcelona.
- Funes J. (1996) Atender a los que tienen problemas con las drogas cuando son adolescentes. *Revista Proyecto Hombre*, 17.
- Funes J. (2003) ¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema?. *Papeles del Psicólogo*, 23: 84.
- **Currie, J.C. (2001). Prácticas óptimas. Tratamiento y rehabilitación de la juventud con problemas de consumo de drogas. Canada's Drug Strategy Division. Health Canada. Publications. Disponible en <http://www.cds.sca.com>.**
- **Kaminer Y. (1994) Adolescent Substance Abuse. A comprehensive Guide to Theory and Practice. En: S.M. Woods (ed.) Critical Issues in Psychiatry. Plenum Press. New York.**
- **Kaminer, Y. (2002). Adolescent substance abuse treatment: Evidence based practice in outpatient services. *Current Psychiatry Reports*, 5, 397-401.**

- **Mark, T.L., Song X, Vandivort, R., Duffy, S., Butler, J., Coffey, R., Schabert, V.F. (2006). Characterizing substance abuse programs that treat adolescents. Journal of Substance Abuse Treatment, 31, 59-65.**
- McCambridge J, Strang J. (2003) Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: a brief application of motivational interviewing with young people. *Drug and Alcohol Review*, 2: 391-399.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Preparing people for change.* New York: The Guilford Press. 2002.
- Monti PM, Colby SM, O'Leary TA (2001). *Adolescents, alcohol and substance abuse: reaching teens through brief interventions.* New York: Guilford Press.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1992) In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47: 1102-1114.
- Quiroga M. (2000). *Cánnabis: efectos nocivos sobre la salud mental.* En: J Bobes, A Calafat. (eds.). *Monografía cánnabis. Adicciones*, 12 (supl 2): 135-148.
- Roncero J, Ramos JA, Collazoa F, Casas M. (2001) *Complicaciones psicóticas del consumo de coca.* En: F Pascual, M Torres, A Calafat. (eds.). *Monografía cocaína. Adicciones*, 13 (supl. 2): 179-190.
- Rodríguez-Martos A. (1995) *Factores de riesgo, prevención, detección e intervención en problemas de alcohol en la población infanto-juvenil.* Alcohol y juventud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez J, Agulló E, Agulló MS. (2003) *Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil.* En: J Bobes, PA Sáiz. (eds.). *Monografía drogas recreativas. Adicciones*, 15 (supl. 2): 7-34.
- Seleckman M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas.* Ed Gedisa. Colección Terapia Familiar. Barcelona.