

Consumo de drogas en adolescentes

DRA. CLAUDIA VALENZUELA



En los últimos años se ha producido una tendencia a la normalización del uso de drogas en la población adolescente; de manera que, aparece un modelo de consumo juvenil como forma de relación social, ocio y realización personal. El consumo en adolescentes no debe ser visto como un rito de transición, sino como un problema de salud pública que está llegando a niveles epidémicos.

En Paraguay: según estudios realizados por la SENAD, CICAD/OEA se tienen los siguientes datos, fueron encuestados mas de 24000 alumnos de 12 a 17 años con los sgtes resultados:

El **61,2%** de las estudiantes mujeres y el **56,3%** de los hombres señalan haber probado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 58,9% de los jóvenes escolarizados encuestados declaró haber consumido alguna vez en la vida, y uno de cada cuatro manifestó haber consumido en los últimos 30 días.

Entre los estudiantes que reportaron consumir alcohol en el último mes, la proporción que declaró haber consumido dos o más latitas de cerveza en una sola ocasión fue de 33,9%, en otras palabras **uno de cada tres estudiantes ha tenido a lo menos un episodio de consumo problemático** en los últimos 30 días.

El **24% de los estudiantes** encuestados han referido consumo de **tabaco** alguna vez en la vida, el 11% fumó la sustancia en el último año y el 6% en el último mes.

El **6,1%** de los jóvenes escolarizados encuestados declaró haber tomado **tranquilizantes** sin prescripción médica alguna vez en la vida, y ese consumo es levemente mayor entre las mujeres (6,9% en mujeres y 5,1% en hombres).

La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Paraguay. El 5,7% de los jóvenes escolarizados encuestados admitió haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con un 7,1% entre los hombres y 4,5% entre las mujeres.

La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo entre los jóvenes escolarizados de nuestro país. El 2,0% manifestó haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo superior el consumo en los hombres (2,7%) que en las mujeres (1,4%). El 0,7% ha declarado un consumo habitual (1,0% de los hombres y 0,5% de las mujeres)

Los indicadores sobre **consumo de cocaína fumable** (pasta base, chespi, crack) en jóvenes escolarizados evidencian, que **el 1,0% consumió alguna vez en su vida y el 0,3% admitió tener un consumo habitual** (0,4% de los hombres y 0,3% de las mujeres).

Adolescencia

Desde el punto de vista psicológico, se trata de una etapa con tendencia a la experimentación y minimización del peligro relacionada con una percepción de capacidad de control aumentada; por lo que, es frecuente la aparición de comportamientos de riesgo, como el consumo de tóxicos.

A nivel biológico, es un periodo crítico en el uso de drogas y la posterior aparición de drogodependencias, ya que la zona del cerebro encargada de la toma de decisiones y del control de impulsos no está totalmente desarrollada, por lo que es más sensible a las alteraciones producidas por las drogas.

Es importante detectar de forma precoz el paso del uso de drogas a un patrón desadaptativo de consumo: abuso o dependencia de sustancias; de forma que, se realice una intervención precoz que minimice la aparición de alteraciones significativas en la personalidad del paciente, así como las patologías psiquiátricas inducidas por tóxicos o enfermedades médicas favorecidas por el consumo.

A veces es difícil distinguir el mal humor o la angustia normales de un adolescente de los signos del consumo de drogas. Los posibles indicios de que un miembro de la familia, adolescente o no, consume drogas son los siguientes:

Problemas en la escuela o en el trabajo: ausencias frecuentes de las clases o del trabajo, desinterés repentino en las actividades escolares o laborales, notas más bajas o disminución del desempeño en el trabajo

Problemas de salud física: falta de energía y de motivación, adelgazamiento o aumento de peso u ojos rojos

Aspecto desaliñado: falta de interés en la ropa, el aseo personal o la apariencia

Cambios de conducta: esfuerzos exagerados por prohibirles a los familiares la entrada a su habitación o ser reservado con respecto a dónde va con sus amigos; o cambios radicales de conducta y en las relaciones con familiares y amigos

Problemas de dinero: pedidos repentinos de dinero sin explicación razonable; o puedes descubrir que falta o se ha robado dinero, o que han desaparecido objetos de tu hogar, lo que indica que tal vez se hayan vendido para sustentar el consumo de drogas

El consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal causan una carga importante de la morbimortalidad general.

En Estados Unidos se estima que el 70% de las muertes en población de 10 a 24 años son debidas a accidentes, lesiones, homicidio y suicidio.

El consumo de drogas se relacionan frecuentemente con estas causas. A nivel mundial se estima que el 5% de las muertes en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años son atribuibles al alcohol

En general, el periodo de riesgo de inicio del consumo se concentra en la adolescencia, se experimenta antes con drogas de comercio legal y más tarde con sustancias de comercio ilegal y con alto grado de transición a patrones de consumo regular en los tres primeros años tras la experimentación.

El inicio temprano de consumo de drogas se encuentra asociado a consumos problemáticos y a otros comportamientos de riesgo. El consumo precoz de tabaco se ha visto asociado a consumo habitual en la edad adulta y a menor interés y confianza en las capacidades para dejar de fumar, también a inicio de consumo de alcohol y consumo problemático de alcohol

El inicio precoz de alcohol también se ha visto asociado con consumo de alcohol más intensivo, con más frecuencia de borracheras, con consumos más prevalentes de otras drogas y también con trastornos de abuso/dependencia del alcohol en la edad adulta

Cuadro 2. Factores de riesgo

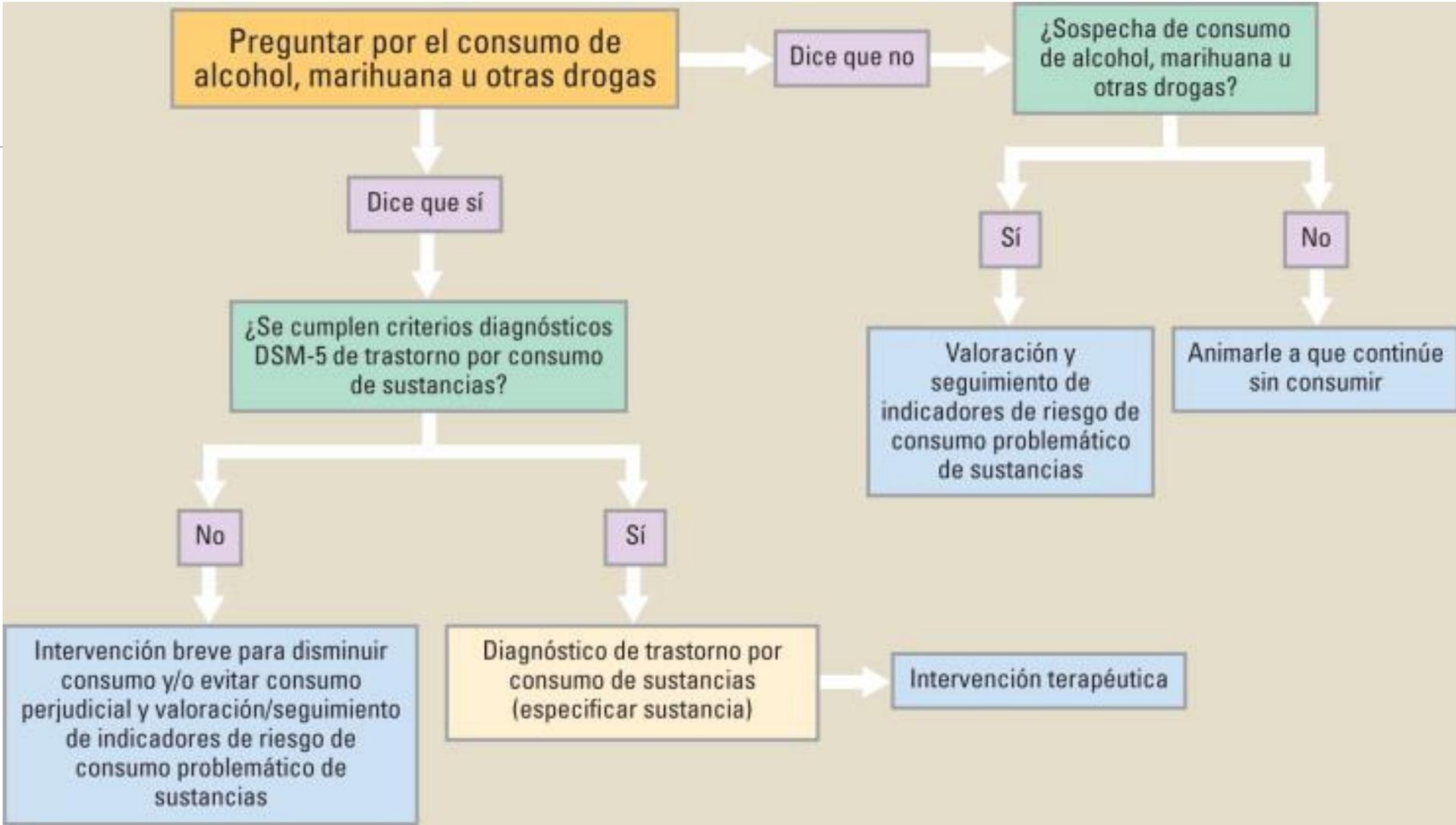
Personales	Familiares	Escolares	Relacionales (grupo de iguales)	Socio-comunitarios
<ul style="list-style-type: none">• Individualismo• Imprudencia• Escepticismo• Inmediatismo• Sistema de valores poco claros• Ausencia de normas y límites• Hedonismo• Irresponsabilidad• Actitud de evasión• Dificultad en valorar el esfuerzo• Elección de conductas de riesgo como reto a la autoridad y autoafirmación• Bajo nivel de autoestima• Bajo nivel de auto-control emocional	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de afectividad y comunicación• Actitud permisiva y/o desinteresada• Falta de cohesión familiar• Pérdida figuras de autoridad• Sobreprotección• Incoherencia educativa• Ausencia de ocio familiar compartido• Falta de reconocimiento y aceptación del hijo• Aislamiento emocional de los miembros	<ul style="list-style-type: none">• Problemas de adaptación• Desmotivación• Bajo rendimiento académico• Bajo auto-concepto escolar• Ausencia de modelos de referencia en el profesorado• Poca o nula integración en el grupo de clase• Problemas de integración de normas• Bajo nivel de expectativas• Baja aceptación del alumno/a	<ul style="list-style-type: none">• Excesiva dependencia del grupo• Inclusión en grupos transgresores y con actitud positiva hacia las drogas• Dificultad para relacionarse con otros grupos no consumidores• Escaso desarrollo de habilidades sociales• Exposición a modelos consumidores• Creación de oportunidades para el consumo	<ul style="list-style-type: none">• Situación socio-económica precaria• Problemas de inclusión social (colectivos inmigrantes, minorías étnicas)• Desestructuración social• Ausencia de apoyos sociales• Accesibilidad a las sustancias• Modelos consumistas• Modelos culturales de "descontrol y coloque"• Escasez de ofertas alternativas de ocio

Fuente: Extraído de Árbex.²⁴

Cuadro 3. Factores protectores

Personales	Familiares	Escolares	Relacionales (grupo de iguales)	Socio-comunitarios
<ul style="list-style-type: none">• Altruismo• Prudencia• Proyección y planificación de futuro• Clarificación en su escala de valores• Responsabilidad• Actitud de solidaridad y compromiso• Valoración del esfuerzo• Establecimiento y cumplimiento de límites y normas• Adecuado nivel de autoestima• Autoconcepto positivo• Autocontrol emocional y conductual• Habilidades sociales (HHSS)	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente familiar afectivo y comunicación positiva• Actitud contraria al consumo de drogas• Límites y normas claras• Cohesión familiar• Supervisión y control adecuados• Roles ajustados y figuras de autoridad de referencia• Exigencias adecuadas a la edad• Coherencia educativa• Disfrute de ocio familiar compartido• Reconocimiento y aceptación del hijo/a• Comunicación emocional de los miembros	<ul style="list-style-type: none">• Integración en la dinámica escolar• Motivación• Hábitos de estudio• Adecuado rendimiento• Autoconcepto escolar positivo• Modelos positivos de referencia en el profesorado• Integración en el grupo de clase• Normas de aula• Interés por lo escolar• Aceptación del alumno/a en el grupo• Experiencias de refuerzo positivo ante el esfuerzo• Valoración del alumnado• Educación emocional• Enseñanza de HHSS	<ul style="list-style-type: none">• Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio• Inclusión en grupos con ausencia de conductas desadaptativas• Toma de decisiones personales• Modelos de amigos no consumidores o consumo moderado• Desarrollo adecuado de habilidades sociales• Red amplia de amigos• Participación en grupos de carácter positivo (asociaciones, clubes deportivos, parroquias, voluntariado...)	<ul style="list-style-type: none">• Organización social adecuada• Cohesión social en el barrio• Relaciones positivas de vecindad• Apoyos sociales y protección al menor• Dificultades de acceso a las sustancias• Modelos valorados culturalmente• Recursos comunitarios suficientes para los menores• Amplia oferta de disfrute del ocio• Integración e inclusión social

Fuente: Extraído de Árbex.²⁴



¿Presenta conducta placentera que destaca y sobresale del resto de actividades en su vida?

No

Consejo sobre prevención de adicciones conductuales (no descuidar distintas facetas de su vida, no recurrir a conductas evasivas para sustraerse de la realidad y/o bloquear emociones)

Sí

¿Presenta pérdida de control sobre dicha conducta, fuerte dependencia psicológica, pérdida de interés por otras actividades gratificantes y/o dicha conducta interfiere gravemente en la vida cotidiana del adolescente (generando deterioro en el ámbito escolar, familiar, de amigos y en las situaciones de ocio)?

No

Sí

Pensar en adicción conductual (especificar conducta)

Intervención terapéutica

Comorbilidad

Problemas de agresividad/impulsividad durante la infancia o inicios de la adolescencia contribuyen causalmente al desarrollo de adicciones en la adolescencia.

La comorbilidad entre patología psiquiátrica y consumo de drogas es muy elevada; la prevalencia, según diversos estudios, oscila entre el 61% y 88%.

Los problemas de agresividad/impulsividad durante la infancia o inicios de la adolescencia contribuyen causalmente al consumo temprano de sustancias y al desarrollo de adicciones en la adolescencia.

Las patologías que más se han asociado al consumo de tóxicos en adolescentes son: **trastorno de conducta, trastorno negativista-desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad**; así como los trastornos de ansiedad y afectivos.

Estos trastornos aparecen con una prevalencia de 2-3 veces mayor que en la población no consumidora.

Algunas de las características clínicas de los trastornos comórbidos más frecuentes, son:

- **Trastorno de conducta:** está presente en el 50-75% de los pacientes con TUS. El 30-50% evolucionarán a trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta. Normalmente precede al inicio del TUS. La mayoría presentan otro trastorno asociado, como TDAH o trastornos afectivos o de ansiedad.
- **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:** está presente en el 30-60% de los adolescentes con TUS.
- **Trastorno bipolar:** en el 30-40% de adolescentes con TUS. Existen dificultades en el diagnóstico por presentaciones atípicas con impulsividad, irritabilidad, hipercinesia y alteraciones de conducta. Es importante tener en cuenta los antecedentes familiares para hacer un diagnóstico.

-
- **Trastorno depresivo:** entre el 15-30% de los adolescentes con TUS. La presencia comórbida aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y suicidios consumados. Antecede al TUS (50% refieren primero síntomas depresivos) y remite menos sólo con la abstinencia que en adultos.
 - **Trastorno por ansiedad:** aparece en un 7-40% de adolescentes con TUS. El orden de aparición depende del trastorno. La fobia social suele preceder al inicio del consumo de tóxicos; mientras que, el trastorno de pánico o el trastorno de ansiedad generalizada suelen aparecer posteriormente al inicio del TUS. A menudo existe la presencia de un TEPT (trastorno por estrés postraumático) previo al inicio del TUS.

Podemos hablar de una progresión en el consumo de sustancias que van implicando diversas facetas de la vida del adolescente :

- **Uso experimental o social:** los adolescentes se mueven por la curiosidad, diversión, emoción de realizar un acto prohibido y por la necesidad de ser aceptados por el grupo.
- **Uso regular:** el adolescente **busca activamente el efecto placentero del uso de sustancias**. El consumo empieza a ser más regular (fines de semana) y puede iniciarse un cierto deterioro en el rendimiento académico y en la aceptación de normas.

-
- **Trastorno por abuso de sustancias:** el consumo aumenta de frecuencia, apareciendo entre semana. Su grupo está compuesto por consumidores y el adolescente empieza a conocer cómo y dónde obtener alcohol y otro tipo de drogas, de manera que esto absorbe gran parte de su tiempo. Se produce un deterioro en el funcionamiento del adolescente, tanto en la escuela como en casa, con el incumplimiento progresivo de sus obligaciones. Se produce un cambio en su conducta, volviéndose reservado y deshonesto.

-
- **Trastorno por dependencia de sustancias:** la búsqueda de sustancias y el consumo absorben la mayor parte de la vida del adolescente y el consumo se mantiene a pesar de las consecuencias negativas que le produce.

Pueden aparecer **síntomas de abstinencia** a pesar de ser menos frecuentes que en los adultos. Los adolescentes son capaces de mantenerse abstinentes durante algún periodo, sin embargo, la recaída conduce a una rápida pérdida de control en el consumo.

La APS. El reto consiste en identificar el problema en etapas tempranas e intervenir de modo oportuno:

- a. **Preguntar** y aconsejar de forma rutinaria sobre el abuso de sustancias en las consultas de niños y adolescentes.
- b. Poseer las habilidades necesarias para **reconocer factores de riesgo** y signos de adicción en sus pacientes. Identificar conductas que conlleven riesgo elevado de consumo.
- c. Ser capaces de **valorar** la naturaleza y la extensión del problema.
- d. Ofrecer **asesoramiento o derivación** a otro nivel.

Para realizar estos fines las condiciones ideales son:

Seguimiento estandarizado del niño con el objetivo de detectar precozmente posibles alteraciones físicas, psíquicas y sociales en su etapa presintomática. En este marco se sitúa la prevención primaria. Su objetivo es favorecer los factores de protección. Realizar una educación progresiva a todos los niños y sus familiares en los distintos controles de salud.

Consejo prenatal sobre tabaco, alcohol y otras drogas, realizado en las revisiones de las embarazadas.

En las revisiones al niño sano, se insistirá en el concepto de fumador pasivo, repitiéndolo en los sucesivos cuadros faríngeos y bronquiales del niño (la historia clínica del niño debería contener información relativa al hábito tabáquico de los padres). Se asesorará a los padres en el acercamiento al adolescente.

En consultas con adolescentes, será prioritaria la creación de un ambiente propicio para acercarse al adolescente, asegurándole confidencialidad y escucha. Se apoyará la prevención realizada desde la escuela.

Preguntar a los adolescentes sobre el posible consumo de tabaco, de alcohol y de drogas al menos una vez al año. Esta anamnesis se hará en las diferentes consultas oportunistas por problemas de salud. El consejo irá orientado a los aspectos estéticos negativos: oscurecimiento de dientes, mal aliento, bajo rendimiento deportivo, posibilidad de adicción. Todo ello deberá quedar registrado en la historia clínica.

Contacto con el niño en riesgo. A partir de la adolescencia, el contacto con servicios de salud se hace más esporádico; por lo que, se debe aprovechar las consultas por patologías agudas, petición de certificados, actividades deportivas, etc.

Tabla IV. Indicios clínicos en el abuso de sustancias por el adolescente

Signos físicos

- Pérdida de peso
- Hipertensión
- Ojos rojos
- Irritación nasal
- Ronquera
- Tos crónica
- Hemoptisis
- Sibilancias
- Hepatomegalia
- Huellas de punción con aguja

Conductuales/psicológicas

- Toma de riesgos
- Estado de ánimo oscilatorio
- Depresión
- Reacción de pánico
- Psicosis aguda
- Paranoia
- Problemas con compañeros/familia
- Robo
- Promiscuidad
- Problemas legales

Hábitos personales

- Uso de gotas oculares
- Patrón de sueño o apetito alterado
- Menos atención a la higiene
- Pérdida de interés en los deportes
- Nuevos amigos/intereses
- Cambio en el vestido
- Nuevos intereses por la música

Rendimiento académico

- Alteraciones de la memoria a corto plazo
- Juicio inadecuado
- Inasistencia a clase
- Problemas con los maestros
- Suspensión
- Expulsión
- Asignaturas suspensas

La prevención secundaria, consistente en la detección precoz del uso de sustancias, para poder intervenir lo antes posible sobre el adolescente y su entorno, ofreciéndole una atención adecuada.

La evaluación del consumo implica definir la frecuencia, lugares, situaciones sociales, antecedentes, consecuencias e intentos y fracasos del control de consumo de cada sustancia.

intervenciones

Uso experimental: deberá realizarse psicoeducación y consejo advirtiéndole de los riesgos que supone el consumo de sustancia.

Uso regular: terapias de grupo e individuales, familiares. Se pueden realizar análisis de tóxicos en orina de forma imprevista. Esta forma de consumo debe ser detectada precozmente para evitar su evolución.

Trastorno por abuso y dependencia de sustancias deben tratarse en los Centros de Atención a Drogodependientes, donde se realiza una atención integral, mediante intervenciones interdisciplinarias tanto a nivel sanitario, psicológico, social y ocupacional.

El abordaje del trastorno por dependencia de sustancias, comprende la realización de una desintoxicación y posteriormente la deshabitación a la sustancia. Una de las características del consumo a estas edades es el policonsumo, lo que supone una limitación a la hora de plantear tratamientos específicos.

Además, hay que tener en cuenta que en los adolescentes es más frecuente la falta de motivación, la ambivalencia y la pobre adherencia y mal cumplimiento terapéutico. Este tratamiento siempre debe ir asociado al abordaje psicosocial.

Los resultados de estudios de seguimiento indican que las **tasas de recaída se sitúan entre un 35-85%**. Uno de los factores que se asocia a mayores tasas de recaída es la presencia de un trastorno de conducta previo.

Abordaje psicosocial

Tratamiento psicofarmacológico.