

Tema 17. Consumo de drogas en la adolescencia

L. Rodríguez Molinero, A. Marcos Flores

RESUMEN

El consumo de drogas en la adolescencia es motivo de preocupación de muchas instituciones sociales: familias, escuela y programas de salud. Es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, y porque hay posibilidad de prevención y tratamientos eficaces para ello. Los padres son los miembros de la familia más directamente implicados, para quienes el riesgo de dicho consumo supone un motivo de preocupación y consulta. Los daños físicos al consumidor y a la sociedad superan unos cálculos difíciles de creer. Pero el dolor humano, más difícil de calcular, es aún mayor. Los programas de prevención y tratamiento se basan en que en la adolescencia es cuando se adquieren los hábitos, las costumbres y los valores que van a perdurar toda la vida. Por tanto, toda la sociedad está implicada en su prevención a través de modelos y estilos de vida saludables que no permitan una ambivalencia ni tolerancia sutil. En este trabajo se pretende dar una información actualizada a partir de la cual los profesionales de la salud tengamos en cuenta, en el trabajo diario, que nuestros pacientes pueden ser potencialmente consumidores de drogas, sobre todo cuando apreciamos síntomas y signos clínicos sugerentes de ello.

Palabras clave: Adolescencia, drogas, estilos de vida y modas.

Introducción

Hay referencias al consumo de drogas documentadas desde el principio de los tiempos. Ya en Mesopotamia, el Código de Hammurabi (1750 a. C.) hace referencia a «drogas embriagantes». En el antiguo Egipto ya se conocía el consumo de opio. El *Rigveda* (1700/1100 a. C.) describe algunas bebidas (soma) rituales que «elevaban a las nubes». Heródoto (484-425 a. C.) habla de los efectos de la inhalación de ciertos vapores de semillas puestas al fuego. En la Biblia hay dos episodios que hacen refe-

rencia al mundo del vino: la embriaguez de Noé (Génesis 9:18-29, representado maravillosamente por Miguel Ángel en la Capilla Sixtina) y el milagro de las Bodas de Caná (Evangelio de San Juan 2:1-11), en el que Jesús, invitado a una boda en Caná de Galilea, convierte el agua en vino.

Desde entonces y hasta nuestros días, la historia de los pueblos ha estado relacionada con sustancias productoras de efectos sobre el sistema nervioso central (SNC). En todas las culturas documentadas se han consumido sustancias con fines religiosos, curativos, placenteros o militares. Por tanto, desde los orígenes del hombre, su desarrollo ha ido paralelo al consumo de sustancias.

En la actualidad, definimos nuestra sociedad como de consumo, producción, mercado e industrial, y estas características nos han hecho cambiar la percepción de riesgo del consumo de drogas. Estamos en la sociedad de la abundancia, y se consume más cantidad de todo de lo que se debería. Igual que comer más de lo necesario ha hecho que la obesidad se haya convertido en la epidemia del siglo XXI, el consumo de drogas mayor de lo recomendable está produciendo efectos muy problemáticos.

Para aclarar conceptos, podríamos definir qué es una droga, y qué son consumo, dependencia y adicción. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del funcionamiento natural del SNC del individuo, y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas¹. Adicción es el comportamiento de búsqueda, obtención y consumo de drogas, o realización de la conducta problema (p. ej., juego de azar), en la que su consecución cobra mayor protagonismo que otras actividades que anteriormente eran importantes para la persona, haciendo que éstas pasen a segundo plano o parezcan innecesarias o carentes de interés. Se llama dependencia al estado psíquico, y en ocasiones también físico, resultado de la interacción entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones. En ese estado, siempre aparece una pulsión a ingerir la sustancia de forma continua o periódica, con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos o, en otras ocasiones, para evitar el malestar que provoca no poder consumirla.

El síndrome de abstinencia (SA) es el estado que aparece tras la no administración de la droga a un sujeto que presenta dependencia de ella. El conjunto de síntomas y signos que provoca el SA, comunes para cada grupo de droga, es uno de los indicadores de la presencia de este síndrome.

La tolerancia es la capacidad del organismo de acostumbrarse a los efectos de una droga, y puede ser de diversos tipos: farmacológica (precisa un aumento de dosis para lograr los mismos efectos), metabólica (permite la degradación bio-

química) y cruzada (algunas drogas hacen que otras sustancias aceleren su metabolismo).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10), la dependencia se define por los siguientes aspectos:

- Deseo intenso de consumir una sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
- Síntomas del SA.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, y aumento del tiempo necesario para obtener/ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por su parte, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su última edición de 2013 (DSM-5), integra en un solo diagnóstico las antiguas categorías de abuso y dependencia, con la pretensión de englobar mejor los síntomas que los pacientes experimentan².

En general, para considerar que existe una dependencia se deben cumplir, al menos, tres de los siguientes criterios: a) deseo intenso de consumir una sustancia, que cada vez exige más dosis para producir los mismos efectos, y provoca un SA cuando se deja de consumir; b) a pesar de realizar grandes esfuerzos, no se logra abandonar el consumo, y c) este hábito obliga a dejar de hacer ciertas actividades saludables o trabajar, y perjudica la integración familiar y las relaciones sociales, produciendo enormes problemas de salud.

Clasificación de las drogas

Existen muchas maneras de clasificar las drogas: según su origen, estructura química, acción farmacológica, manifestaciones clínicas, efectos sociales, legalidad o grado de afectación de la salud física, psíquica o social. Aunque la clasificación más práctica es la de la OMS¹:

- Depresoras. Se consideran drogas depresoras el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona).
- Estimulantes. Dentro de este grupo se incluyen la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, la mayor parte de las sustancias de síntesis y de las nuevas sustancias psicoactivas.
- Alucinógenas/psicoactivas. Incluyen sustancias de una amplia variedad de fuentes naturales y sintéticas, y son estructuralmente diferentes.
- Otras sustancias. El cannabis, los inhalantes y las nuevas sustancias psicoactivas son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido

incorporadas en las Convenciones de 1961 y 1971. Tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las de sustancias conocidas y ya controladas internacionalmente.

Para conocer un poco más los efectos de las diferentes sustancias y cómo actúan en nuestro cerebro, la fundación holandesa Jellinek, en su página web <http://bit.ly/1fEnHJd>, ofrece una presentación en 15 idiomas.

Patrones de consumo

Existen varios tipos de consumidores: los que consumen experimentalmente, los que lo hacen de forma regular (llamados consumidores sociales), los que lo hacen de forma nociva con capacidad de producir daño corporal o mental y, finalmente, los que lo hacen de forma abusiva y con dependencia.

Qué efectos producen las drogas y por qué se consumen

En general, las personas comienzan a consumir drogas por diferentes razones:

- Para sentirse bien. La mayoría de las drogas de abuso producen sensaciones intensas de placer. Esta sensación inicial de euforia va seguida de otros efectos, que difieren según el tipo de droga usada. Por ejemplo, con los estimulantes, como la cocaína, tras el efecto de euforia (*high*) sobrevienen sensaciones de poder, autoconfianza y mayor energía. Por el contrario, a la euforia producida por los opiáceos, como la heroína, le siguen sensaciones de relajamiento y satisfacción.
- Para sentirse mejor. Algunas personas que sufren ansiedad o fobia social, trastornos relacionados con la angustia o la depresión, comienzan a abusar de las drogas para intentar disminuir estos sentimientos. El estrés puede ejercer un papel importante para determinar si alguien comienza o continúa abusando de las drogas, así como en las recaídas en los pacientes que están recuperándose de su adicción.
- Para rendir mejor. La necesidad que sienten algunas personas de mejorar su rendimiento atlético o cognitivo con sustancias químicas puede desempeñar un papel similar en la experimentación inicial y abuso continuado de las drogas.
- Por curiosidad o «porque los demás lo hacen». A este respecto, los adolescentes constituyen una población particularmente vulnerable, debido a la fuerte influencia que tiene sobre ellos la presión de sus amigos y compañeros. Es más probable, por ejemplo, que se involucren en comportamientos atrevidos o de desafío^{3,4}.

Epidemiología

En los adolescentes menores de edad, el consumo está prohibido por ley⁵.

El Programa de Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) es un programa bienal para estudiantes de enseñanzas secundarias de

14-18 años sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con los gobiernos de las comunidades autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación, que se inició en 1994. Cuenta actualmente con resultados de 10 encuestas bienales (desde 1994 a 2014)⁵. Se dispone así de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema y las medidas que los estudiantes consideran más efectivas para resolverlo. Además, el cuestionario y la metodología son similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea (como ESPAD3) y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

Resúmenes de los resultados

- Desciende el consumo de todas las drogas.
- Las drogas más frecuentemente consumidas son el alcohol, el tabaco, el cannabis y los hipnosedantes, recetados o no. Le siguen de forma testimonial los siguientes: cocaína, éxtasis (también conocido como MDMA), alucinógenos, anfetaminas, inhalantes y heroína.
- Las mujeres consumen más alcohol, tabaco e hipnosedantes que los varones, y éstos más cannabis que ellas. Los varones consumen más drogas ilegales que las mujeres.
- Los estudiantes tienen una baja percepción de la peligrosidad del alcohol y declaran que el tabaco es menos peligroso que el cannabis. Desde 2010 disminuye la disponibilidad de todas las drogas excepto para el alcohol. Se detiene la tendencia creciente del consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres.
- Las mujeres son más conscientes del riesgo de las drogas que los varones.
- Los escolares consideran que las medidas más eficaces para luchar contra las drogas son la educación en las escuelas, el tratamiento voluntario a los consumidores, el control policial y aduanero y las campañas de publicidad.
- Los profesionales sanitarios, los profesores y la familia son, por este orden, los grupos preferidos por los escolares para recibir información sobre drogas. Uno de cada 3 se siente perfectamente informado sobre estas sustancias, sus efectos y riesgos; uno de cada 5 se siente informado «a medias» y sólo el 5,95% considera que está mal informado.

Nosotros, en Valladolid, hemos realizado un estudio usando el mismo cuestionario que ESTUDES, y hemos obtenido algunos datos parecidos. La media de edad de inicio del consumo de alcohol y tabaco se situó entre los 13 y los 14 años, y la de inicio a las drogas ilegales entre los 15 y los 16 años. Con 12 años o menos encontramos que un 18,95% de los escolares había experimentado con el alcohol, un 9,58% con el tabaco y un 1,78% con otras drogas.

Las chicas presentaron prevalencias más altas de consumo de alcohol (el 78,9 frente al 75,6%) y tabaco (el 39,7 frente al 34%) que los chicos; sin embargo, éstos consumían en mayor proporción el resto de las drogas (el 20,5, frente al 14,7% de las chicas). No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en el uso de cannabis, tranquilizantes o pastillas para dormir con o sin receta; sin embargo, las prevalencias de consumo masivo de alcohol, cigarrillos y «porros» eran mayores en los chicos. Respecto a la asociación de varias sustancias, el policonsumo de 2 o más fue mayor en las mujeres, frente al de 3 o más en los varones. Sin embargo, no se observaron diferencias por sexos en la edad de inicio ni en el patrón de consumo⁶.

El patrón de consumo diario, en general, estuvo muy poco extendido entre los jóvenes. Sólo un 2,1% de los escolares consumía alcohol, y un 10,4%, tabaco. El consumo de cannabis estuvo presente en el 4% de los escolares en los últimos 30 días. El consumo de estas sustancias se concentra en el fin de semana, fundamentalmente durante la noche, con sus grupos de iguales, en espacios o lugares de ocio (calle, bares, pubs o discotecas). El conocido «botellón» lo practica un 30,8% de los encuestados.

La prevalencia de borracheras en el último año entre los que han consumido alcohol es del 64%. La percepción de riesgo relacionada con el consumo de drogas ilegales es bastante alta: un 97% de los encuestados percibe como peligroso o muy peligroso el consumo de cocaína, *speed* o anfetaminas y éxtasis; un 79%, el consumo de hachís o marihuana y tranquilizantes sin receta, y un 24%, el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir.

Información sobre drogas

El 89% de los encuestados se siente suficientemente informado sobre las drogas (en proporción más alta los chicos).

Factores asociados

Los factores que influyen en el hábito de beber, fumar y tomar drogas se exponen en la tabla 1.

Respecto a las conductas de riesgo asociadas al alcohol, un 20,4% de los estudiantes reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol o las drogas, y un 8,3% haber conducido (coche o moto) bajo estos mismos efectos. También el 16,6% declara haber tenido algún tipo de problema por el consumo de alguna droga (p. ej., discusión, pelea, accidente o mal rendimiento escolar).

Tabla 1. Factores que influyen en los hábitos de beber, fumar y tomar drogas de los adolescentes

	OR	p	IC 95%
Alcohol			
Sexo: mujer vs. varón	0,91	0,05	0,75-1,10
Edad: 2.º Bachillerato vs 2.º ESO	4,98	<0,001	3,45-7,17
Nivel socioeconómico familiar: bajo vs. alto	1,03	0,863	0,84-1,25
Notas peores que la media de clase: sí vs. no	1,19	<0,001	0,94-1,51
Hora de regreso a casa después de la una: sí vs. no	1,73	<0,001	1,32-2,28
Relaciones sexuales con penetración: sí vs. no	3,69	<0,001	3,02-4,51
Robar cosas con frecuencia: sí vs. no	2,57	0,002	1,65-4,01
¿Has fumado alguna vez? Sí vs. no	1,69	<0,001	1,30-2,18
¿Has tomado drogas alguna vez? Sí vs. no	2,22	<0,001	1,65-2,99
¿Tus amigos beben alcohol? Casi todos o alguno vs. ninguno	6,09	<0,001	4,45-8,33
Tabaco			
Sexo: mujer vs. varón	1,30	0,005	1,08-1,57
Edad: 2.º Bachillerato vs. 2.º ESO	2,54	<0,001	1,83-3,52
Nivel socioeconómico familiar: bajo vs. alto	1,99	0,003	1,32-2,99
Notas peores que la media de clase: sí vs. no	2,13	<0,001	1,69-2,67
Hora de regreso a casa después de la una: sí vs. no	2,99	<0,001	2,26-3,96
Relaciones sexuales con penetración: sí vs. no	5,58	<0,001	4,57-6,83
Robar cosas con frecuencia: sí vs. no	3,47	<0,001	2,29-5,26
¿Has tomado alcohol alguna vez? Sí vs. no	1,29	0,622	0,47-3,56
Emborracharse en más de dos ocasiones: sí vs. no	3,84	<0,001	3,12-4,72
¿Has tomado drogas alguna vez? Sí vs. no	16,15	<0,001	12,61-20,7
¿Tus amigos fuman cigarrillos? Casi todos o algunos vs. ninguno	4,12	<0,001	3,00-5,66
Drogas			
Sexo: varón vs. mujer	1,46	<0,001	1,18-1,81
Edad: 2.º Bachillerato vs. 2.º ESO	6,88	<0,001	4,54-10,44
Nivel socioeconómico familiar: bajo vs. alto	1,78	0,012	1,13-2,80
Notas peores que la media de clase: sí vs. no	2,19	<0,001	1,71-2,81
Hora de regreso a casa después de la una: sí vs. no	3,76	<0,001	2,98-4,73
Relaciones sexuales con penetración: sí vs. no	5,82	<0,001	4,64-7,31
Robar cosas con frecuencia: sí vs. no	3,87	<0,001	2,53-5,91
¿Has tomado alcohol alguna vez? Sí vs. no	16,7	<0,001	8,58-32,63
Emborracharse en más de dos ocasiones: sí vs. no	6,03	<0,001	4,74-7,77
¿Has fumado alguna vez? Sí vs. no	18,46	<0,001	13,63-24,99
¿Tus amigos consumen drogas? Casi todos o algunos vs. ninguno	7,38	<0,001	4,72-11,56

ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Fuente: Vázquez Fernández ME, et al. (2014)⁶.

Policonsumo

En nuestra encuesta, el 22% de los jóvenes de 13-18 años no había consumido ninguna sustancia en ningún momento; el 39,7%, una sola; el 23,3%, 2 sustancias; el 11,1%, 3, y el resto, 3 o más.

Tabla 2. Prevalencia del policonsumo de sustancias adictivas en 2.412 adolescentes de Valladolid, año 2012

	Frecuencia	Porcentaje
No han consumido nada	531	22%
Solamente alcohol	943	39,1%
Tabaco y alcohol	509	21,1%
Alcohol, tabaco y hachís o marihuana	258	10,7%
Alcohol y hachís	44	1,8%
Tabaco, alcohol, hachís y tranquilizantes con receta	23	1%
Solamente tabaco	15	0,6%
Tabaco, alcohol, hachís y anfetaminas	13	0,5%

Fuente: Vázquez Fernández ME, et al. (2014)⁶.

El alcohol estuvo presente en la mayoría de los policonsumidores (más del 90%) (tabla 2).

Entre los que habían consumido 3 sustancias, las que aparecieron con mayor frecuencia fueron el alcohol, el tabaco y el cannabis (10,7%), por este orden de frecuencias.

Entre los que habían consumido 4 sustancias, las que aparecieron con más frecuencia fueron el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes con receta (1%).

Los estudiantes que consumían drogas ilegales solían asociar alcohol y tabaco.

Fisiopatología de la adicción

El cerebro es el órgano más complejo del cuerpo humano. Además de regular el funcionamiento de los demás órganos y sistemas, es el responsable de las funciones superiores, como las emociones, la conducta y los pensamientos. En los últimos 30 años se ha descubierto con más precisión cuál es su estructura y sus funciones. En este sentido, cada vez se conoce mejor el papel en las adicciones y cómo las drogas pueden llegar a modificar su estructura y funcionamiento. Por eso se ha llegado a considerar que las adicciones son enfermedades del cerebro⁷.

Actualmente se sabe que las estructuras implicadas en el consumo de drogas son las siguientes:

- Troncoencéfalo. Controla las funciones básicas para la vida (sueño, respiración y circulación).

- Circuito límbico. Es la base de los mecanismos de gratificación y conector de las estructuras que producen el placer, condicionando la capacidad de repetir lo que nos gusta. También es la sede de otras emociones. Algunas drogas estimulan estas estructuras logrando sensaciones placenteras, lo que explica la capacidad para alterar las emociones mediante drogas.
- Corteza cerebral. Formada por diferentes áreas que permiten el procesamiento de los sentidos (oír, ver, sentir, saborear, etc.). La parte delantera de la corteza, conocida como «corteza frontal», permite la realización de funciones superiores, como pensar, organizar, planificar o decidir.

Se sabe que todas las estructuras cerebrales están unidas por conexiones neuronales que se transmiten la información a través de sustancias llamadas neurotransmisores. Los neurotransmisores pueden ser estimulantes (adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina, glutamato y aspartato) o inhibidores (GABA y endorfinas).

Las drogas de abuso actúan directa o indirectamente en los circuitos de placer liberando dopamina. Una estimulación exagerada libera grandes cantidades de dopamina, lo que no sucede en los mecanismos naturales de recompensa. Esto explica por qué las personas que consumen drogas tienen esa tendencia, ya que cronificando su consumo perciben más gratificación que de forma natural. Además, según sea la vía de administración, este efecto es inmediato (p. ej., por vía parenteral o inhalada). La sobreestimulación por drogas permite el vaciado de dopamina de los depósitos neuronales, impidiendo otras gratificaciones, lo que da lugar a estados de decaimiento y tristeza cuando baja el efecto, e impidiendo las gratificaciones que antes se sentían por los acontecimientos diarios.

El consumo crónico de drogas altera el normal funcionamiento cerebral relacionado con la conducta, especialmente cuando se refiere a las drogas. El abuso de drogas produce adaptaciones en el SNC generando reflejos, de manera que los estímulos ambientales relacionados con el consumo pueden desencadenar un fuerte deseo de consumir, incluso muchos años después de haber dejado la adicción. De la misma forma que produce tolerancia, lleva al consumo compulsivo. La adicción altera el control personal de las decisiones sanas y produce fuertes estímulos para consumir más drogas⁸.

Tanto los neurotransmisores excitadores como los inhibidores actúan sobre la liberación de dopamina, unos estimulando directamente y otros bloqueando las neuronas dedicadas a inhibir dicha liberación. Además, dentro de la neurona, la dopamina activa la transcripción de la síntesis de proteínas, unas veces de forma transitoria y otras de forma persistente, hasta lograr que el cerebro del consumidor de drogas crónico funcione de forma diferente. Restablecer el normal equilibrio cerebral no es fácil⁹.

En conclusión, el consumo crónico de drogas adictivas produce cambios estructurales y funcionales. Entre los cambios estructurales, los derivados del opio disminuyen el tamaño de las dendritas y el cuerpo de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral. Las anfetaminas y la cocaína, cuando se consumen excesivamente, aumentan el número de ramificaciones y espinas de las neuronas del núcleo *accumbens* y las neuronas piramidales del lóbulo prefrontal. Estas modificaciones están relacionadas con los receptores de glutamato, sustancia que determina la memoria y el aprendizaje.

Entre los cambios funcionales, se ha comprobado en animales de laboratorio que la administración repetida de opiáceos, psicoestimulantes o nicotina sensibiliza el núcleo *accumbens* a los efectos estimulantes, reforzantes o ambos de estas sustancias adictivas. La sensibilización comportamental se asocia con claras alteraciones y, a largo plazo, con la actividad funcional del sistema de dopamina mesocorticolímbico, particularmente la transmisión de dopamina y glutamato en el núcleo *accumbens*.

Historia clínica en adicciones

La historia clínica es el instrumento en el que nos basaremos para la recogida sistematizada de la información necesaria para el conocimiento de los elementos que constituyen una enfermedad o conducta inadecuada, que en este caso será un uso, abuso o dependencia de una o varias sustancias, a partir de los datos recogidos en la entrevista y la evaluación clínica del adolescente en estudio.

La evaluación clínica supone el primer momento en el abordaje del adolescente. Por tanto, será de especial importancia, ya que la creación de una relación de empatía favorecerá el buen desarrollo del resto de las fases por las que discurrirá la intervención¹⁰. Durante la elaboración de la historia clínica trataremos de alcanzar algunos objetivos que nos faciliten todo el proceso posterior:

- Conocer el motivo de la consulta y la existencia o ausencia de la percepción del problema-enfermedad.
- Recoger toda la información posible relativa al consumo de sustancias y de conductas dirigidas a su adquisición.
- Identificar la posible existencia de complicaciones que sean consecuencia de dicho consumo, en el ámbito de la salud física y psicológica, las relaciones con la familia y amigos, los estudios, etc.
- Establecer un adecuado contacto con el adolescente, que nos permita mantener encuentros posteriores, destinados a profundizar en el conocimiento del caso e intervenir para intentar tratar las consecuencias del consumo.

Para alcanzar este último objetivo, primordial para intervenir con jóvenes, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones:

- Debemos mantener en todo momento una actitud de empatía, evitando situaciones de confrontación.
- Hay que crear un clima de confianza que le predisponga a aportarnos información, que nos permita ajustar nuestro diagnóstico posterior.
- Evitaremos adoptar posturas paternalistas o de «colegas», pero también excesivamente rígidas o distantes.
- Utilizaremos un tono de voz firme pero a la vez acogedor, que le permita sentirse cómodo en la entrevista.
- La búsqueda de información ha de ser nuestra principal preocupación, pero evitaremos realizarle «un tercer grado».
- Sería interesante tener algún conocimiento de la «jerga» utilizada por los adolescentes y los consumidores de drogas.
- Es necesario mantener la entrevista con el adolescente a solas, lo que permitirá que pueda aportarnos una información que no nos daría si estuviera delante la familia, aunque en un segundo momento contrastaremos con ésta la información recibida.
- Debemos evitar la realización de la entrevista en momentos de intoxicación o abstinencia, pues la información que nos aportaría tendría poco valor.

Una vez establecidas estas premisas, comenzaremos con el proceso de recogida de la información que dé contenido a la historia clínica del paciente y, como se trata de valorar un proceso de consumo de sustancias, deberemos seguir un protocolo que incluya los siguientes apartados:

Motivo de consulta

En el primer contacto con el adolescente comenzaremos por identificar si acude por propia iniciativa o si ha sido a sugerencia de la familia, otro profesional, el sistema judicial, etc. En el primer caso estaremos en una situación adecuada, pues puede indicar que tiene conciencia del problema y predisposición al cambio; por el contrario, si acude por indicación de terceras personas, partimos de una situación peor, pues es fácil que no tenga conciencia del problema y, por tanto, nuestro primer trabajo consistirá en modificar la motivación y superar las posibles barreras que aparecerán durante todo el proceso, pues es muy posible que minimice o niegue el problema¹⁰.

A continuación estableceremos una aproximación al problema que plantea y las complicaciones que han aparecido por el consumo, así como su idea de futuro, que puede pasar por una abstinencia total o un consumo controlado de la sustancia, fundamentalmente cuando hablamos del alcohol.

Consumo en los 30 días previos

Anotar los consumos de las diferentes drogas realizados durante este periodo de tiempo.

Historia toxicológica

En este apartado recogeremos de forma exhaustiva la historia de consumo del adolescente, recopilando la información por cada una de las drogas que haya consumido, anotando el momento y la edad de inicio del consumo, las variaciones en el mismo, las causas que motivaron el contacto con las drogas y si ha existido en algún momento un cese del consumo, el motivo por el que se produjo y si se acompañó de alguna sintomatología que nosotros podamos identificar como de abstinencia. Esto último nos orientará a diagnosticar el uso, el abuso o la dependencia de las drogas¹⁰.

Consecuencias relacionadas con el consumo de sustancias

Problemas de salud (físicos/psíquicos)

Deberemos prestar atención a la posible existencia de una patología relacionada o inducida por el consumo de sustancias, y posteriormente realizar una minuciosa exploración física, apoyada en pruebas complementarias, cuando consideremos que el nivel de consumo justifica este tipo de intervención. Es posible que si al final del estudio de caso diagnosticamos un uso ocasional e incluso habitual de la sustancia, no creamos necesario realizar este tipo de pruebas.

Problemas sociofamiliares

Establecer qué tipo de relación mantiene el adolescente con la familia, los amigos, los compañeros de estudios o trabajo, e identificar las complicaciones que se han derivado del consumo de drogas.

Problemas en el ámbito educativo

Hay que valorar cómo va en los estudios, si ha bajado su rendimiento y si esto se puede relacionar con el consumo de drogas¹¹. El hecho de que haya consecuencias en los apartados anteriormente descritos, si podemos relacionarlas con el consumo de drogas, y si conseguimos hacérselo ver, será un gran apoyo para concienciar al adolescente de la existencia de un problema y de la necesidad de trabajar para solucionarlo.

Predisposición al cambio

Apoyándonos en el modelo de las etapas del cambio de Prochaska y Di Clemente (1982), podremos establecer en qué momento o estadio se encuentra el adolescente respecto al consumo de drogas:

- Precontemplación: sin conciencia de problema, no tiene intención de realizar ningún cambio ni está pensando en dejar el consumo.

- **Contemplación:** ambivalencia, está pensando en que ha de dejar de consumir, aunque aún no ha puesto fecha ni ha pensado cómo hacerlo.
- **Determinación:** inicia actividades para el cambio, quiere dejar de consumir y ya ha pensado cuándo y cómo hacerlo.
- **Acción:** inicia actividades para el cambio, deja de consumir, con apoyo o sin él.
- **Mantenimiento:** mantener lo conseguido.
- **Recaída:** vuelta a las conductas iniciales; se reinicia el consumo de la droga.

Tratamientos previos

Detallaremos si existen antecedentes de algún intento de tratamiento reglado para dejar el consumo, anotando el tipo y los resultados, e incluso recogeremos información de los intentos de abandonarlo sin apoyos, aunque hayan sido infructuosos, y de las dificultades para conseguirlo. Toda esta información nos ayudará a escoger el mejor tratamiento para el adolescente que acude a nuestra consulta.

Clínica

En este apartado anotaremos los signos y síntomas que presenta el paciente en el momento de la abstinencia que consideremos relacionados con el consumo; algunos se pueden describir para el conjunto de las diferentes drogas, pues existe un nexo común para todas ellas, y los podríamos enumerar como ansiedad, irritación, nerviosismo, angustia e insomnio; todos ellos describen un SA psicológico, presente en la abstinencia de todas las drogas, y algunas de ellas (alcohol, benzodiazepinas, opiáceos) se verán acompañadas de un SA físico, que es diferente para cada una de ellas y, por tanto, precisará una descripción individualizada.

Este apartado es apropiado para incluir la exploración clínica, que nos aporte información por aparatos, de la posible patología asociada o derivada del consumo de drogas.

Pruebas complementarias

Ahora sería el momento de solicitar las pruebas que consideremos necesarias para una completa valoración del caso, entre las que destacaríamos la analítica de sangre, en la que no hay que olvidar la serología vírica para el virus de la inmunodeficiencia humana y los virus de afectación hepática, si consideramos que han existido conductas de riesgo; también sería de interés realizar un electrocardiograma y una placa de tórax. En los casos que consideremos oportunos, se podría completar el estudio con un test de Mantoux y determinaciones para infecciones de transmisión sexual.

Diagnóstico

Como en todos los procesos nosológicos o enfermedades que tratamos en nuestra consulta, el diagnóstico se basará en la clínica y las pruebas complementarias, que nos ayudarán a identificar el proceso con el que nos enfrentamos. Sin embargo, en el

caso de las adicciones –como se pueden producir por varias drogas y cada una de ellas tiene características diferenciales¹¹– habrá que detallarlo en cada uno de los casos, pero para todas podremos establecer una intensidad de consumo que deberemos identificar para establecer el nivel de gravedad asociado al consumo de la droga.

Para establecer la cuantía de consumo y, por ende, la gravedad asociada al mismo, existe una escala con diferentes estadios. En el primer nivel encontraremos un consumo experimental, al cual nos referiremos en esos primeros consumos que se producen para conocer el efecto de la droga; después, lo habitual es no volver a contactar con la droga en cuestión, pero en otros casos el consumo persiste y pasa a realizarse en ocasiones puntuales (cuando se sale de fiesta, se relaciona con ciertas personas o existe un estado emocional que lo favorece); en este caso nos referiremos al consumo ocasional, pero si se incrementa en frecuencia de tal manera que se produce siempre con cierta periodicidad (p. ej., todos los fines de semana), hablaremos ya de un consumo habitual. Como siempre que se genera un hábito, dejar de consumir ya supondrá un esfuerzo, aunque normalmente no requerirá un apoyo externo sino sólo la percepción del problema y el deseo de superarlo. Pero si la situación progresa y se incrementa en frecuencia y cantidad, y empiezan a aparecer problemas de índole física (p. ej., aumento de transaminasas), familiar (en casa se aprecia un comportamiento distinto, habitualmente problemático) o educacional (el rendimiento escolar disminuye de forma notable), entonces estaremos hablando de consumo perjudicial. Y si éste continúa o se incrementa, llegaremos al último nivel, que denominaremos dependencia, caracterizado por la necesidad de consumir para evitar las molestias del SA. Hasta este momento el adolescente decide cuándo consume y cuándo no, pero si se alcanza este último nivel, tendrá que consumir aunque no hubiera interés en hacerlo, debido a las molestias inducidas por la falta de droga.

En todos los casos habremos de tener en cuenta los criterios establecidos por la CIE-10 o el DSM-5, para valorar la existencia o no de una dependencia.

Siempre para realizar un correcto diagnóstico, y dado que en la consulta habitualmente no se nos dice la verdad, deberemos investigar qué sustancias consume el paciente. Disponemos para ello de la posibilidad de analizar muestras biológicas con el objetivo de detectar su presencia en ellas. Las muestras de sangre y orina son las más utilizadas. Ajustando un poco más, diremos que la preferida en la consulta ambulatoria es la muestra de orina, por su facilidad de recogida y posterior análisis, que permitirá conocer las sustancias consumidas en los últimos días.

El análisis de drogas en orina no sólo servirá para el estudio inicial del caso, sino que también permitirá que en el proceso de tratamiento podamos tener una información objetiva de su evolución, conociendo si hay nuevos contactos con las drogas, e incluso hacernos una idea de la intensidad y la frecuencia de los consumos.

Diagnóstico diferencial

En el caso de las adicciones, respecto al diagnóstico diferencial, se baraja la posible existencia de una «patología dual», término que utilizaremos para describir la situación que sufren los sujetos que, de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital, se ven afectados por una adicción y otro trastorno mental. Debemos explorar la posible existencia de trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social, etc.), trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar, etc.), trastornos del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y diferentes rasgos y trastornos de personalidad (antisocial, límite o *borderline*, esquizotípico, evitativo y obsesivo, fundamentalmente)¹⁰.

La patología dual puede originarse por tres causas diferentes: a) adolescentes con un trastorno psiquiátrico previo que inician el consumo de drogas con el fin de mejorar y regular sus síntomas, también llamada «teoría farmacológica de la adicción»; b) sujetos en quienes no existe un trastorno mental previo, pero que debido al consumo de sustancias y a su vulnerabilidad desarrollan una psicopatología, y c) casos en que se sufren ambas patologías de forma independiente, sin que una influya sobre la otra en su aparición, aunque durante el tratamiento, cuando coexisten ambas, se observa una peor evolución.

Tratamiento

Al igual que en el capítulo del diagnóstico, en este apartado deberemos tener en cuenta que el problema puede provenir de diferentes sustancias, y que cada una de ellas tendrá un abordaje específico. Sin embargo también en este caso observamos unas pautas comunes que nos servirán de patrón para todas ellas. Así, podremos establecer que el tratamiento constará de una parte farmacológica y una psicoterapéutica, y se completará con un abordaje socioeducativo que restaure una adecuada relación del paciente con la familia y el entorno, y que favorezca la recuperación de un proceso educativo normalizado.

Tradicionalmente, en el tratamiento de las drogodependencias se habla de tres momentos o fases secuenciales, aunque en ocasiones también se pueden superponer. En una primera fase, que denominamos «desintoxicación», se aborda la sintomatología de abstinencia, tanto física como psíquica, basándose en la implementación de una terapia farmacológica que ayude a superar las molestias iniciales derivadas del cese del consumo. Le sigue la fase de deshabituación, es decir, una intervención destinada a romper con el hábito del consumo y cambiar o eliminar conductas relacionadas con él, ayudando al paciente a superar las dificultades que aparecerán durante todo el tratamiento. Concluye el tratamiento con la fase de rehabilitación, destinada a recuperar las relaciones familiares y amistosas, reiniciar las actividades deportivas o de ocio y tiempo libre, sin olvidar en estos pacientes un rendimiento escolar acorde con sus capacidades.

En el proceso de deshabitación a las drogas, en primer lugar, como es obvio, hay que abandonar su consumo, lo cual se consigue estadísticamente en un alto porcentaje de los casos. Pero a veces nos olvidamos del segundo paso, en el que hay que intentar no volver a consumir o, al menos, no consumir con un patrón desadaptativo, como en el caso del alcohol. A esto lo llamamos «prevención de recaídas». En muchos casos, si no se realiza, nos encontramos al cabo de un tiempo con un rebrote del consumo, que nos pone nuevamente en la casilla de salida, cuando no incluso más atrás, pues hemos derrochado esfuerzos y disminuido la autoestima del adolescente necesaria para superar la adicción, así como la confianza de la familia en que el problema se pueda superar en algún momento.

Vamos a describir la terapia farmacológica con cada una de las drogas, pues aunque hay fármacos que pueden utilizarse de forma generalizada para todas ellas, hay otros específicos que se indican de forma individualizada.

La psicoterapia se describirá de forma conjunta para todas las drogas, pues las diferentes opciones no dependen de la sustancia, sino de la orientación del psicoterapeuta y de las características del paciente.

Orientaciones psicoterapéuticas

- Terapias cognitivo-conductuales.
- Terapia motivacional.
- Terapias centradas en la familia.
- Terapias analíticas y psicodinámicas.

Todas ellas tienen su espacio en el tratamiento de las adicciones, pero las más utilizadas son las dos primeras, por lo que habría que profundizar en ellas si se está interesado en abordar estas enfermedades¹¹.

Terapias cognitivo-conductuales

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Prevención de recaídas.
- Manejo de contingencias.
- Terapia cognitiva.

Terapia motivacional

Es un método centrado en el paciente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias (Miller y Rollnick). Sus principios básicos son los siguientes:

- Expresar empatía.
- Crear discrepancias.
- Darle un giro a la resistencia.
- Fomentar la autoeficacia.

En todos los casos el proceso de la terapia tiene unas etapas que conviene trabajar para abordar adecuadamente el problema. Éstas son:

- Definición de contexto.
- Creación de la relación terapéutica.
- Construcción del problema.
- Construcción de soluciones.
- Revisión del cambio.

Diagnóstico y tratamiento de las adicciones más frecuentes en los adolescentes

En la tabla 3 se describen de forma concisa los principales elementos de apoyo para el diagnóstico de cada una de las adicciones, empezando por la droga más consumida, el alcohol, y terminando por las que apenas se consumen en la adolescencia: la cocaína y los opiáceos. Igualmente, indicamos los fármacos más utilizados en los abordajes de cada una de ellas, que nos pueden servir para facilitar el cese del consumo y la superación del problema. En el caso de estas dos últimas, dada la complejidad de la adicción y sus graves consecuencias, lo aconsejable sería derivar al paciente al servicio de salud mental o a un centro especializado en el tratamiento de las adicciones.

Prevención

Concepto

Prevención significa anticiparse a que algo suceda, o conocer con anticipación un daño y actuar para evitarlo o reducirlo.

La OMS, cuando define el concepto de prevención (1998), hace referencia al conjunto de «medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas».

En el ámbito de las drogas, el concepto de prevención se refiere al conjunto de acciones encaminadas a promover la salud de las personas, para reducir la probabilidad de aparición de problemas relacionados con el consumo de estas sustancias¹².

Tabla 3. Diagnóstico y tratamiento de las adicciones

	Diagnóstico	Tratamiento
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de consumo medida mediante la unidad de bebida estándar (UBE) • Marcadores biológicos • Volumen corpuscular medio (VCM) • Gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) • Transaminasas (GOT/GPT) • Cuestionario CAGE • Test AUDIT • Interrogatorio Sistematizado de Consumo • Escala de Intensidad de la Dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación: <ul style="list-style-type: none"> – Ambulatoria. Primera opción – Benzodiacepinas: diazepam, lorazepam – Anticonvulsivantes: gabapentina – Antipsicóticos: tiaprida – Hospitalaria. Si la situación lo precisa • Deshabituación: naltrexona, nalmefeno, acamprosat, disulfiram, carbimida cálcica
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de la Gravedad de la Adicción para Adolescentes (T-ASI) • Intensidad de consumo: número de cigarrillos/día <ul style="list-style-type: none"> – Test de Fagerström – Test de Glover-Nilsson – Test de Richmond 	<ul style="list-style-type: none"> • Vareniclina (Champix) • Bupropión (Zintabac) La toma de ambos fármacos se realiza 1 semana antes de dejar de fumar • Parches, chicles, inhaladores de nicotina. Inicio el mismo día que se deja de fumar • Benzodiacepinas. Si el nivel de ansiedad es alto
Cannabis	T-ASI	<ul style="list-style-type: none"> • Habitualmente no precisa apoyo farmacológico • Alto nivel de ansiedad: benzodiacepinas • Proceso psicótico: antipsicóticos atípicos
Benzodiacepinas	T-ASI	<p>Si existe dependencia, está contraindicada la interrupción brusca. Tres intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pauta descendente de la misma benzodiacepina de la que depende 2. Pasar a una benzodiacepina de semivida media larga y a una pauta descendente 3. Pauta descendente más ágil, pero con apoyo farmacológico (p. ej., pregabalina)
Cocaína	T-ASI Cuestionario de Craving de Cocaína General (CCQ-G)	Síndrome de abstinencia físico leve: trataremos la ansiedad con benzodiacepinas, antidepresivos y, si es preciso, antipsicóticos atípicos
Opiáceos	T-ASI	<ul style="list-style-type: none"> • Programas libres de drogas con ansiolíticos, alfa-2 adrenérgicos, analgésicos e hipnóticos • Programas de mantenimiento con antagonistas: naltrexona • Programas de mantenimiento con agonistas: metadona, buprenorfina

En este caso, nuestras acciones sobre los adolescentes intentan ayudar a identificar los problemas, sopesar sus consecuencias y buscar las alternativas para resolverlos¹².

Objetivos

Raquel Díez (2010) enumera los objetivos que deben establecerse en todas las acciones preventivas:

- Educar para que las personas tengan conocimiento de las consecuencias del consumo de sustancias y cómo enfrentarse a ellas de forma responsable.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias en la medida de lo posible.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural que favorecen el aprendizaje del uso de las drogas.
- Intervenir en las causas del malestar individual, ya sea modificando aquello que lo produce o ayudando a la juventud a superarlo.
- Ofertar alternativas de vida saludable.

Tipos

Gordon (1987) propuso un modelo en el que contemplaba tres niveles de prevención:

Prevención universal

Va dirigida a toda la población, y plantea como objetivos prevenir el inicio del consumo, retrasar la edad de los primeros contactos y disminuir la prevalencia del consumo de drogas.

Mediante este tipo de prevención, además de detener el inicio del consumo, se ofrece información y se trata de fomentar entre la juventud la adquisición de las habilidades necesarias para prevenir el problema.

Se realizan actuaciones preventivas en las que se considera que toda la población comparte el mismo nivel de riesgo. Estas actuaciones pueden llevarse a cabo desde diferentes ámbitos de intervención: educativo, laboral, comunitario, etc.

Prevención selectiva

Destinada a subgrupos de la población que están expuestos a más factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas que la población general.

Los jóvenes destinatarios de este tipo de prevención se inician en el consumo de drogas relacionado con factores de riesgo biológico, psicológico, ambiental y social.

Se plantea como objetivos prevenir y retrasar el consumo, así como prevenir algunos problemas que pueden derivarse de él (peleas, sobredosis, accidentes de tráfico, etc.).

Las actuaciones están centradas en los estilos de vida y los aspectos cotidianos de cada grupo.

Prevención indicada

Se dirige a personas que presentan signos de problemas asociados a unos consumos abusivos de drogas, sin llegar a la dependencia.

Las actuaciones preventivas en este nivel tienen como objetivo detener el consumo esporádico o abusivo, y están enfocadas principalmente a la modificación de los factores de riesgo.

Bibliografía

1. WHO. Glosario de términos de alcohol y drogas Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
3. Partnership for Drug-Free-Kids- Where Families Find Answers. Ocho razones por las cuales los adolescentes consumen drogas. Disponible en: <https://drugfree.org>
4. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La edad en los consumos de drogas. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/files/edad_en_los_consumos_de_drogas_clm.pdf
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Escolar sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Disponible en: http://www.pnsd.msccbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
6. Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatr Aten Primaria*. 2014; 16: 125-134.
7. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud, NIDA-National Institute on Drug Abuse. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. 2008. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
8. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. The addicted brain: insights from imaging studies. *J Clin Invest*. 2003; 111: 1.444-1.451.
9. Camí J, Farré M. Bases neurobiológicas de la adicción a drogas. *Drug addiction*. *N Engl J Med*. 2003; 349: 975-986.
10. Pereiro C, ed. Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. Disponible en: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/243.pdf>
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos, abusos, consumo, dependencia, drogas. Disponible en: http://www.hablemosdedrogas.org/system/application/views/uploads/data/pnsd_guia_drogas.pdf
12. Cruz Roja Española. Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención, 2010. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/guiajuventud/>