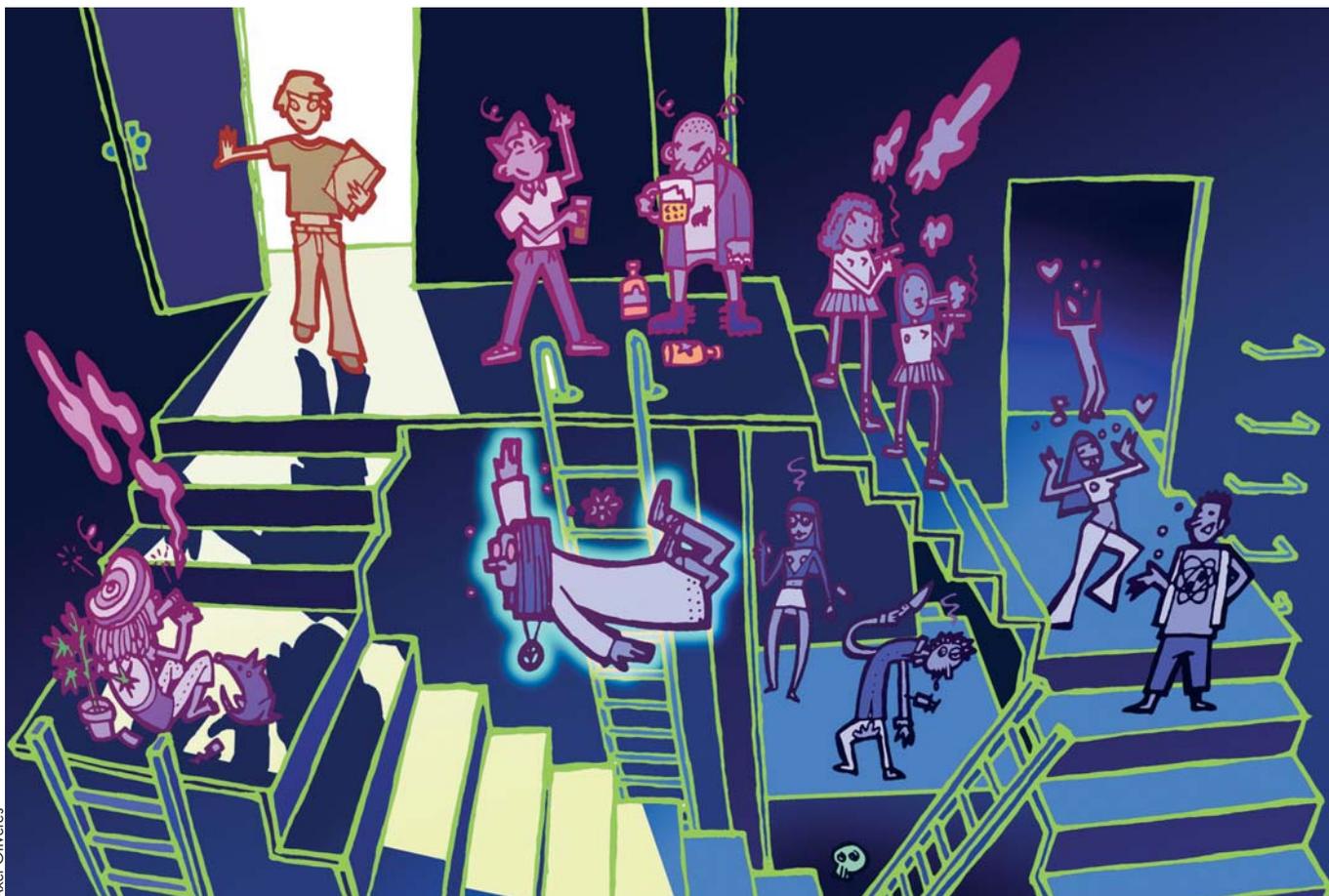


Hablemos de...

El adolescente ante las drogas. Drogas legales, drogas ilegales

JOSEP CORNELLÀ Y ÀLEX LLUSENT

Programa de Atención a los Adolescentes. Dirección de Atención Primaria. Institut Català de la Salut. Centre d'Espesialitats Güell. Girona. España.
cornella@comg.es; alexllusent80@hotmail.com



Introducción

El consumo de drogas, legales o ilegales es y ha sido una constante en todos los países del mundo. Con el paso del tiempo han evolucionado los diferentes tipos de sustancias, los perfiles de consumo y, sobre todo, las características de los individuos implicados, en función de unas modas y unos escenarios sociales en constante cambio.

El pediatra que atienda adolescentes deberá tener un conocimiento adecuado acerca de la experimentación y el consumo de drogas, un problema que va en aumento y que exige una actualización constante de sus conocimientos. La acción del pediatra comprende actividades de *prevención primaria* (educación sanitaria con el objetivo de evitar el consumo y reforzar los factores de protección), así como de *prevención secundaria* (detección temprana del consumo para poder intervenir en el adolescente y su entorno). Habrá que evitar siempre un abordaje demasiado alarmista que impida el frágil nexo que, a menudo, se da en su relación con el adolescente.

Puntos clave

- Entrevistar al adolescente: escuchar, observar, evitar juicios de valor.
- No confundir experimentación con adicción.
- La adicción a la nicotina aparece a los 2 años de iniciado el consumo.
- El cannabis interfiere negativamente en la memoria, la capacidad cognoscitiva y la coordinación motora.
- El médico interesado en atender a la salud integral del adolescente deberá desplazarse a los institutos para facilitar las consultas.

La entrevista clínica

La clave de toda acción dirigida al adolescente está en la entrevista que, muy a menudo, es el primer acto terapéutico. Entrevistar al adolescente significa aprender a escuchar y observar mucho, sin emitir juicios de valor, sin prisa por tomar apuntes... y hablar poco. Entrevistar al adolescente significa establecer una buena relación, manejar la confidencialidad, utilizar un lenguaje correcto e inteligible, y no aceptar el papel de «padre sustituto». Son útiles las preguntas abiertas, las respuestas «en espejo», los resúmenes sintetizadores intercalados, así como el apoyo y la comprensión de los problemas. La entrevista a los padres puede complementar los datos aportados por el adolescente¹.

Drogas: las etapas de un proceso

El consumo de drogas constituye uno de los «pasos al acto» más típicos de la adolescencia. El sentimiento de invulnerabilidad y la necesidad de probarlo todo por sí mismo le hacen vulnerable a probar las sustancias psicoactivas. McDonald² considera 5 etapas clásicas en el proceso de inicio, consumo y adicción a las drogas (tabla 1). Las posibili-

Tabla 1. Etapas en la adicción

Etapas en la adicción

La atención al adolescente requiere que el pediatra se familiarice con el tema de las drogas, y especialmente en el desarrollo de actividades de prevención primaria y secundaria.

Entrevistar al adolescente significa aprender a escuchar y observar mucho, sin emitir juicios de valor, sin prisa por tomar apuntes... y hablar poco. El objetivo prioritario será establecer una buena relación, manejando adecuadamente la confidencialidad.

No existe una razón única por la que el adolescente comienza a experimentar con las drogas. Por una parte, están las razones que van vinculadas a una actuación que le ayude a integrarse en un grupo determinado, pero se insiste actualmente en la hipótesis de la automedicación.

El pediatra podrá atender en su consulta de atención primaria al adolescente que ha empezado a consumir drogas si tiene una formación adecuada en este campo y si es capaz de determinar los factores de riesgo y de mal pronóstico.

El tabaco sigue siendo la sustancia más utilizada entre los adolescentes, y la edad de inicio ha descendido significativamente. Tras 2 años de iniciar el consumo, el adolescente puede manifestar síntomas de adicción, por lo que es necesaria una intervención especializada.

dades de recuperación son mayores cuanto antes se intervenga en esta sucesión de etapas.

Conviene familiarizarse también con unos conceptos que se utilizan al hablar del consumo de sustancias tóxicas:

1. Abuso: es todo uso de droga que causa daño físico, psicológico, económico, legal o social al individuo que la usa o a otros afectados por su comportamiento.
2. Intoxicación: supone los cambios en el funcionamiento fisiológico, psicológico, afectivo, cognoscitivo, o de todos ellos, como consecuencia del consumo excesivo.
3. Adicción: trastorno crónico que se caracteriza por el uso compulsivo de una sustancia, con el consecuente daño físico, psicológico o social, y la continuación del uso a pesar del daño.
4. Dependencia psicológica: es el estado emocional de necesidad urgente de la sustancia, ya sea por su efecto positivo o para evitar el efecto negativo asociado a su ausencia.
5. Dependencia física: es el estado de adaptación fisiológica a la sustancia, habitualmente caracterizado por el desarrollo de tolerancia a los efectos de la droga y a la aparición de un síndrome de abstinencia cuando no se dispone de ella.

El consumo de alcohol va asociado al fenómeno del fin de semana, y es un factor de agravamiento de las conductas de riesgo (accidentes de tráfico, relaciones sexuales sin protección...)

Entre los adolescentes existe una tendencia a considerar que el cannabis es una sustancia «natural», con lo que se ha dificultado la percepción de las graves consecuencias de su conducta.

El cannabis, que tiene una tolerancia rápida, produce importantes alteraciones en la memoria, la capacidad cognoscitiva y la coordinación motora. También puede producir episodios breves de ansiedad, pánico, disforia o depresión, despersonalización, conductas bizarras y delirios o alucinaciones. Y, en personas vulnerables, episodios psicóticos con síntomas esquizofrénicos o maníacos.

El porqué de las drogas

No existe una respuesta única. Las motivaciones para el consumo de sustancias tóxicas son múltiples y, a menudo, se superponen. Destacaríamos³⁻⁵:

- La curiosidad.
- El consumo por parte de los padres.
- El consumo por parte de los amigos y compañeros.
- La busca de mayor aceptación social.
- La baja autoestima.
- La busca de cambios afectivos y perceptivos.
- La posibilidad de vencer la timidez.
- El alivio de una situación estresante.
- El desafío a la autoridad.
- Un ritual para la aceptación en el grupo.
- Una forma de combatir el aburrimiento.
- Un facilitador de una relación sexual.
- Una respuesta a los mensajes publicitarios.
- Cada vez cobra mayor interés la consideración del consumo de drogas como forma de automedicación ante un malestar psíquico (ansiedad, depresión...).

El pediatra ante el adolescente que consume drogas

¿Hasta qué punto el pediatra puede hacerse cargo de la asistencia al adolescente que consume drogas? Depende de su grado de formación en el tema, y de las circunstancias que se puedan dar en cada caso. Los factores que indican una posible evolución tórpida, y aconsejan la consulta con un profesional especializado en el tema, son³:

- El inicio del consumo de drogas durante la niñez o en la adolescencia inicial.
- Pertenencia a un grupo que se identifica con el uso o venta de drogas.
- Falta de apoyo por parte de los padres.
- Apología del uso de la droga o falta de motivación para abandonar el uso de sustancias.
- Fracaso escolar, abandono del trabajo, sintomatología psiquiátrica.
- Por lo que se refiere al tipo de droga, el uso de alucinógenos o de drogas por vía intravenosa.
- Uso cotidiano de sustancias.
- Importancia del papel de las drogas: el adolescente está dispuesto a sacrificar relaciones para seguir consumiendo sustancias.
- Tendencia a negar o a ignorar la sintomatología dependiente de las drogas.

En la tabla 2 se exponen los criterios para tratar al adolescente desde los servicios de atención primaria, realizar una interconsulta con un profesional especializado, o referirlo a un programa específico, que puede incluir la internación.

Tabla 2. Criterios para el tratamiento o la referencia del adolescente que consume drogas

Primer nivel: atención primaria

Profesional con conocimientos acerca del uso y abuso de sustancias
Uso de drogas intermitente, experimental o no inusual para la edad y el grupo
Psicopatología no significativa, reacción de ajuste
Desarrollo adecuado de las actividades académicas y sociales
Progreso adecuado en el desarrollo de las tareas
Ausencia de conducta antisocial

Segundo nivel: interconsulta con un servicio especializado

Falta de experiencia del profesional de atención primaria
Abuso significativo de drogas
Alteraciones psicopatológicas
Falta de desarrollo de las actividades académicas y sociales

Tercer nivel: programa específico, internamiento

Abuso compulsivo de drogas
Anormal desarrollo de las actividades educativas y sociales
Peligro inminente para la salud mental o física del paciente
Conducta antisocial persistente
Fracaso del tratamiento ambulatorio
Alteraciones psicopatológicas que requieran control de conducta o medicación

El uso crónico de «pastillas» puede dar lugar a pérdida de peso, agitación y paranoia. La intoxicación aguda puede llevar a cuadros de irritabilidad, insomnio, temblor, diaforesis y cuadros psicóticos. La deshidratación puede tener graves consecuencias.

El tabaco, el peligro desconocido

El número de fumadores se ha incrementado entre los adolescentes. Lo ha probado el 82% de los muchachos y el 71% de las muchachas⁶. Y ya que la adicción a la nicotina aparece a los 2 años de iniciado el hábito tabáquico, la mayor parte de los jóvenes fumadores continuarán siéndolo hasta que alcancen la madurez.

¿Por qué comienzan a fumar los adolescentes? La influencia y la presión del grupo de amigos van en aumento desde los 10 a los 14 años; después decrece. La necesidad de potenciar la autoimagen tiene más importancia a los 11 que a los 13 años. Hay que considerar también la importancia de la imagen de los adolescentes varones con un retraso constitucional del crecimiento y de la pubertad: un cigarrillo en las manos puede dar una sensación de seguridad ante el grupo. Se ha relacionado el inicio a los 11 años con la conducta de seguir fumando a los 15. Se conoce bien el efecto del ejemplo de los padres.

En la tabla 3 se exponen los factores de riesgo y de progresión en el hábito⁷. A menor rendimiento escolar corresponde una iniciación precoz.

Para la prevención secundaria, es importante acercar los servicios de salud al entorno diario del adolescente. En nuestra experiencia personal, el desplazamiento de la consulta a los propios centros de enseñanza secundaria (ESO, bachillerato y ciclos formativos) ha brindado oportunidades a los adolescentes que querían dejar el hábito tabáquico y no encontraban la forma ni el momento de acudir al centro de salud.

Tabla 3. Consumo de tabaco entre los adolescentes

Factores de predicción

Síntomas depresivos
Rechazo hacia la escuela
Bajo rendimiento escolar
Absentismo escolar
Padres fumadores
Amigos fumadores
Profesores fumadores

Factores de progresión

Creencias sobre los efectos beneficiosos de fumar
Sentimientos depresivos
Rechazo hacia la escuela

El alcohol, droga del fin de semana

El 57% de los muchachos y el 52% de las muchachas se han emborrachado alguna vez⁶. Entre los efectos perjudiciales del alcohol destacan los problemas psicosociales y emocionales, el alto riesgo de accidentes, y las dificultades en el desarrollo, en el aprendizaje y en el área emocional. Pero además, el consumo de alcohol disminuye el nivel de alerta por lo que se refiere a la prevención de otros factores de riesgo. Por ejemplo, bajo la influencia del alcohol puede «descuidarse» la utilización del preservativo en una relación sexual.

La marihuana y sus derivados: la droga infravalorada

Para muchos adolescentes, los derivados del cannabis no pertenecen al grupo de sustancias adictivas. El consumo de marihuana o de hachís no representa, para ellos, ninguna situación de riesgo. Además, el cultivo doméstico de la planta ha dotado a su consumo de un halo de «naturalidad» que lo normaliza. Es difícil, en esta situación, convencer al adolescente de la toxicidad que tienen los derivados del cannabis y de las consecuencias de la cada día más frecuente adicción.

Poco a poco se van conociendo mejor los aspectos relacionados con esta droga y su mecanismo de acción^{8,9}:

- El delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), metabolito más activo del cannabis, posee un efecto tan activo como otras drogas relacionado con las alteraciones en la percepción, semejantes a los efectos que producen las drogas alucinógenas o psicomiméticas.
- Existen 2 tipos de receptores para el THC en las zonas cerebrales relacionadas con la memoria, los aspectos cognitivos y la coordinación motora. Estas funciones serían las más afectadas por el consumo de THC.
- La tolerancia al THC es rápida.
- Existe un síndrome de abstinencia que puede aparecer a las pocas horas y puede durar hasta 2 días. Los síntomas son cansancio, diarrea, insomnio, irritabilidad, sudación, salivación, náuseas, aumento de la temperatura corporal, anorexia, pérdida de peso y temblor. El insomnio suele durar más días y suele ser la causa que lleva de nuevo al consumo de la droga.
- El uso crónico o, en ocasiones, el uso aislado en sujetos sensibles, inexpertos o predispuestos, produce episodios breves de ansiedad, pánico, disforia o depresión, despersonalización, conductas bizarras y delirios o alucinaciones. Se habla de «reacción aguda de pánico».
- Se ha descrito un estado psicótico con síntomas esquizofrénicos y maníacos con una duración de semanas o meses, en personas vulnerables.
- El uso crónico de cannabis se ha asociado con un estado de desmotivación, apatía, deterioro del rendimiento académico y cambios en la conducta.

Las pastillas, la droga barata

Las pastillas que contienen derivados de anfetaminas y otros productos son una alternativa económica a la cocaína y se suelen asociar a determinados ambientes de discoteca. Su uso crónico se relaciona con pérdida de peso, agitación y paranoia. La intoxicación aguda puede llevar a cuadros de irritabilidad, insomnio, temblor, diaforesis y cuadros psicóticos. La deshidratación puede tener graves consecuencias.

Y las otras drogas...

No podemos terminar esta lista sin mencionar las otras sustancias tóxicas que suelen consumir nuestros adolescentes. La cocaína, a pesar de su elevado precio, suele estar presente en muchas «fiestas» que se organizan por motivos diversos. Los alucinógenos (LSD, «tripi») merecen bastante respeto debido a la posibilidad de un «mal viaje», pero así y todo no deben ser olvidados. Hemos encontrado casos de muchachas que inhalaban *speed* para disminuir su peso corporal. También están entrando en nuestro mercado los hongos alucinógenos y el peyote. Nuestro deber será estar bien informados acerca de estas sustancias que están al alcance de los adolescentes.

Posibilidades de prevención

Incrementar los factores protectores

Ya que las sustancias tóxicas van a seguir estando presentes en nuestra sociedad, al alcance de nuestros adolescentes, la estrategia preventiva debe basarse en aumentar los factores de protección frente al riesgo. En la tabla 4 se describen los elementos de protección que deberían integrarse en los planes de estudio de los escolares, antes de llegar a la etapa de la adolescencia².

Unidades de atención al adolescente

Deberían ser unidades de apoyo a los sistemas de atención primaria, que puedan atender y orientar los casos de «adolescentes difíciles». Estas unidades de atención al adolescente funcionarían como las especialidades, en el ámbito extra-hospitalario, en centros de referencia.

Consultas abiertas en los centros de enseñanza secundaria

Teniendo en cuenta las barreras que el adolescente encuentra para llegar al centro de salud, proponemos desplazar nuestra consulta a los propios centros donde se encuentra

Tabla 4. Factores protectores

Recursos y oportunidades accesibles
Atención en situaciones de estrés social
Fuerzas interrelaciones: familia, escuela, comunidad
Medios de comunicación orientados hacia hábitos saludables
Modelos de conducta positiva (líderes, ídolos)
Medio ambiente social positivo

El pediatra que atienda adolescentes deberá estar informado de los usos y costumbres de sus pacientes en relación con las drogas, y saber en qué ambientes se mueven. Es necesario también conocer el siempre cambiante argot que utilizan los adolescentes para hablar de las distintas sustancias.

Es importante incrementar los factores de protección en los adolescentes para disminuir su vulnerabilidad ante el consumo de drogas. Y utilizar programas que ya hayan probado su eficacia en otros ámbitos, ya que existen programas de supuesta educación sanitaria que sirven para incrementar el consumo de drogas entre los adolescentes.

Tanto para la prevención primaria como para la secundaria, es importante acercar los servicios de salud al entorno diario del adolescente, a los propios centros de enseñanza secundaria (ESO, bachillerato y ciclos formativos).

habitualmente el adolescente. Nuestra propuesta consiste en estar disponibles durante 2 horas semanales en cada instituto, en un despacho, sin llevar material de exploración ni recetas, garantizando la confidencialidad, para atender las consultas que los alumnos puedan realizar sobre los problemas de salud integral que les preocupen. El modelo está adaptado y «traducido» de las High School Clinics de Norteamérica, y supone un acercamiento al adolescente que duda en acudir a nuestro centro. En este sentido, llevamos ya 5 años de experiencia, muy bien recibida por el profesorado y los alumnos, en un programa en que combinamos la consulta abierta con talleres de libre asistencia y participación.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

- Cornellà J. Técnicas de entrevista con el adolescente. En: Sasot J, Moraga FA, editores. Psicopediatría del adolescente. Barcelona: Prous Science, 1998; p. 11-21.
- Comerci GD, McDonald DI. Prevention of substance abuse in children and adolescents. *Adolesc Med* 1990;1:127-43.
- Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez Ojeda EN, editors. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992; p. 519-28.
- Neinstein LS. Salud del Adolescente. Barcelona: J.R. Prous Editores, 1991; p. 745-65.
- Suárez RG, Galván C, Oliva C, Doménech E. Adolescentes y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas). *Rev Esp Pediatr* 1999;55:509-14.
- Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de Catalunya 2001. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2002; p. 31-3.
- Wang MQ, Fitzhugh EC, Green BL, et al. Prospective Social, Psychological Factors of Adolescent Smoking Progression. *J Adolesc Health* 1999;24:2-9.
- Núñez L. Deterioro cognitivo tras consumo de cannabis. Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero-15 de marzo 2000 (citado 03.02.00); conferencia 3-C1-C: (18 pantallas). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa3/conferencias/13_ci_c.htm
- Núñez L. Psicosis cannábica. Estudio de seguimiento a los 5 años. Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de febrero-15 de marzo 2000 (citado 03.02.00); conferencia 3-C1-D: (18 pantallas). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa3/conferencias/13_ci_d.htm