

# Abuso de sustancias en los adolescentes

## Asesoramiento en la consulta

Philomena J. Dias, MD

Los jóvenes de hoy en día tienen que hacer frente a más estrés y se convierten en adultos antes que sus predecesores. Este estrés aparece en un momento en que los adolescentes tienen un acceso sin precedente a la oferta de Internet, coches rápidos, drogas rápidas, sexo fácil, comunicación vía móvil o beeper; una increíble cantidad de información al azar que se consigue con un simple click del ratón, y un desconcertante abanico de opciones, sin que estén los padres para poder contar con ellos, sin ayuda, sin guía autoritaria y sin información precisa. El bajo nivel de ayuda recibida por parte de los padres está causado, en parte, por la fragmentación familiar, reflejada en los altos índices de divorcio, lo que significa que entre el 40% y el 50% de los adolescentes viven en hogares monoparentales. Haciendo frente a los retos con que se encuentran los jóvenes de hoy, los pediatras tienen que dirigir y prevenir a los adolescentes en cuestiones de salud en edades cada vez más cortas, es decir, reciben directrices pensadas en un principio, y de una manera predominante, para los adultos. Un problema de este tipo es el del consumo de sustancias, cuyo inicio puede marcarse entre los 9 y los 10 años de edad.

Tratar el abuso de sustancias en los jóvenes supone un reto además de una oportunidad, y es ahí donde los médicos tienen que preocuparse (doctors ought to care, DOC) [1] por el asesoramiento que se da al adolescente en cuanto a consumo y abuso de sustancias:

- Los datos recogidos muestran tendencias a la vez descorazonadoras y alentadoras [2].
- La investigación ha hecho que haya más herramientas de asesoramiento efectivas a disposición de los médicos.
- La investigación en los campos neurobiológico y neuromolecular ha experimentado un rápido avance, lo que ha permitido ofrecer a los médicos más opciones terapéuticas basadas en pruebas científicas.
- El asesoramiento anual para dejar de fumar es una referencia de la atención sanitaria en el indicador HEDIS [3] (Conjunto de datos e información sobre

el seguro de salud del empleador) junto con otros indicadores, como la conclusión oportuna de inmunizaciones en los adolescentes, los frotis de Papanicolaou anuales o los tests para identificar la clamidia en adolescentes con riesgo.

- Los tratamientos contra el abuso de sustancias pueden ser proporcionados por cualquier médico, y serán reembolsados por el Programa de Exámenes Tempranos y Periódicos de Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT).
- Desde el ámbito federal, a finales del siglo pasado se logró un gran éxito en cuanto a la legislación relativa al tabaquismo y a la disminución de la concentración de alcohol en la sangre en los conductores (que es del 0,08% en algunos estados) y la “tolerancia cero” para los conductores jóvenes.

### Tendencias en el consumo de drogas en adolescentes

De acuerdo con la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Drogas (SAMHSA) [5], uno de cada 5 adolescentes es un consumidor de alcohol habitual (ha consumido alcohol al menos una vez durante un período de 30 días previo a la encuesta) y uno de cada 10 adolescentes (entre los 12 y los 17 años) que acude a una consulta médica es un consumidor habitual de drogas ilícitas. Los jóvenes que empiezan a beber antes de los 15 años son cuatro veces más proclives a desarrollar una adicción que aquellos que empiezan a beber a los 21 [6]. El riesgo de padecer alcoholismo decrece de un 8% a un 14% por cada año en que se pospone la primera consumición de alcohol [7, 8]. Aproximadamente un 31,7% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años reconocieron haber participado en fiestas “alcohólicas” durante las dos semanas previas a la encuesta. Los Centros para el Control de Enfermedades y la Prevención definen estas fiestas como aquéllas en las

Este artículo se ha publicado en la revista *Pediatric Clin N Am*. 2002

que se consumen cinco bebidas de una sola vez. Aproximadamente 3.000 jóvenes empiezan a fumar cada día [5, 8-10]. La edad media a la que empiezan a fumar es a los 10,7 años en los chicos y a los 11,4 años en las chicas; ellas tienen mayores dificultades a la hora de dejarlo que ellos [5]. Casi dos terceras partes (65%) de la población joven ha probado el tabaco antes de cursar el último curso de secundaria, siendo más de una tercera parte (35%) de estos estudiantes fumadores habituales, según informa el Estudio de Vigilancia del Futuro [2]; a pesar de que la tasa de tabaquismo ha decrecido en la población adulta y se ha mantenido estable en los adolescentes. Se ha producido un incremento estadísticamente significativo en la tasa de fumadores habituales de cigarrillos en la población adolescente, de un 5,9% en 1997 a un 6,9% en 1998 [5]. Aproximadamente un 60% de los fumadores adultos habían consumido su primer cigarrillo antes de los 14 años [11]; un 75% antes de los 18 y un 77% antes de los 20 [12]. Por lo tanto, los jóvenes que a los 19 años no son fumadores están menos predispuestos a empezar a fumar en la tercera década de su vida. Aunque el tabaco “sin humo” raramente se publicita, la Declaración de la Conferencia de Consenso sobre el Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud, indica que 10 millones de estadounidenses consumían algún tipo de tabaco sin humo en 1985; de estos consumidores, un 30% tenían menos de 21 años, y se consumía generalmente en zonas rurales [13]. Es bueno recordar el axioma “La nicotina es adictiva (en adolescentes), los otros contenidos del tabaco y el humo matan (normalmente en adultos)” [14]. Aproximadamente un 92% de los fumadores de cigarrillos se vuelven adictos a la nicotina tras fumar tan sólo 100 cigarrillos, y la tolerancia llega tras dosis únicas de nicotina [14]. El consumo de MDMA (“éxtasis”) y de alucinógenos en adolescentes de entre 12 y 19 años se incrementó de 1991 a 1997 (de un 11,1 por 1.000 de nuevos usuarios potenciales en 1991 a un 23,9 por 1.000 en 1997) [5].

Otro factor que merece la consideración de los pediatras es el impacto del embarazo (incluido en el caso de las adolescentes) y el abuso de sustancias y sus consecuencias para el feto. El Instituto Nacional relativo al Abuso de Drogas (NIDA) ha llevado a cabo encuestas por todo el país dirigidas a mujeres que, en edad de tener hijos (entre los 15 y los 44 años), daban

a luz: las tasas de consumo de drogas ilegales era mayor entre las mujeres solteras, que nunca habían estado casadas anteriormente, con menos de 16 años de educación formal, que no trabajaban y que dependían de fondos públicos para ingresos hospitalarios. El abuso de drogas y alcohol en madres (de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años) provoca aproximadamente el 5% de todos los defectos de nacimiento y es responsable de la exposición a la adicción de un 11% de los fetos [15]. Algunos estudios informan de la falta de diferencias en las prácticas en zonas urbanas o en las barriadas, así como la ausencia de diferencias raciales en lo que a la exposición del feto al abuso de drogas se refiere [16]. Las tasas de consumo de marihuana son mayores en las madres menores de 25 años, y las de cocaína son superiores en las madres mayores de 25 años. Un estudio de Kandel et al. [17] expone que las hijas de madres que fueron fumadoras en la fase prenatal son cuatro veces más proclives a ser fumadoras durante la adolescencia y a continuar fumando, que las hijas de no fumadoras. La Agencia de Protección Ambiental de los EE.UU. estima que las madres fumadoras corren más del doble de riesgo de tener un hijo con crecimiento retardado. Aproximadamente, entre un 25% y un 30% de las madres primerizas en Estados Unidos fuman.

Muchos pediatras, que son conscientes de estas alarmantes estadísticas sobre el abuso de sustancias entre adolescentes, se acercan al problema con una sensación de pesimismo y no se sienten preparados para reconducir el abuso de sustancias en los adolescentes debido a las presiones añadidas en la práctica de su profesión, a las cuales se enfrentan todos los días. En una encuesta de 2000 llevada a cabo por el Centro Nacional sobre la Adicción y el Abuso de Sustancias (NCASA) [18] a 648 médicos en activo y a 510 pacientes que formaban una muestra de conveniencia en los Estados Unidos, se exponía los siguientes hallazgos:

- Aproximadamente un 41% de los pediatras fallan a la hora de diagnosticar el abuso de drogas ilegales ante la descripción clásica de un paciente adolescente que abusa de las drogas.
- Aproximadamente un 43% de los adultos (incluyendo a padres de niños y adolescentes) declaran que su médico de cabecera nunca diagnosticó su adicción.

- Sólo un 19,9% de todos los médicos de la muestra se consideran a sí mismos “muy preparados” para diagnosticar el alcoholismo.
- Aproximadamente un 16,9% se creen “muy preparados” para diagnosticar el consumo de drogas ilícitas.

El estudio del NCASA (Centro Nacional sobre la Adicción y el Abuso de Sustancias) también declara que los médicos hablaban de limitaciones de tiempo (35,1), “mentiras” de los pacientes sobre el consumo (57,7%) y poca productividad respecto al tiempo dedicado (10,6%) como barreras para la exploración y el tratamiento de los pacientes que abusan de sustancias. Sólo un 8,2% de los médicos cree que existe un tratamiento efectivo contra el tabaquismo, un 3,6% contra el alcoholismo y un 2,9% contra el abuso de drogas ilegales. El informe que acabamos de tratar, es un indicador de la “escepticitis” de los pediatras, lo cual es comprensible. Después de todo, la adicción es una enfermedad crónica y los pasados diecinueve siglos y medio no han ofrecido muchos rayos de esperanza. Sin embargo, en la década de los 30, con el reconocimiento y la definición del alcoholismo como enfermedad por la Asociación Médica Americana; se han hecho más progresos en las ciencias neurobiológicas y en la investigación genética en el campo de las adicciones, se dispone de modalidades de tratamiento basado en pruebas, y los abogados de menores y la legislación del tabaco han encaminado con éxito algunos aspectos económicos tanto de oferta como de demanda en relación con el abuso de sustancias. Los resultados de estos esfuerzos han sido modestos pero esperanzadores. A pesar de que uno de cada cuatro estudiantes de bachillerato fuma marihuana [19], por primera vez, el nuevo brote de fumadores jóvenes de marihuana ha decrecido (de un 79 por 1000 de nuevos consumidores potenciales en 1996 a un 64 por 1000 en 1997), y el consumo de heroína en adolescentes fue menor en 1997 si lo comparamos con el de la década de los 70 [5]. Estas esperanzadoras tendencias son motivo de optimismo. Hace sólo 50 años los pediatras sufrían el desaliento de las jóvenes víctimas de la polio, la fibrosis quística, Haemophilus influenzae meningitis o la diabetes. Si la teoría de los gérmenes como causa de enfermedades y el descubrimiento de los antibióticos y las vacunas dominaron la terapéutica en la primera mitad del siglo

veinte, en el último cuarto de siglo lo que ha estado en la cresta de la ola han sido excitantes avances terapéuticos como la naltrexona y el acamprosato para disminuir el deseo de alcohol, o el bupropion para disminuir el deseo de nicotina o el uso de drogas serotoninérgicas para tratar la depresión.

Con tal escenario para hacer frente al alcance del problema, y arropados por la esperanza de unas tendencias alentadoras en investigaciones y tratamientos, ¿Cómo deberían acercarse los pediatras del siglo XXI a la evaluación del abuso de sustancias en un adolescente? El siguiente conjunto de ideas es un marco sugerido por los pediatras para lograr los objetivos marcados por la Asociación Médica Americana y la Academia Americana de Pediatras [1] para todos los médicos con responsabilidad clínica para explorar y valorar a pacientes por consumo o abuso de sustancias.

### Recogida de datos

La recogida de datos en adolescentes es una habilidad adquirida (ver Tabla 1). No se puede adoptar ninguna opinión sobre el interrogatorio médico sin considerar la política del consentimiento/confidencialidad. La provisión de confidencialidad en la consulta es un sine qua non para el cuidado de la salud en los adolescentes. Puesto que los adolescentes se encuentran en el estado de desarrollo de separación y de individualización, y son, por lo tanto, capaces de tomar decisiones competentes en el cuidado de su salud, y puesto que todos los 50 estados de los EE.UU., así como organizaciones profesionales como la Asociación Médica Americana o la Academia de Pediatras Americana, tienen leyes y códigos deontológico de la profesión en los que los adolescentes eligen una evaluación y un tratamiento confidenciales por el abuso de sustancias, los que proveen cuidados sanitarios se sienten alentados a desarrollar políticas de consulta que implementen leyes. Un pediatra podría proporcionar un folleto clínico que explicara las políticas médicas, entre las que se encuentra la política del consentimiento/confidencialidad. Esta política debería manifestar que, de los 0 a los 10 años, se le pediría a los padres que permanecieran en la habitación con el niño. De los 8 a los 10 años o en la pubertad, cualquiera que se dé antes, se entrevistará al adolescente a solas durante una parte de la visita.

Cuando se ha explicado la política de consentimiento/confidencialidad de la consulta a los padres por un pediatra en el que confían durante la niñez, y los padres han tenido una guía anticipatoria de la política, hay menos tensión cuando la política se lleva a cabo durante la adolescencia. Durante las visitas de adolescentes a nuevas consultas médicas, el terapeuta podría explicar la política tanto al padre como al adolescente al margen de la razón de la visita. En esta primera visita, el o los progenitores, el adolescente y el pediatra firman una declaración de consentimiento/confidencialidad de la que se les ha informado y se guarda en el archivo médico. En esta visita, dependiendo de la edad, el estado de desarrollo del adolescente y la razón de la visita, se trata directamente al adolescente, se le explica que la información personal de carácter sanitario que comparte el adolescente en las visitas médicas será confidencial, con las excepciones condicionadas por la amenaza a la vida, como el suicidio, amenazas o intentos homicidas; cuando las leyes federales o estatales requieran dicha información, como en casos de enfermedades de transmisión sexual (como por ejemplo, gonorrea, clamidia, sífilis y el SIDA/VIH); y cuando se requiera la hospitalización por abuso de sustancias o por enfermedad pélvica inflamatoria. También se informa al adolescente y al o a los progenitores de los derechos de los pacientes (que incluye a los adolescentes), sujetos a la carta más reciente firmada por el ex-presidente William Clinton en la expansión de la Política de Confidencialidad de los Archivos Médicos. La ley federal §164.502 [20] manifiesta que “hay que realizar esfuerzos razonables para limitar la información sanitaria protegida al mínimo necesario de manera que se pueda cumplir el propósito fijado del uso, revelación o petición de la misma”.

Se debe tener en una sección por separado de la historia médica una anotación de la información personal [21]; la intención principal de este procedimiento es la de prevenir una revelación inadvertida de la misma al progenitor [22]. Se informa a los padres sobre la política de confidencialidad que protege al adolescente de la revelación indiscriminada de información excepto en el caso en el que se tuviera que transferir todos los archivos a otro responsable sanitario para continuar el tratamiento, a servicios referidos o en el caso en que un tribunal ordenara su desclasificación. Cuando se explica este proceso en su contexto, la mayor parte de los padres y adolescentes

están muy abiertos a recibir estos cuidados sanitarios confidenciales sujetos a estas guías. La Academia de Pediatras Americanas alienta la implicación de los padres en el cuidado sanitario de los adolescentes siempre que sea apropiado y posible, pero manifestaba claramente que “últimamente, los riesgos para la salud de los adolescentes poseen un impulso tal que las barreras legales y la deferencia en la notificación a los padres no deberían interponerse en la vía de los cuidados sanitarios que precisen”.

La política de consentimiento/confidencialidad provee de una base para la alianza terapéutica entre el médico y el adolescente, y puede crear un lugar seguro que invite al adolescente a la confidencia. También provee de un vínculo terapéutico entre el médico y el joven que permite al joven que abusa de sustancias alcanzar la sobriedad, darse cuenta de su potencial y perseguir una vida de significado y propósitos.

Otros principios que es necesario tener en mente a la hora de entrevistar a adolescentes sospechosos de abusar de sustancias es hacer preguntas de peso. Dado que los adolescentes que abusan de sustancias tienden a minimizar, negar, difuminar, enfocar falsamente y mentir durante las entrevistas sanitarias en áreas sensibles, los médicos necesitan hacer preguntas de importancia - lo que en términos de Berne [23] “juegos a los que la gente juega”- como “¿Cuándo fue la última vez que bebiste alcohol?, ¿Y la última vez que fumaste marihuana?”

Otra estrategia recomendada es el uso de la técnica de las entrevistas motivadoras [24]. Este modo de entrevistas de-enfatiza el etiquetado, hace hincapié en que los jóvenes tomen una responsabilidad personal para cambiar y focalizar en los hallazgos sanitarios las propias inquietudes. Esto es un contraste, aunque claro, en áreas en las que la resistencia del joven durante la entrevista, el asesoramiento o la educación psíquica se enfrentan a la actitud de juego prudente que toma el terapeuta. Los objetos del tratamiento se negocian dentro de unos límites con el joven. El objetivo de este modo de entrevista es hacer que el adolescente verbalice su proceso de pensamiento respecto a su adicción y los rituales asociados. El mismo objetivo de motivación de los adolescentes respecto al abuso de sustancias puede alcanzarse mediante la “exploración de las siete eses” (por sus iniciales en inglés, ver cuadro) que a continuación se describirán.

Tabla 1

Valoración en consulta del abuso de sustancias basada en el desarrollo

Visita a la consulta	Presentación Clínica	Habilidades pediatras	Etapas de abuso	Intervención
A. Visita prenatal	“Categoría” a) Adulto b) Madre / padre adolescente	Preguntar abuso H / o ATOD*	Etapas 0 – Pre-abuso	Supervisión anticipatoria
B. Niño de 0-10 años	Buen chequeo	Política de consentimiento / confidencialidad; Abuso H / o ATOD familiar anual Exploración HEADS FIRST*	Etapas 0 – Pre-abuso	Supervisión anticipatoria Higiene en el sueño Tratamiento ADHD si éste se de Referirse a un grupo CoA*
C. OFV 11-21 años	Examen físico / deportivo	Obtener la firma para la política de consentimiento / confidencialidad por parte tanto de los padres como del joven Desarrollo bio-cognitivo Categoría-√ Escenario-Anual HEADS / S Exploración F / FIRST* Comorbidad √ Apoyos-cualidades HOPE o FICA	Etapas 0 – Pre-abuso  -Varones baja maduración; maduración prematura mujeres -CoA*	Permitir al adolescente evaluar la etapa de Tanner por sí mismo, aclarar mitos y “las verdaderas preocupaciones” Tratamiento de la comorbidad Supervisión anticipatoria- Higiene en el sueño
D. OFV prevista de los padres	Los padres informan que han descubierto que el joven consume ATOD*	Entrevista padres con el joven, entrevista con el joven solo -Exploración de las 7 “eses”- Entrevista motivacional- Cuestionario CAGE* si el resultado es igual a 2 o (ADI)* -Examen para “Banderas rojas” físicas -Comorbidad √ -Examen de drogas en la orina, si se indica	Etapas 1 – (Experimentación) Si se consume la sustancia por primera vez por curiosidad, pocos factores de riesgo, cualidades > 30 Etapas 2 – Recreacional si no secuencial	Psicoeducación – información precisa, • Percepciones desmitificadas • Explicación de las consecuencias • Tratamiento de comorbidad • Realizar un contrato para abstenerse del consumo de drogas • Comprometerse a un F / u OFV
E. OFV previstas de los padres / joven / médico	-Incumplimiento del contrato -Abuso de drogas H / o -Meconio del bebé	Exploración 7 “eses” + por secuelas - √ “compuesta múltiple”- cuestionario del rendimiento escolar	Etapas 3 – Problemático	• Realizar un contrato Breve intervención orientado a los problemas F / u2 por

	+ por drogas	Exploración 7 “eses” + por secuelas - √ “compuerta múltiple”- cuestionario del rendimiento escolar profesor / entrevista progenitores / adolescente -Examen físico focalizado comprensivo para ATOD -Criterios de MacDonald 1 principal + 3 secundarios -Examen de drogas en la orina cualitativo y cuantitativo -√ Estado de disposición para el cambio-PCPAM-R*	Etapas 3 - problemático	<ul style="list-style-type: none"> <li>Breve intervención orientado a los problemas F / u2 por dos semanas; 1 mes; 3 meses dependiendo de la progresión / compleción del adolescente en la recuperación que se monitoriza mediante el examen de drogas en la orina. Redirigir a AA / NA* adolescentes OR referido a un abuso de drogas, consejero si las consecuencias afectan a 3 o más áreas de función</li> </ul>
F: OFV previstas de los padres / joven / médico	Abuso de drogas H / o	Evaluación como en el recuadro E superior + cuestionario CAGE – El resultado es 4 – Evaluar para admisión inmediata en oposición a la electiva	Etapas 4 – Adicción – Las 4 “ces” [por sus siglas en inglés]: -Compulsión, control, deseo, recorte	Referir al adolescente a un experto en adicciones para recibir cuidados y desintoxicarse

\* Abreviaturas: Siete ‘eses’ (por las iniciales en inglés) = Mecanismo, escenario, sustancia y secuencia, secuela, etapa de consumo / abuso, etapa de disposición al cambio, apoyos; ADI = Inventario alcohólico del adolescente [72]; Cualidades = 40 Instituto de investigación, cualidades de desarrollo en los jóvenes [29]; ATOD = alcohol, tabaco, otras drogas; CoA = hijo de padres alcohólicos o disfuncionales; CAGE = cese, molestia, culpabilidad, abrir los ojos [71]; FICA = fe, importancia e influencia, comunidad y conectividad, dirección del cuidado médico y fin de los asuntos vitales [28]; HEADS / S F / FIRST = Hogar, Educación, Abuso, Drogas, Seguridad / Sexualidad, Recreación de la Imagen Familia / Amigos, Espiritualidad, Amenazas; HOPE = Esperanza en el futuro, Religión organizada, Prácticas espirituales personales, Efectos en los cuidados médicos [27]; OFV = visita a la consulta; PCPAM-R = Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento, Recaída [26]; AA / NA adolescente = Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos adolescentes.

## Valoración

### 1. Categoría (*Set*)

#### *Evaluación del desarrollo del adolescente*

La adolescencia es un período de desarrollo de crisis en cuanto a independencia y autodescubrimiento. Debido a las singulares tareas de desarrollo de acomodamiento a una imagen corporal cambiante, la creación de una identidad madura, la separación, la autonomía y la individualización respecto de la familia (la desvinculación psicológica del cordón umbilical), la habilidad de desarrollo hacia la habilidad de retrasar la gratificación inmediata, el abandono del pensamiento egoísta y mágico de la invulnerabilidad a favor de la maduración cognitiva dirigida a la anticipación de las consecuencias lógicas, y al establecimiento de los cimientos de la responsabilidad de las relaciones con uno mismo y enfáticas; los adolescentes están asediados por una ociosa tentación de evitar el proceso y escapar mediante el consumo de sustancias que retardan la maduración y alteran la mente. Si además se dan las presiones adicionales de la vulnerabilidad genética del abuso del alcohol por parte de los padres, la crisis simultánea de los 40 Eriksoniana de unos padres del “baby boom” (generatividad contra el estancamiento), el acceso sin precedente al dinero y mercados de valores, a los recursos mediáticos, a la publicidad, una doctrina social del “no merece la pena perder tiempo en eso”, “una pastilla para cada enfermedad” “compre ahora, pague después” y mantras de “vive un poco”, entonces se establece el escenario para que los adolescentes caigan presos del tono hedonista y el consumo de sustancias que alteran la mente. A pesar de que todas las culturas anteriores han condonado el uso de sustancias químicas que alteraban el humor por su placer hedonista y desinhibición de la conducta, había en juego fuertes controles y tradiciones sociales para su uso. La cultura estadounidense contemporánea mediante su “de-tradicionalización” sistemática, la familia como colectivo, la comunidad y las organizaciones basadas en lo social y en la fe, han alienado a los adolescentes al abdicar sus responsabilidades durante el medio siglo pasado. Los adolescentes alienados son, en realidad, adolescentes enfadados. Las experiencias de fracaso a largo plazo, alineación, frustración y estrés familiar llevan a una menor autoestima y a expectativas de fracaso, desaliento y desesperanza, denominados “el desaliento aprendido”. Algunos jóvenes consumen drogas

para reprimir su ira y algunos jóvenes, como Klebold y Harris en la tragedia del Instituto Columbine (Colorado), utilizan armas para expresar su angustia. Por lo tanto, el análisis de la moral (Kohlberg [30]) y de las creencias espirituales o de fe (Fowler [31,36]) son una parte tan relevante para la evaluación del desarrollo como lo es el biológico (etapas de Tanner), el cognitivo (etapas de Piaget) y el emocional (etapas de Erikson). Algunos estudios han establecido que, para los jóvenes que abusan de las drogas, hay una mejora estable a lo largo de un período de 7 años. Sin embargo, se desconoce el grado en el que dicha mejora puede ser atribuida a logros de maduración (como por ejemplo los procesos “de maduración” o “de fase pasajera”) y no al tratamiento [25, 32, 33].

La exploración de las siete “eses” (del inglés *Set, Setting, Substance and use sequence, Sign and sequelae, Staging of substance use/abuse and comorbidity, Stage of maturation to change* y *Supports*).

1. Categoría. ¿En qué categoría de relajación mental y corporal se halla el adolescente?
2. Escenario. ¿Cómo son el ambiente o las circunstancias que conducen a que el joven abuse de sustancias? Incluye el examen HEADS/S/FIRST (acrónimos formados en inglés) (ver cuadro posterior).
3. Sustancias y secuencia de consumo. ¿Qué droga eligen los jóvenes? ¿Cuál es el patrón de consumo?
4. Indicios y secuelas. ¿Cuáles son las “banderas rojas” clínicas en cuanto al abuso de sustancias del joven? ¿Cuáles son las secuelas?
5. Etapas de consumo/abuso de sustancias y comorbidad. Etapas de Kandel (ver la sección correspondiente a continuación) [25].
6. Fase de motivación por el cambio. Incluye el modelo PCPAM-R de Prochaska y DiClemente (ver cuadro a continuación).
7. Apoyos. Evaluar la resiliencia interna del adolescente y los apoyos externos; incluye HOPE [27], FICA [28], y la Lista de Cualidades del Instituto de Investigación [29] (ver cuadros posteriores).

Para valorar si el abuso de sustancias por parte del adolescente corresponde simplemente a una “fase pasajera”, el médico debería evaluar el desarrollo del adolescente y su estado de relajación mental y corporal.

### *Valoración mediante las etapas de Tanner*

*Chicos que tardan en desarrollarse y otras ansiedades en el desarrollo de la pubertad.* Los chicos que tardan en desarrollarse son aquellos jóvenes que atraviesan los acontecimientos de la pubertad de manera más lenta que sus compañeros. Ahora que en las escuelas abundan los matones y los mentirosos, los chicos pequeños y de baja estatura pueden utilizar como último recurso el consumo de esteroides anabólicos para desarrollar la musculatura y disminuir la disparidad con sus compañeros. Un hecho poco conocido por padres y entrenadores es que el vértice de fuerza se alcanza al final de la etapa 4 de y principio de la etapa 5 de Tanner. Por lo tanto, un adolescente de 16 años que mide 175 cm y se encuentra en una temprana etapa 4 que tenga que competir contra otro de 16 años, de la misma altura pero que se encuentra en la etapa 5 de Tanner en un partido de lucha libre o en un partido de fútbol, puede que no puedan emparejarse. Como consecuencia de este desconocimiento, padres y entrenadores, a pesar de tener buenas intenciones, pueden alentar prematuramente a un adolescente en desarrollo a levantar pesos e inadvertidamente empujar al joven hacia la experimentación de peligrosas drogas, como los esteroides anabólicos. Utilizando una tabla gráfica de las etapas de Tanner y la secuencia de los acontecimientos de la pubertad en la consulta, y suscitando la participación del adolescente a la hora de evaluar las etapas de Tanner, se recorre un largo camino en el alivio de las ansiedades que se producen a lo largo de la pubertad. Un adolescente que esté muy involucrado en deportes escolares puede perder lo ganado en fuerza, masa muscular o potencia durante un período de seis semanas sin entrenar durante el verano, lo que puede llevarle al consumo de esteroides al principio del año escolar. Además, los logros cardiorespiratorios del ejercicio disminuyen justo después de 72 horas de inactividad deportiva, y aunque el asma es ciertamente común, no todos los adolescentes que se quedan sin aliento tras la práctica deportiva pueden necesitar ser etiquetados como asmáticos y, por lo tanto, utilizar inhaladores.

*Las chicas.* A las chicas que se desarrollan antes de lo habitual les preocupa el peso a pesar del necesario incremento en el cuerpo de grasas que precede a la secuencia del desarrollo en la pubertad y se encuentran, por lo tanto, en una situación de riesgo ante el consumo excesivo de píldoras para adelgazar, laxantes o ambos. Las mujeres,

incluidas las adolescentes, son más proclives a la intoxicación con menores cantidades de alcohol ya que tienen niveles inferiores de alcohol deshidrogenasa gástrico, más grasa corporal y menos agua en el cuerpo. Algunos estudios han indicado una mayor concentración de alcohol en la sangre en la etapa premenstrual; otros estudios no han mostrado este efecto.

### *Etapas cognitivas de Piaget*

Es importante valorar si el joven se encuentra en la etapa de pensamiento concreto o ha alcanzado la etapa de pensamiento abstracto, o si existe una varianza en los niveles de pensamiento abstracto. Sería bueno que los terapeutas recordaran este hecho y fueran muy específicos durante las entrevistas que mantienen con los jóvenes y sus padres.

### *Etapas de Erikson de la identidad en oposición al papel de la confusión*

Puede ser necesario evaluar el temperamento del adolescente –incluyendo la búsqueda de novedad (dopamina), evitar el dolor (serotonina) o la dependencia en la recompensa (norepinefrina)– y la copia de estilos. Aquellos jóvenes que corren riesgos o que buscan novedades o que tienen personalidades antisociales son, por lo general, varones, tienen mayores riesgos en la infancia y estrés, y desarrollan mayor dependencia alcohólica [34, 35]. Las preocupaciones relativas a la imagen, la independencia y la identidad de género serán afrontadas más adelante en esta discusión.

### *Etapas de Kohlberg de desarrollo moral*

Las creencias morales no examinadas (recompensa–castigo, bien–mal) y los dilemas, ponen barreras al logro de un estilo de vida sin drogas y pueden redundar en frustración para los adolescentes, padres, terapeutas y la sociedad en general [30, 36, 37]. Los adolescentes con rasgos de carácter negativos, incluyendo las mentiras frecuentes, la falta de empatía, una necesidad para la gratificación inmediata, la rebeldía, el narcisismo, conductas antisociales y delincuencia, suponen el riesgo de abuso de sustancias [38].

## 2. Escenario

El escenario incluye la evaluación del entorno en el que el adolescente puede estar en riesgo de abusar de sustancias.

*El HEAD /S F/FIRST mnemónico*

A pesar de que se han establecido las influencias genéticas en el desarrollo de la dependencia química en los varones, estudios recientes han mostrado que la genética juega un papel menos determinante en las mujeres alcohólicas que el que se pensaba anteriormente y que las mujeres que abusan de sustancias tienen un comienzo más tardío y más influenciado por el entorno [35]. Jessor y Jessor [39] desarrollaron una teoría para conductas problemáticas basado en tres sistemas interaccionales: (1) personalidad individual, (2) sistema de percepción del entorno y (3) la conducta. El sistema de conducta es el resultado de la interacción de la personalidad con el entorno. El sistema de la personalidad está caracterizado por un interés académico bajo, independencia, baja religiosidad y tolerancia a la desviación, que interactúan con un sistema de percepción de una débil autoridad de los padres y control de los amigos, incongruencia entre las normas paternas y las de los amigos, y expectativas en las que dominan las influencias de los amigos sobre las de los padres. Las relaciones empobrecidas entre padres e hijos predicen una iniciación a la marihuana y a las drogas ilícitas. Por lo tanto, el uso del acercamiento mnemónico HEADS/S F/FIRST modificado (ver recuadro) está recomendado para afrontar los asuntos psicológicos, sociales, espirituales y los relacionados con los progenitores del adolescente. Fue introducido por primera vez por Berman en 1972 como HEADSS; fue cambiado por HEADS FIRST por Goldenring y Cohen [40], fue modificado más tarde por el Programa de Medicina Adolescente de la Universidad del Estado de Nueva York y extendido al incluir la espiritualidad por Potee-Johnson y Dias [36].

**Hogar.** Espacio, privacidad, frecuentes movimientos geográficos, vecindario.

**Educación/Escuela.** Cambios de colegio frecuentes, repetición de curso, las notas, informes de los profesores, objetivos vocacionales, clubes educacionales extraescolares (lengua, oralidad, matemáticas), discapacidades para el aprendizaje.

**Abuso.** Físico, sexual, emocional, abuso verbal; disciplina de los progenitores.

**Drogas.** Tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes, “recreacionales”, “drogas de discoteca”, juergas y drogas de otro tipo. La droga elegida, edad de iniciación, frecuencia, modo de ingestión, rituales, sólo o con amigos, métodos para dejarla y número de intentos.

**Seguridad.** Cinturón de seguridad, casco, medidas de seguridad en la práctica de deportes, actividades de riesgo, conducción en estado de embriaguez.

**Sexualidad / Identidad sexual.** Salud reproductiva (uso de contraceptivos, presencia de enfermedades de transmisión sexual, sentimientos, embarazo).

**Familia y Amigos.** Familia: constelación familiar, genograma, familia cuyos miembros progenitores están solteros / casados / separados / divorciados / mixtas, profesión de los miembros de la familia y horarios; historial de adicción de familiares de primer y segundo grado, actitud de los padres en relación al alcohol y a las drogas, reglas de los padres; enfermedad crónica mental o física de los progenitores. **Amigos:** configuración del grupo de amigos (“estudiantes de un colegio privado”, “colgados”, “escoceses”, “colgados de los ordenadores”, animadoras)

**Imagen.** Percepciones en cuanto a la altura y el peso, musculatura corporal y físico, apariencia (incluyendo ropa, joyas, tatuajes, piercing corporal como tendencias de la moda o de otro tipo).

**Ocio.** Sueño, ejercicio, deportes organizados o desestructurados, actividades lúdicas (televisión, videojuegos, juegos de ordenador, Internet y chats, actividades en grupo de los jóvenes de la comunidad o de la iglesia [por ejemplo, Boy/Girls Scouts; hermandades, grupos del campus). ¿Cuántas horas al día, y cuántos días a la semana ocupan?

**Espiritualidad y Conectividad.** Utilizar el acrónimo en inglés HOPE [27] o FICA [28] (ver los recuadros de texto posteriores); adherencia, rituales, prácticas ocultas, implicación, servicios a la comunidad.

**Amenazas y Violencia.** Autolesiones o agresiones a otros, huidas, crueldad con los animales, pistolas, peleas, arrestos, robos, provocar incendios, peleas en la escuela.

Las rupturas familiares transitorias por divorcio, y los cambios de grupo de amistades al cambiar de escuela no han sido/no son predictibles del abuso de drogas del adolescente. [41].

*Factores de riesgo para el consumo y abuso de sustancias por parte del adolescente*

MacDonald ha denominado a esta primera etapa preabuso, o etapa 0 [42-44].

*Modelo parental negativo.* Se encuentra un antecedente familiar de alcoholismo, incluyendo el alcoholismo de los progenitores o el de los gemelos o uno de abuso de alcohol o drogas en un progenitor en, al menos, un 40% de los jóvenes que se tratan por abuso de sustancias.

*Hijos de padres alcohólicos, adictos o disfuncionales.* Aproximadamente 28 millones de personas (1 de cada 8) en los EE.UU. tienen un progenitor alcohólico (Figura 1); 7 millones de estas personas tienen menos de 18 años de edad [45]. Los padres pueden tener adicciones “ingestivas” (por ejemplo: alcohol, tabaco, otras drogas o exceso de comida) o adicciones “procesales” (por ejemplo: adicción al trabajo, al sexo, ludopatía, al consumo, comedor compulsivo (excesos - purga), o relaciones con un esposo o progenitor violento, adicto o abusador [46-47]. En una familia atormentada por un progenitor alcohólico, para crear una homeostasis familiar, a los hijos se les asignan papeles denominados “mascota”, “hijo perdido”, “héroe” y “chivo expiatorio” [47]. El estado disfuncional de la homeostasis se denomina codependencia. Un codependiente es “aquel que depende de alguien que depende de algo de lo que no se puede depender” [48]. La codependencia es una enfermedad de la familia. En este sistema familiar disfuncional, los hijos reciben mensajes tan claros como subliminales, del tipo “No hables”, “No confíes”, “No sientas”, que ya están bien situados en su propio camino para desarrollar estilos copiados insanos y una manera de pensar falсеada (“pensamiento pestilente”, término utilizado

por Alcohólicos Anónimos [A, A]), grandiosidad reactiva, represión emocional y un egocentrismo narcisista (que difiere a la usual forma de pensar egoísta adolescente). Los hijos codependientes han aprendido una realidad de negación y son artistas del engaño. Los hijos codependientes se ajustan, no se curan. Schaef [46] escribió que “Los adictos no tienen relaciones. Tienen rehenes.” Padres e hijos codependientes dependen de otros para satisfacer sus necesidades físicas, cognitivas y emocionales (es decir, “desaliento aprendido”). Asumen que la vida tiene que ver con derechos, no con responsabilidades. Muchas adicciones ingestivas de niños y jóvenes son resultado de procesos de adicción de los padres.

*Educación pobre por parte de los progenitores.*

Tiene como resultado vínculos pobres entre padres e hijos, lo que se muestra en la infancia sexual, en el abuso físico o verbal y las negligencias. En un estudio interno de adolescentes llevado a cabo por un centro de abuso de sustancias, el 40% dijeron haber sufrido abusos físicos. Una cifra tan alta como un 36% de este grupo habían intentado suicidarse por lo menos una vez, y casi tres de cada cuatro manifestaron tener serios problemas familiares, incluidos arrestos de los padres, violencia, abuso de sustancias o alcohol o enfermedad mental en uno o ambos progenitores [49]. Aproximadamente a un 62,5% de los adolescentes que participaron en un estudio de DiClemente y Col, [50] se les categorizó como adolescentes con una menor monitorización de la educación paterna. Es más, un 70% de los adolescentes del estudio afirmaron que la madre era la que ejercía la autoridad familiar y un 1,3% que era el padre. Los adolescentes que percibían una menor autoridad eran más proclives (1) a tener un historial de consumo de marihuana y alcohol y (2) a haber consumido marihuana y alcohol en los 30 días previos a la encuesta [50]. Varios estudios han mostrado que menos de un 1-2% de los padres perciben que sus hijos consumen drogas, mientras que los estudiantes de bachillerato presentan mayores tasas de prevalencia de consumo de marihuana (24,8%),

tabaco (26,0%) y alcohol (95,0%). Asimismo, el porcentaje de jóvenes que viven en el seno de familias monoparentales se incrementó en más de un 10% entre 1985 y 1991 [51].

*Fracaso escolar temprano, cambio de notas.* Se ha hallado que el fracaso escolar temprano y la falta de conexión con la escuela están significativamente asociados con todas las conductas de compromiso de la salud de los estudiantes, incluyendo el consumo de sustancias: cigarrillos, alcohol y marihuana [52, 53].

*Familias rígidas, abstemias o ultraconservadoras.* También se han descrito como factores que predisponen al abuso de sustancias en los jóvenes, la rigidez de los progenitores, el autoritarismo y la permisividad.

*Baja autoestima e imagen corporal.* La baja autoestima o la imagen distorsionada del cuerpo y la preocupación por el peso, incluyendo la bulimia y otros desórdenes en la alimentación, pueden asociarse al consumo de sustancias. Un estudio con 140 alumnas universitarias de primer año reveló una correlación positiva estadísticamente significativa entre las dietas y el consumo y la dependencia alcohólicas. Se clasificaron como estudiantes en una dieta poco severa (26%), en dieta intensa (23%), en dieta severa (21%), en riesgo de bulimia (20%) o francamente bulímica (2%). Los grupos de riesgo y ya bulímicos presentaban las mayores tasas de alcoholismo: un 17% y un 27% respectivamente [54].-

*Niños cuya madre trabaja.* Varios estudios han mostrado que los “niños cuyas madres trabajan” (niños que se quedan solos en casa tras el colegio mientras sus padres están en el trabajo) son dos veces más proclives a consumir drogas, y en edades más tempranas, que los niños cuyos padres sí están en casa cuando ellos vuelven de la escuela [55].

*Pobre higiene de sueño.* La dificultad para conciliar el sueño o para mantenerlo ocurren en aproximadamente de un 10% al 20% en niños de 8 a 9 años; las

excesivas horas de sueño durante el día parecen causar problemas significativos en un 10% de los escolares. Los médicos deben evaluar la cantidad de cafeína consumida por los jóvenes, incluyendo cola, té, café, leche con chocolate, pastillas de cafeína (Vivarin, No-Doz) y remedios contra el resfriado o la alergia. Se estima que una lata de cola tiene el mismo efecto en un niño que cuatro tazas de café en un adulto. Los desordenes en el sueño no diagnosticados pueden dar lugar a la falta de asistencia a la escuela, pobres resultados académicos y otros problemas resquebrajadores. Los problemas de higiene en el sueño en niños y adolescentes son raramente llevados por los médicos [56].

*Percepción del consumo de drogas en compañeros.* Los descubrimientos de algunas investigaciones indican que hacerse con compañeros que abusan de sustancias y la presión no manifiesta de dichos compañeros son mediadores significativos que influyen y promueven actitudes favorables en conductas individuales de adolescentes en cuanto al abuso de sustancias. Más aún, los jóvenes que abusan de sustancias tienen tendencia a buscar amistades que también sean consumidores de sustancias [57].

*Baja religiosidad.* La baja religiosidad es una de las características, junto con la baja autoestima, los valores indefinidos y las pobres habilidades interpersonales y de copia, que constituyen un perfil de un adolescente de alto riesgo de abuso de sustancias [3, 44, 58, 59].

*Actividad sexual.* Hay investigaciones que han encontrado que los perfiles de conducta con relación al tabaquismo en los EE.UU, indican que el 50% de los fumadores vivían con padres solteros y que la mayoría eran sexualmente activos.

*Homosexualidad y bisexualidad.* Las cuestiones relacionadas con el pensamiento o los sentimientos sexuales puede ayudar a explorar asuntos relativos a la identidad y las tendencias heterosexuales, homosexuales o bisexuales. En un reciente estudio de Garofalo y Col.[7] sobre la orientación sexual y las conductas relativas a la

salud de riesgo, se informó que los jóvenes que se describían a sí mismos como homosexuales o bisexuales eran más proclives que sus compañeros a haber sido víctimas de algún tipo, a tener tendencias suicidas y consumir sustancias y a llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Estas conductas tendían a iniciarse a una edad temprana, lo que indica la importancia de dirigirse al tema de la sexualidad y las singulares necesidades de la juventud homosexual y bisexual.

*Atletismo competitivo.* El juego es el reino de niños y adolescentes. Los deportes son de lejos un fenómeno de adultos. El NIDA informa que un 3% de los jugadores de fútbol seniors y un 10% de los jugadores de las escuelas universitarias de la NCAA, usan esteroides. El adolescente medio puede probar cinco ciclos de esteroides. Los esteroides no son químicos que alteren inmediatamente la mente o el humor. Es la fijación social en el triunfo y la apariencia física lo que lleva a los atletas y esculturitas a utilizar drogas que mejoren su actividad y su constitución corporal. Este abuso de las drogas que mejoran su actuación ha llevado al Comité Olímpico Internacional a examinar a los atletas amateurs por consumo ilícito en lo que todavía es un asunto de alta controversia. Entre otras drogas, las pruebas de orina incluían drogas como la cafeína, diuréticos, esteroides anabólicos, bloqueadores beta y más recientemente inhaladores para el asma no prescritos. [60].

### 3. *Substancias y secuencia de consumo*

El médico debería preguntar “¿Qué?, ¿Cuánto?, ¿Con qué frecuencia?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Con qué método?, ¿Dónde? y ¿Con quién?”. ¿Debe el paciente consumir sustancias en fiestas, discotecas, su casa, su colegio, sólo, o con amigos?

#### *Consideraciones especiales sobre drogas específicas*

Para familiarizarse con las drogas que toman los jóvenes y sus nombres en la calle, los terapeutas pueden utilizar cualquier motor de búsqueda para acceder a la Información en Drogas Comúnmente Consumidas del NIDA [61].

*Alcohol.* El alcohol es la droga de la que más se

abusa y más se consume después de los cigarrillos. El primer contacto con el alcohol se tiene normalmente a los 12 años, sin supervisión de los padres [50]. Aproximadamente un 80% de los adolescentes han tomado al menos una bebida alcohólica y un 23% beben excesivamente y conducen. Una intoxicación alcohólica aguda puede ser fatal para algunos jóvenes cuando los niveles de alcohol en la sangre llegan al 0,3%. La fibrilación auricular es la arritmia más común durante una intoxicación etílica. El abuso del alcohol por parte de los jóvenes puede desarrollar una mayor toxicidad con acetaminofeno en bajas dosis (2-4 g/d).

*Cigarrillos.* Una entrevista motivacional para evaluar el consumo de cigarrillos incluye preguntas como “¿Cuántos cigarrillos o cigarros fumas al día?, ¿Has cambiado de marca?, ¿Por qué lo hiciste?, ¿Cuál es el cigarrillo más importante del día?, ¿Fumas después de las comidas, mientras ves la televisión, mientras juegas con la consola? y ¿Masticas tabaco?” [14, 23]. Un “chipper” es un fumador que no fuma más de 5 cigarrillos al día, al menos 4 días por semana y parece ser relativamente insensible a la nicotina. Se puede prescribir chicles de nicotina a adolescentes que fuman más de 25 cigarrillos por día y cuando los métodos de conducta han fracasado; métodos como la tasa de abandono del sexto mes de un 5% con métodos farmacológicos [62]. Fumar cigarrillos es más común entre las adolescentes blancas que en el resto de jóvenes [61]. Respecto a las madres fumadoras prenatales, se ha descrito que la nicotina actúa como un teratógeno de la conducta [63], con problemas emocionales, decrecimiento cognitivo, incremento del riesgo de frustración de fetos viables, menor peso al nacer y un incremento del riesgo de muerte neonatal y SIDS [63]. Las mujeres que dejan de fumar ganan una media de 3,6 kg y los hombres una media de 2,8 kg; de ahí que se tengan que tener en cuenta las preocupaciones en cuanto al peso en las adolescentes en el examen clínico [14]. Fagerstrom [64] ha desarrollado un test para evaluar la dependencia a la nicotina. Los jóvenes pueden dejar de fumar y recaer una media de seis veces antes de conseguir dejarlo definitivamente [12, 14].

*Marihuana.* La marihuana es un alucinógeno medio cuyo efecto es el de hacer que sus consumidores se relajen. Informes recientes establecen que la percepción de los jóvenes de los efectos dañinos de la marihuana es baja [5]. La marihuana es más potente hoy en día que en la década de los 60 porque se han mejorado las maneras de hacer un “porro”. Una dosis de tetrahidrocanabinol (THC) de 3,2 mg/kg del peso corporal al día (seis porros de marihuana sin semilla al día para un adolescente que pese 70kg) durante tres semanas consecutivas provoca una dependencia física [65]. En el caso de fumar marihuana de manera aguda, se presentan dificultades a la hora de juzgar la distancia, la velocidad y el tiempo; la coordinación motora, el tiempo de reacción y la habilidad de seguir a un objeto en movimiento son dañados; también pueden darse distorsiones visuales, incluyendo las que alteran el tamaño o la distancia a la que se encuentra un objeto. Por lo tanto, permitir que un adolescente intoxicado con marihuana vuelva a casa conduciendo puede necesitar ser considerado desde el ángulo de ser una “tarea a advertir”.

*Inhaladores.* La clase de drogas de la que abusan con más frecuencia los estudiantes de bachillerato son los inhaladores. Los consumidores de inhaladores tienden a ser más jóvenes, internamente desorganizados, “solitarios” y exhibir mayores dificultades al ajustarse al colegio y a otros cambios. El pico de edad de inhaladores es de 14 a 15 años, y la primera vez tan temprana como de los 6 a los 8 años. El informe del NIDA sobre el abuso de inhaladores establece una duración de por vida en los adolescentes del 15% al 20% [66]. Aunque es algo común en todos los grupos étnicos y socioeconómicos, es especialmente común entre los niños y adolescentes hispanos y de origen indio y entre las clases socioeconómicas bajas [66, 67].

La Tabla 2 muestra los tipos de inhalantes más populares y los lugares donde se consumen.

Hoy en día, verbos como soplar o esnifar tienen poco que ver con el “soplaré y soplaré y la casita derribaré” de El lobo y los tres cerditos. Tiene que ver con la inhalación de productos del hogar, como botes de nata montada para Freon y gasolina, limpiadores de

baño y de cocina [66] y los lugares en los que los padres dejan pegatinas de “Mr. Yuk” (marca de ambientadores) como amenaza para los niños que empiezan a caminar.

*Cocaína.* La intoxicación que produce la cocaína se experimenta casi inmediatamente a la aspiración nasal; la progresión que va de la experimentación a la dependencia se produce rápidamente, en cuestión de semanas. Hiperenergía, agresividad y estados sospechosos con alucinaciones pasajeras e ilusiones paranoides están presentes en los consumidores de cocaína. Es la droga que produce más deseo y se asocia con la promiscuidad. Puede producir arritmias cardíacas que no están relacionadas con la dosis tomada.

*Drogas de discoteca y de la violación.* Las drogas de discoteca son muy populares para alcanzar la experiencia de discoteca y de “fiesta salvaje”, caracterizadas por el alto nivel de sonido, la rapidez, los juegos de luces, humo, tabaco y música tecno. Las drogas para ligar son llamadas así porque los que consumen drogas de este tipo como la GHB dicen que son afrodisíacas. Otras drogas, como el Rohypnol (también llamada la “píldora olvídame”) tienen un efecto significativo que causa amnesia anterógrada en la que una víctima de violación es incapaz de recordar dicho episodio.

*Alucinógenos.* El LSD y la feniciclidina (PCP) son dos alucinógenos de los que más comúnmente se abusa. Ambos causan algunas dificultades de procesamiento cognitivo, incluyendo dificultades para oír y articular el lenguaje. Los episodios de agresividad aguda y de rabia poco después de haber fumado un porro de marihuana pueden sugerirnos que la marihuana había sido ligada con PCP.

*Heroína.* La inhalación de heroína se está volviendo cada vez más común, además de su consumo intravenoso. Ha crecido el número de universitarios que abusan de los opiáceos (Oxycontin, hidrocodona) en relación con los pasados 5 años y está recibiendo mayor eco por parte de los medios.

Tabla 2  
Inhalantes más comunes

Localización en la casa	Inhalantes de los que abusan los adolescentes
Habitación	Laca para el cabello, bolas de naftalina, preparados para las uñas, ambientadores
Cocina	Amoniaco, lejía, butano del encendedor de gas, limpiadores de horno, abrillantadores y ceras, insecticidas, latas de nata montada
Baño	Desodorante, pasta de dientes, remedios contra la tos o el catarro, medicamentos con receta
Despacho	Líquido corrector, pegamento y adhesivos, rotuladores
Garaje	Anticongelante, cera para el coche, gasolina, latas de pesticidas o insecticidas, disolventes, antioxidantes, pintura en spray, refrigerante, trementina, fertilizantes

*Drogas asociadas al deporte.*

*Potenciadores del rendimiento.* Se ha abusado de los estimulantes y narcóticos volátiles con objeto de hacer que los deportistas puedan seguir jugando incluso tras sufrir una lesión importante.

*Potenciadores del entrenamiento y la práctica ergogénica.* La hormona del crecimiento, eritropoetina, esteroides “dopantes de la sangre” y hidroxibutirato (el chico de Georgia, GHB en sus siglas en inglés) son utilizados por culturistas y en bares de ambiente gay.

*Potenciadores de la resistencia.* Los estimulantes no volátiles, como la pseudofedrina, ma huang, inhaladores broncodilatadores y bloqueadores beta son utilizados para incrementar la resistencia respiratoria.

*Diuréticos.* Los luchadores utilizan los diuréticos para “ajustarse al peso” y permitirles competir en una categoría de peso menor [38].

*Cafeína.* Existe una conexión entre la cola y la ansiedad, el insomnio, modelos de sueño pobres, un desorden de déficit de atención e hiperactividad (ADHD), la osteoporosis y las fracturas.

*Sedantes-hipnóticos.* Los sedantes-hipnóticos más comunes de los que se abusa son las benzodiacepina y normalmente las obtienen de los padres o abuelos a los que se les ha prescrito un medicamento de este tipo. El riesgo de sobredosis crece de manera alarmante con la concomitancia del consumo de alcohol, que también pertenece a esta clase.

*Esteroides.* La corpulencia muscular y “ataques de ira” son síntomas del abuso de esteroides. Los jóvenes que abusan de los esteroides lo hacen siguiendo ciclos de 6 a 8 semanas. Pueden tomarse de manera oral pero por lo general se toman de manera intramuscular.

*Combinaciones de drogas.* El abuso de múltiples drogas y de combinaciones de drogas puede ser intencionado o accidental. Por ejemplo, un adolescente que toma alcohol puede tener problemas de sueño y tomar los sedantes prescritos a sus abuelos y dormir más de lo que debería debido a las sinergias de ambas drogas. La mezcla de cocaína y heroína (speedball) de un estimulante, como Ritalin, y un depresor como la heroína, hace más sencilla la sobredosis ya que cuando estalla la acción del estimulante, el consumidor siente más necesidad del depresor y entonces se embarca en una montaña rusa ya que cada droga se metaboliza a distinta velocidad [68].

*Modelos de consumo*

Yamaguchi y Kandel [69] se dieron cuenta de que existían diferencias de género en los modelos de la progresión de la drogadicción en la población de adolescentes y adultos jóvenes. Sin embargo, la progresión de “las drogas de entrada” –cigarrillos, alcohol, marihuana– no suponen únicamente amenazas significativas para la salud sino que además también se consideran marcadores del consumo futuro de otras drogas ilícitas y drogas prescritas como psicoactivas [1, 55]. Estudios

recientes sugieren que ni el consumo de alcohol ni el de cigarrillos constituyen un prerrequisito para el abuso de marihuana, pero que el consumo de marihuana casi siempre precede al consumo de cocaína, crack y heroína. Los médicos contribuyen involuntariamente a la cultura de las drogas al recetar medicamentos para cualquier enfermedad, por una parte, debido a la presión de los padres, y por otra parte, al no tratar adecuadamente los síndromes del dolor. Muchos adolescentes consumen múltiples drogas de manera simultánea, una media de 3,4 sustancias [41]. Los adolescentes pueden tener diferentes maneras de consumir o abusar de las drogas de su elección. Otras maneras de “colocarse” son con pastillas, líquidos, cuadrados de papel secante o rectángulos que se asemejan a sellos de correos (LSD), inhalando latas, esnifando gasolina, fumando y consumiendo drogas de manera intravenosa, subcutánea e intramuscular.

#### *Adicción física primaria*

La adicción física puede darse con las drogas del programa I, incluyendo narcóticos (codeína, propoxifeno), sedantes-hipnóticos (alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas), tabaco y cannabis (en algunos informes).

#### *Adicción psicológica primaria*

La adicción psicológica puede sobrevenir con estimulantes (cafeína), alucinógenos (LSD, PCP), inhalantes, cannabis y tranquilizantes.

#### *4. Indicios*

Los indicios clínicos del consumo de drogas incluyen:

Propensión a accidentes Síntomas “alérgicos”, epistaxis, perforación nasal septal (resultado del consumo de cocaína, inhalantes)

Reacciones debidas al efecto “antabuse” (causadas por metronidazola, cefalosporinas, cloropropamida, isoniazido, alcohol)

Conducta, incluyendo síntomas que sugieran ADD, ADHD (estimulantes, nicotina), paranoia, reacciones de pánico, nudismo agudo (con LSD, intoxicación de PCP) Desmayos/bajadas de tensión, incluyendo amnesias

completas o parciales de hechos sucedidos durante la intoxicación (alcohol, drogas para la violación en cita) Dolores pectorales, taquicardia, arritmias (con la cocaína, anfetaminas), cardiomiopatías, drogas intravenosas, abuso concomitante del alcohol y antidepresivos tricíclicos, broncospasmo (con opiáceos)

Pupilas dilatadas o constreñidas

Ginecomastia, períodos anaovulatorios irregulares, testículos pequeños (con marihuana)

Incremento del apetito de comidas dulces (con marihuana [“munchies”, parecidos a los donuts])

Marcas de aguja (con heroína, esteroides intramusculares o subcutáneos), pruritos generalizados (con opiáceos)

Olores a alcohol, marihuana u otras sustancias en la ropa y el aliento

Conjuntivitis y enrojecimiento, que ha resultado ser el indicador clínico más sensible de los niveles  $\Delta$ -9-THC y los efectos del cannabis, lo que conduce al uso frecuente de gotas para la hidratación ocular (Visine)

Síntomas de “úlceras” con reflux, diarrea, gastritis alcohólica, abuso de laxantes por parte de pacientes con bulimia, estreñimiento (con opiáceos)

Úlceras alrededor de la boca, piodermias periorales, ojos rojos y acuosos, RN, quemaduras químicas alrededor de la boca (de inhalar y esnifar), manchas de pintura en la cara o en la ropa, olores químicos extraños del aliento, latas abiertas de Freon en el coche, encontrar latas de gasolina debajo de la cama (sucede en el caso de inhalantes)

#### *5. Secuelas*

Las secuelas incluyen las académicas, legales, laborales, relacionales (familia), otras significativas, accidentes de coche, conducción bajo la influencia del alcohol, educación especial para la conducción, actividades, cambios en la asistencia a servicios religiosos.

#### *6. Etapas del consumo y abuso de sustancias*

##### *Modelos de progresión*

Kandel ha identificado cuatro etapas que permiten al médico clasificar a los adolescentes basándose en los modelos de consumo [25]:

**Etapa 1.** Experimentación

**Etapa 2.** Consumo recreacional

**Etapa 3.** Problemático (19% de los adolescentes)

**Etapa 4.** Adicción

Algunos jóvenes pueden probar alguna sustancia una vez, tener una experiencia desagradable (refuerzo negativo) y nunca progresar más allá de la etapa de la curiosidad y la experimentación. Otros pueden ser episódicos, consumidores recreacionales e incluso algunos pueden ser consumidores de combinaciones de drogas. Sólo un 5% de los adolescentes encajan con la definición de alcohólico o adicto. Los bebedores problemáticos son aquellos que “han bebido seis o más veces al año y cuya experiencia tiene consecuencias negativas por consumo de alcohol dos o más veces al año con consecuencias en 3 o más áreas vitales: hogar, escuela, compañeros o personas significativas, legales, trabajo, conducción y cambios en la participación en actividades recreacionales” [39, 50]. Las “4 ces” de la etapa 4 de la adicción son compulsión, control, deseo y abandono (compulsion, control, craving, cutting down). Los adolescentes que son más susceptibles a las influencias de sus amigos, tienen unas expectativas conductivas positivas de consumo de alcohol, experiencias tempranas con la intoxicación, un prematuro consumo de marihuana, alienación y graves perturbaciones en la familia y un modelo parental negativo que les hace ser más proclives a progresar hacia una dependencia química [41].

Se estima que uno de cada tres jóvenes que fuman marihuana progresan de la etapa 1 a la etapa 2, y uno de cada ocho van de la etapa 1 hasta la dependencia química. Entre los jóvenes que consumen alcohol recreacionalmente, uno de cada cinco a siete llegan a la etapa de dependencia. Entre los estudiantes de bachillerato, aproximadamente un 50% de todos los que beben alcohol regularmente, un 25% de todas las adolescentes que beben y de un 20% a un 30% de todos los adolescentes entre 14 y 17 años (4,6 millones) se encuentran en la problemática etapa del abuso de alcohol [70]. La edad de la primera exposición y la edad de la primera intoxicación están altamente relacionadas tanto con el desarrollo como con la progresión del abuso de sustancias [41].

Por último, curar una adicción comprende dos

fases: (1) sobriedad, que incluye el principio de “simplemente di no”, desintoxicación de los efectos de las drogas y abstinencia de los químicos; seguida de la (2) recuperación, que es un proceso que dura toda la vida y consiste en un estilo de vida sin drogas y el cambio a la copia de conducta maladaptativa (el principio de “cómo decir no”). El autor se ha cruzado con frecuencia con médicos que asemejaban la sobriedad con la recuperación. La idea de que “Mi marido / esposa dejó el alcohol / las drogas hace mucho tiempo”, o “John / Jane no puede echarme [progenitor] la culpa de su conducta, puesto que he estado sobrio durante los tres últimos años” no implican que el progenitor no sea más disfuncional que un paciente que ha sido tratado con quimioterapia o radiación y que se crea libre de volver a padecer cáncer. Alcohólicos Anónimos utiliza el término “borracho seco” para describir a los que han dejado de consumir drogas pero no se han recuperado de conductas manipuladoras, controladoras, engañadoras u otras conductas disfuncionales maladaptativas.

Se han investigado a fondo algunas herramientas que pueden ser usadas por los terapeutas en sus consultas para valorar la etapa de abuso de sustancias.

#### **Cuestionario CAGE**

El cuestionario CAGE (ver más abajo) es un instrumento de consulta autoadministrable o administrado por el terapeuta y que lleva de 1 a 2 minutos. Un resultado de 2 (esto es, dos respuestas afirmativas) corresponde a una exploración positiva e identifica correctamente un 75% de los alcohólicos (sensibilidad) y un 96% de no alcohólicos (especificidad) [71].

**Abandono:** ¿Ha intentado cortar el consumo?

**Molestia:** ¿Le han importunado para dejarlo?

**Culpabilidad:** ¿Se siente culpable?

**Abrir los ojos:** ¿Necesita que alguien le abra los ojos? (Una respuesta positiva señala una etapa adictiva).

#### **Inventario de adolescentes que beben**

El Inventario de Adolescentes que beben es un instrumento autoinformativo diseñado específicamente para explorar a los adolescentes. Posee una sensibilidad del 88% y una especificidad del 82% [72].

### El modelo de MacDonald

El modelo de MacDonald es una herramienta para diagnosticar la dependencia química en la juventud. Es similar al criterio de Jones para diagnosticar la fiebre reumática. Los principales criterios de MacDonald incluyen (1) dos ocasiones de consumo agudo de drogas observadas por la familia, la policía, un médico de urgencias, alguna otra persona significativa, profesores o un familiar; y (2) señales de consumo regular de drogas, que incluye el continuo consumo de drogas a pesar de los firmes límites puestos por la familia o el médico, la incapacidad de parar a pesar de las consecuencias, los cambios progresivos de la conducta y las pruebas de laboratorio. Los criterios secundarios incluyen cualquier signo de (1) deterioro en los resultados académicos, (2) menoscabo de las relaciones familiares, (3) cambios negativos de la personalidad, (4) cambios físicos, (5) problemas legales y (6) cambios en el grupo de amigos. Un criterio principal sumado a tres criterios secundarios indica una primera diagnosis de dependencia química [43].

### Comorbidad

Para los médicos es interesante preguntarse el porqué de que ciertos adolescentes consuman estimulantes como sus drogas de abuso, mientras que otros consumen depresores, como el alcohol o los barbitúricos. Una explicación puede ser la investigación que apunta al hecho de que, aunque el alcoholismo es una adicción primaria en el 70% de los drogadictos, es una adicción secundaria en el 30% de los drogadictos, secundaria a otra condición mental [74]. Se ha informado de que un 70% de los pacientes con un trastorno antisocial de la personalidad y un 20% de aquellos que son maníaco-depresivos desarrollan alcoholismo. Esta es la base de la hipótesis de la “automedicación” de algunos pacientes alcohólicos. Por lo tanto, es importante determinar la droga elegida y la condición mental premórbida de un adolescente que abusa de sustancias.

La *comorbidad* indica la coexistencia de dos desórdenes (en este caso, un desorden de abuso de sustancias

y un trastorno mental). Es importante determinar si la dependencia química precedía al trastorno mental, en lo que se denomina dependencia química primaria, o si la condición mental precedía la dependencia química, denominado dependencia química secundaria. En cualquier caso, si un adolescente tiene dependencia química, es imperativo que la dependencia química sea tratada durante 2 ó 3 semanas previas a la diagnosis de la dependencia química primaria o secundaria.

### *Factores de riesgo en adolescentes con comorbidad ADD o ADHD no diagnosticadas*

Investigadores del Hospital General de Massachusetts, de la Escuela de Salud Pública de Harvard y de la Escuela Médica de Harvard estudiaron tres grupos de chicos. De aquellos a los que no se les había tratado la ADHD, un 75% presentaba al menos un desorden relativo al consumo de una sustancia comparado con un 25% de los chicos con ADHD que recibían tratamiento y un 18% de los que no tenían ADHD [73]. La nicotina puede ayudar a centrar la atención y se conoce su uso para “autotratar” ADHD, pero interfiere con el funcionamiento de funciones complejas que requieren una atención dividida y acceso a la memoria a largo plazo [62].

### *Depresión*

El abuso de sustancias y la depresión coexisten en un 25% de adolescentes. Aproximadamente un 8% informaron de depresión primaria y un 16% informaron de depresión secundaria [74, 75].

### *Abuso físico o sexual*

Se informó de un 25% de adolescentes que abusaban de sustancias padecían depresión y un 18% abusos sexuales. Aproximadamente un 80% de los adolescentes que informaron haber padecido abusos sexuales también reconocieron síntomas de desórdenes de estrés postraumáticos [76].

### *Desórdenes en la alimentación*

Aproximadamente un 25% de los pacientes que sufrían desórdenes alimentarios abusaban de sustancias [54, 76].

### *Síndromes de dolor crónico*

Los adolescentes con síndromes de dolor crónico impropriamente monitorizados, como en drepanocitosis o cáncer, están en situación de riesgo de adoptar una conducta de búsqueda de sustancias.

### *Otras adiciones*

Los jóvenes con adicciones a sustancias pueden presentar también ludopatía y otras adicciones asociadas a sus relaciones.

### *7. Etapas de motivación por el cambio*

Evaluar la motivación incluye la valoración de la espiritualidad y un lugar interno de control.

### *Espiritualidad y fe*

La espiritualidad y la fe tienen menos que ver con la religión que con los valores y la ética personal. Es vivir con consciencia, propósito e intención, y tener un lugar interno de control, integridad y moralidad [46]. La fe es un sistema de creencia profundamente interior que está asociada con una mayor resistencia al estrés, a la que se alude en círculos científicos como “resiliencia” o “tolerancia psicológica” y “espiritualidad” o “creencia en un poder superior” en el campo de la recuperación de las adicciones [31, 61]. Se ha alentado a los pediatras para que traten la espiritualidad como una parte del bienestar, la curación y el proceso de recuperación y no simplemente como el proceso mortal. Quizá, el consumo o abuso de sustancias en adolescentes no es un desorden de falta de voluntad sino un desorden neuroquímico y espiritual de “desautorización de la voluntad” mediante el que se desplaza un poder superior trascendental por químicos (o procesos) disfuncionales, de los que no se puede depender y que actúan como substitutos. Alcohólicos Anónimos, que son una de las modalidades de tratamiento con más éxito para el abuso de sustancias, fueron fundados por Wilson, un corredor de bolsa, y Smith, un médico de familia, y ha demostrado esta realidad durante los últimos 50 años. El consumo o abuso de sustancias está influenciado (no determinado) por el tono hedónico excesivo del medio familiar, cultural y social y la subcultura de drogas de los amigos. Los padres adictos manifiestan señales de bancarrota moral y espiritual [46, 59]. Nowinski [77] escribió que “El adolescente que se encuentra en bancarrota espiritual poco invertirá en la recuperación... que

consiste en creer en el potencial personal que la sobriedad puede liberar y en construir acervos personales”.

Las presentaciones clínicas de los jóvenes con dificultades espirituales persisten en el tedio y la apatía; falta de dirección, valores y significado; narcisismo (no un egoísmo desarrollado); rebeldía y desafío; desórdenes del carácter, como un continuo mentir, engañar, ser crueles con los animales; mantener sentimientos de rencor, venganza, falta de responsabilidad; llevar joyas con sugestivos símbolos que sugieren relación con cultos; prácticas ocultas.

A la hora de valorar la espiritualidad de una manera sensible, se pueden utilizar dos acrónimos [por sus siglas en inglés]: HOPE [27] y FICA [28] (ver modificaciones en cuadros). Estos ejercicios en la evaluación psicosocial-espiritual no necesitan ser vistos como laboriosos o como impositores de valores en el joven, sino más bien como una oportunidad para los adolescentes para exponer su propia visión, siendo el terapeuta una caja de resonancia, para explorar el modo de ver de los adolescentes, decodificando las señales de dolor de los adolescentes y desmitificando sus mitos.

#### HOPE [27]

**Esperanza o seguridad en el futuro.** ¿Cuáles son las fuentes de confort de los adolescentes para afrontar el estrés, el significado de la vida en general respecto a lo personal, las metas futuras y las fantasías y sus imágenes? ¿Visualizan un futuro feliz, o grotesco o tienen una imagen satisfactoria del mismo?

**Religión organizada.** ¿Qué religión profesan los padres del adolescente? ¿Una religión personal? ¿Mantiene el adolescente una creencia en un poder superior trascendental o universal?

**Espiritualidad personal y prácticas.** ¿Se adhiere el adolescente a prácticas o tradiciones? ¿Qué cualidades valora en los otros, en sí mismo, en héroes, en modelos de conducta o en sus estrellas de televisión, cine o música favoritas?

**Efectos en los cuidados médicos y final de asuntos vitales.** ¿Qué piensa el adolescente de los cuidados médicos? ¿Qué decisiones personales toma sobre la conducta a mantener en cuanto al consumo o abuso de sustancias?

FICA<sup>1</sup>

**Creencias y Fe.** ¿Tienes o tiene tu familia creencias religiosas? ¿Qué vacaciones son importantes para ti personalmente? ¿Y para tu familia? ¿Que te da coraje, confort o te sirve de apoyo cuando las cosas se tornan difíciles para ti?

**Importancia e influencia.** ¿Qué importancia tienen en tu vida las creencias o la fe? ¿Qué papel juegan en tu vida las creencias en lo que pasa en tu vida actual? ¿Qué papel juega en tu visión del consumo o abuso de sustancias? ¿Cómo crees que afecta tu abuso de sustancias en tu familia o en tus mejores amigos, en tu pareja, etc.?

**Comunidad.** ¿Formas parte de una comunidad espiritual o religiosa? ¿Te supone un apoyo? ¿Hay algún adulto fuera de tu familia, en tu comunidad, en quien confíes para que te apoyen cuando tus padres no están disponibles? –Profesor, entrenador, personas de la hermandad, pastor, rabino, etc.

**Modelo de cuidados.** ¿Qué debo saber sobre la fe o las creencias que pueda ayudarme a afrontar los asuntos referidos a tu salud?

(1)Puchalski y Col del Instituto George Washington para la Espiritualidad y la Salud (Washington DC). Instituto Nacional de Investigación Sanitaria, que investiga científicamente el papel de la espiritualidad y procesos de salud y curación, utilizan la FICA ©, acrónimo para evaluar la espiritualidad [28]. El acrónimo FICA que se utiliza en la práctica de la medicina general, se ha modificado aquí para adaptarlo a su uso.

Para desarrollar un plan de cuidados comprensivo para un adolescente que ha sido evaluado por abusar de sustancias, la valoración de la espiritualidad permitirá al médico referir al adolescente a un programa adjunto, como el tradicional o el programa alternativo de 12 pasos (por ejemplo, Jóvenes Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos).

8. *Evaluar la etapa de cambio*

Las etapas de cambio (ver recuadro) fueron descritas por primera vez por Prochaska y DiClemente [26].

PCPAM-R [Por sus siglas en inglés] [26]

**Precontemplación.** No considera realizar cambios, da excusas, rechaza dejarlo.

**Contemplación.** Considera cambiar y se muestra ambivalente en cuanto a dejar el consumo o abuso de drogas.

**Preparación.** Preparado para el cambio.

**Acción.** Etapa de aprendizaje de una nueva conducta.

**Mantenimiento.** Estabilidad en la nueva conducta adoptada con un nuevo círculo de no consumidores de drogas.

**Recaída.**

El que un adolescente esté preparado para cambiar es una construcción multidimensional que combina la toma de conciencia de los problemas por parte del paciente, una conducta de intención de cambio y la capacidad para anticipar futuras necesidades de tratamiento y barreras médicas, psicológicas y ambientales. Esta es una consideración fundamental para la valoración del abuso de sustancias y ajustar al paciente a las estrategias de intervención de tratamiento y recaída que están más allá del alcance de esta discusión.

Los estudios sugieren que el 70% de los pacientes que tienen problemas con las drogas y el alcohol están bien en la etapa de precontemplación o bien en la etapa de contemplación en el momento inicial de acercamiento a la diagnosis [22]. Se dispone de algunas escalas prometedoras, una de ellas es la Escala de Etapas de Preparación para el Cambio y Afán de Tratamiento (SOCRATES en sus siglas en inglés) [78].

9. *Apoyos*

Muchos terapeutas evalúan factores de riesgo, pero pocos son los que consideran los factores de resiliencia y cualidades del joven. El Instituto de Investigación Benson [29] ha enumerado 40 cualidades de desarrollo del joven, tras su investigación sobre una población de 98.000 estudiantes de bachillerato de los EE.UU., y ha encontrado que los jóvenes que tenían 30 o más cualidades eran menos proclives a involucrarse en el abuso de sustancias que aquellos que tenían menos de 30. Los adolescentes que tenían al menos un modelo adulto positivo eran menos proclives de adoptar conductas de alto riesgo. También es importante documentar los apoyos que dan a los

jóvenes mentores y adultos, ya que pueden constituir, con el beneplácito del adolescente, valiosos apoyos para la curación mediante los consejos que dan a los adolescentes que muestran su consumo o abuso de sustancias. MacDonald [43] ha mostrado que, para las mujeres alcohólicas, los factores que influyen el resultado del tratamiento incluyen la presencia o ausencia de una red social que les apoye.

#### *Pruebas de laboratorio*

Las preguntas y los cuestionarios explorativos han demostrado tener una sensibilidad y racionalidad, y valores positivos predictivos para el abuso de sustancias mayores, que los exámenes sanguíneos [79]. La exploración de la orina para observar el consumo de drogas en la juventud ha sido controvertido. Algunas de las oposiciones vienen de los terapeutas de las escuelas así como otros médicos. Los especialistas de las escuelas han establecido que los exámenes de orina que revelen consumo de droga ponen barreras a la búsqueda por parte de los jóvenes de otros servicios sanitarios preventivos. Sin embargo, a la luz de avances recientes en nuestra comprensión de procesos neurobiológicos de adicción y la disponibilidad de medicamentos para disminuir el deseo, como la naltrexona en el caso del alcoholismo y el bupropion en el caso del tabaquismo, se argumentan necesidades que hay que reconsiderar. Como en las valoraciones de abuso sexual, no se pide a los pediatras que actúen para aplicar la ley sino que lleven a cabo sus labores clínicas y curativas.

Si se considera necesaria la exploración de los niveles de droga mediante análisis de orina en adolescentes, los pediatras deberían disponer otras tomas con los siguientes objetivos en mente.

- Indicaciones para los exámenes de droga en la orina:
  - Explorar un adolescente que ha perdido el conocimiento con conducta de búsqueda de drogas o síntomas somáticos que no se pueden explicar.

- Diferenciar psicosis tóxicas de condiciones cerebrales orgánicas en jóvenes que presentan condiciones psiquiátricas agudas, por ejemplo, para distinguir un desorden grave de pánico de una psicosis relacionada con las drogas.
- Confrontar la negación de un adolescente (1) con un pensamiento concreto, (2) con un historial de “inhalación pasiva” con pruebas del nivel de sustancias en la orina o (3) en la etapa de precontemplación o contemplación de cambio (en este caso, se indica un test cuantitativo).
- Diagnosticar una diagnosis dual adolescente (por ejemplo, depresión, trastornos antisociales de la personalidad, desórdenes desafiantes opuestos o bulimia junto con abuso concomitante de sustancias).
- Exploración de víctimas de violación (lo que es controvertido y debe ser llevado a cabo solo si los propósitos del tratamiento para impedir la interferencia con la aplicación de la justicia).
- Exploración de una madre adolescente, cuyo bebé ha dado positivo al analizar el meconio en el test de sustancias. (En este caso, se puede aducir que la exploración de la madre adolescente no puede alterar el efecto de las drogas sobre el recién nacido. La gestión del abuso de sustancias y las necesidades sanitarias futuras reproductivas en la madre pueden asistir en una mejor tutela del niño. Es más, dado que el 30%–50% de las madres adolescentes han vuelto a quedarse embarazadas en un plazo de 3 años, esto podría tener un efecto beneficioso para el siguiente niño. La exploración rutinaria del meconio es obligatoria por ley en algunos estados. Se aconseja a los médicos que comprueben las leyes que rigen en sus respectivos estados).

Para monitorizar la abstinencia durante los procesos de sobriedad y recuperación.

- No todos los exámenes de droga en la orina requieren una cadena de procedimientos de custodia, no mayor que la necesidad de un examen “funcional” en los tests rutinarios de la gonorrea o la clamidia.

- Aproximadamente los exámenes de orina siguen una proporción 1:20 de dar un falso positivo. El rutinario examen de orina para encontrar los niveles de drogas mediante la técnica del enzimoimmunoensayo (EMIT) tiene una sensibilidad de un 62%; si el recorte es de 100 ng para los cannabinoides, la sensibilidad sería mayor. Es necesario diferenciar el consumo legítimo del ilegal antes de recoger la muestra de orina para su examen, puede haberse dado el caso de un historial a corto plazo de ingestión de semillas de amapola o de ingestión de medicamentos sin receta o con receta contra el dolor de un departamento de urgencias, para cirugía de otorrinolaringología o para operaciones dentales. Es muy poco probable averiguar los límites vinculantes por “simplemente inhalar” el humo de THC, sobre todo con niveles límites de 50 a 100 ng/mL, que eliminan los falsos resultados positivos de la inhalación pasiva [80].
- Los tests que dan falsos negativos son comunes pero no rigen el consumo de drogas. No todas las drogas de las que se abusa pueden detectarse mediante un examen ordinario de drogas en la orina. Pueden darse falsos negativos consecuencia de manipulación en el caso de jóvenes en libertad condicional a los que el tribunal ha obligado a someterse a exámenes de drogas. En un artículo de la revista High Times se sugería mantener al adolescente al corriente del escenario adolescente de la droga.
- El resultado de un test positivo de droga en la orina es mayor si se obtiene en la mañana de un lunes o martes durante la época escolar o en cualquier día durante el verano.
- Si así es indicado, y dependiendo del laboratorio utilizado, un test de droga en la orina puede ser dispuesto como una exploración inicial y tener un costo de entre los 69\$ y 75\$ en vez del examen de tóxicos en la orina (100\$–150\$), que incluye tests para salicilatos, cafeína, acetaminofenos, imipramina y otros antidepresivos tricíclicos, entre otras drogas. Los exámenes de orina subsiguientes para monitorizar la abstinencia pueden estar más afinados hacia el abuso de drogas mostrado por la exploración inicial (15\$–26\$)

y la evaluación clínica.

- Se desaconseja a los padres que utilicen kits de detección de drogas en casa puesto que suponen un conflicto con las relaciones establecidas entre los padres y el adolescente y se debería aconsejar a los padres que soliciten una valoración clínica y un examen de droga en la orina si fuera necesario.

### Diagnosis

El DSM-IV divide los desórdenes causados por el consumo de sustancias en dos subcategorías, incluyendo los desórdenes asociados a la dependencia de sustancias y los desórdenes por abuso de sustancias. La nueva edición del DSM-IV ha eliminado la necesidad del retiro y la tolerancia como criterios para realizar una diagnosis de un desorden de abuso de sustancias en oposición a desórdenes por dependencia de sustancias [81]. Por lo tanto, el único criterio para la diagnosis de desórdenes por consumo de sustancias son (1) consumo peligroso o compulsivo, (2) el papel de los daños o (3) problemas legales recurrentes. Cuando se establece un diagnóstico de abuso de sustancias, la familia que responde a esta valoración puede adoptar una postura de negación, y las estrategias de la familia para sobrellevarlo pueden asumir (1) la adaptación verbal, en forma de reñir al joven, súplicas por el respeto a la familia y la provocación de promesas y (2) adaptación de conducta, en la forma de comprobar las existencias de alcohol en el hogar, la ruptura social mediante la anulación física de toda interacción con el joven o responder con tensión o conflictos. El mejor curso de gestión para el pediatra es la información autoritaria, referida, el control del caso y el seguimiento.

### Resumen

No hay tests con estándares de oro para evaluar un adolescente sospechoso de abusar de sustancias. La toma de conciencia de la alta frecuencia del abuso de sustancias en los jóvenes, un alto índice de sospechas y un firme deseo de formar parte de la solución es todo lo que se requiere para afrontar el problema del abuso de

substancias en los jóvenes. En la era de las “punto-com” y de la complejidad social que fomenta una atmósfera de “desconexión” emocional mediante la ligazón de los adolescentes sólo con lo que compran, enchufan, clican o tiran, los adolescentes necesitan consultas de su confianza en las que pediatras atentos les provean de hechos ajustados y con autoridad y que se cuiden de ayudarles a construir una reiliencia interna y conectarlos con el dolor y el daño de la gente con la que viven.

Hasta ahora, la máxima de “tres oportunidades y si no estás fuera” se ha aplicado en los cuidados médicos. Esta máxima puede funcionar en el baloncesto, la Clintoneconomía y en las estrategias de la práctica empresarial pero no es recomendable para afrontar las necesidades de consumo o abuso de sustancias en los jóvenes que están a merced de estrategias publicitarias. La envergadura de los presupuestos de mercadotecnia y

publicidad de las tabacaleras y fabricantes de alcohol es un indicativo del marketing implacable dirigido hacia la vulnerable juventud. Los pediatras prestarían un flaco servicio a los adolescentes si fallaran a la hora de contrarrestar el efecto de esta mercadotecnia al no utilizar la “regla del siete”: la “exploración de las siete eses”, los siete intentos educacionales, las siete diferentes vías durante siete años y la persistencia tras siete intentos de los adolescentes para abandonar su dependencia química.

Ostler dijo que “Estos son nuestros métodos –al observar con todo cuidado los fenómenos de la vida en todas sus etapas, cultivar los razonamientos de la facultad lo que nos permitirá distinguir lo verdadero de lo falso. Este es nuestro trabajo –prevenir las enfermedades, aliviar el sufrimiento, curar al enfermo” y dar esperanza (HOPE en inglés) siempre.

La bibliografía de este artículo está a disposición del lector en la dirección de correo electrónico: [lydiazuloaga@telefonica.net](mailto:lydiazuloaga@telefonica.net)

*Con la colaboración de :*



**CMBB & Asociados**

**CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.**

Londres, 27, Est. A 2ª  
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26  
Fax 93 419 32 96