

# Consumo de drogas en la adolescencia



M.I. Hidalgo Vicario, A.M. Redondo Romero\*

*Pediatra C.S. Barrio del Pilar. Madrid*  
*\*Pediatra C.S. Cabo Huertas. Alicante*

**Resumen** El consumo de drogas por los adolescentes constituye en la actualidad un problema de salud pública debido al elevado consumo de algunas sustancias, al creciente aumento de otras, como el cannabis y la cocaína, al inicio en edades muy precoces y a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la vida actual y futura del joven. Durante la adolescencia es necesario tener presente los comportamientos de riesgo a los que se exponen los adolescentes, así como los factores de riesgo y de protección, ya que el consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial. Diferentes signos clínicos pueden hacernos sospechar la presencia de un abuso de drogas. La mejor forma de identificar y diagnosticar un trastorno por uso de sustancias es realizar una adecuada historia clínica en los controles periódicos de salud en un ambiente de confianza y asegurando la confidencialidad. Es importante también realizar una exploración detallada, y en ocasiones, la utilización de determinadas pruebas complementarias. El tratamiento es multidisciplinar y variará según la etapa del consumo, el apoyo familiar y la experiencia del profesional. La intervención se realizará en Atención Primaria, en un servicio especializado o bien ingresado con un programa específico. El pediatra de Atención Primaria ocupa una posición privilegiada para poder actuar, siendo esencial la prevención.

**Palabras clave** Tabaco; Alcohol; Drogas; Sustancias; Adolescencia.

**Abstract** DRUG CONSUMPTION IN ADOLESCENCE  
Drug consumptions by adolescents is presently a public health problem due to the elevated consumption of some substances, the growing increase of others such as cannabis and cocaine, the earlier ages of onset and physical, psychological and social consequences for the present and future life of the young people. During the adolescence period, risk behaviors that adolescents are exposed to and the risk and protection factors must be kept in mind since drug consumption is a complex and multifactorial phenomenon. Different clinical signs may make us suspect the presence of drug abuse. The best way to identify and diagnose a substance use disorder is to make an adequate clinical history in the periodic health controls within a setting of trust and assuring confidentiality. It is also important to make a detailed examination and sometimes to use specific complementary tests. Treatment is multidisciplinary and will vary according to the consumption stage, family support and experience of the clinician. The intervention will be done in Primary Health Care, in a specialized service, or hospitalized with a specific program. The Primary Health Care pediatrician has a privileged position to be able to act, prevention being essential.

**Key words** Tobacco; Alcohol; Drugs; Substances; Adolescence.

*Pediatr Integral 2005;IX(2):137-155.*

....Captar jóvenes puede ser más eficaz, aunque el coste sea más alto, porque ellos están deseando experimentar, tienen mayor influencia sobre otros de su mismo grupo de edad, que la que tendrán en cualquier momento de su vida y ellos serán absolutamente más leales que ninguno a la marca con la que empiezan....

Documento oficial de Philip Morris Company (1957).

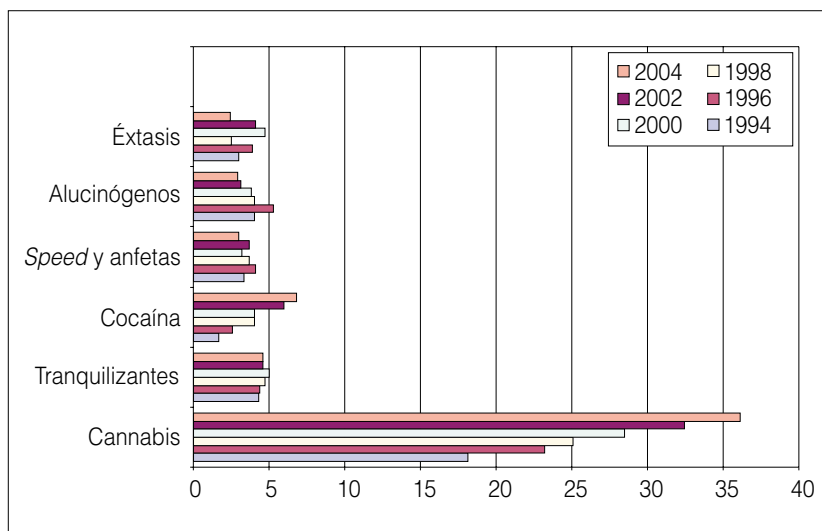
## INTRODUCCIÓN

*Los adolescentes en la actualidad, continúan usando drogas en proporciones alarmantes, constituyendo una importante amenaza para su salud y bienestar.*

El alcohol sigue siendo la droga de elección para la intoxicación, el consumo de marihuana sigue aumentando así co-

mo el de cocaína, el uso de alucinógenos es algo menor que en décadas previas, los estimulantes continúan su popularidad particularmente en forma de éxtasis, el uso del tabaco ha adquirido unos niveles importantes a pesar del acuerdo de disminuir la publicidad a la juventud por parte de las compañías tabacaleras y continúa el abuso de los inhalantes particularmente en los jóvenes adolescentes.

**FIGURA 1.**  
Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de secundaria de 14-18 años. España 1994-2004.  
Fuente: encuesta escolar sobre drogas 1994-2004



El uso de drogas durante la infancia y adolescencia provoca alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se relaciona con actividad sexual temprana, fracaso escolar y delincuencia, además de las posibles consecuencias en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares, alteraciones mentales y los cánceres.

Durante la adolescencia, puede resultar difícil diferenciar entre la experimentación, el uso frecuente, el abuso y la adicción o farmacodependencia a una droga y se debe tener presente que esta época tiene unas características especiales. Cuanto antes se empieza con el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso; los jóvenes son menos capaces que los adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a todos sus problemas; además, en la actualidad, la experiencia es muy distinta a décadas anteriores: el número de los que prueban es mayor, aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología se confunde. Incluso las sustancias conocidas son diferentes, la marihuana de los años 70 contenía menos del 0,2% de THC (delta-9-tetrahidro-cannabinol) y en la actualidad se ha aumentado entre 5-15 veces. Igualmente, al iniciar el consumo, no hay señales ni síntomas que les haga a los jóvenes acudir a la consulta médica, sólo acuden generalmente al servicio de urgencia como consecuencia del

abuso y de la dependencia. Por ello, al inicio es difícil que acepten ayuda.

El profesional sanitario ocupa una posición privilegiada para poder actuar tanto en la prevención primaria (educación sanitaria para evitar el consumo de sustancias), secundaria (detección precoz) y también la terciaria, colaborando en el tratamiento y vigilando la eficacia del mismo. Para todo ello es imprescindible superar una serie de barreras, como son: la falta de experiencia en el manejo de estos problemas, la poca familiaridad con los factores individuales, familiares y sociales que influyen en el uso de drogas, la dificultad en reconocer los signos y síntomas sugestivos del abuso de drogas, el pesimismo acerca del pronóstico tras el tratamiento de estas enfermedades, y el no saber en ocasiones donde referir a los pacientes para su evaluación y tratamiento.

### SITUACIÓN DEL CONSUMO EN LOS ADOLESCENTES ESPAÑOLES

*Se mantiene el patrón de consumo característico de los jóvenes, en ambientes lúdicos con amigos, durante el fin de semana, y aumenta con la edad. Se ha incrementado en las mujeres y el policonsumo es esencial.*

Las drogas comenzaron a representar en nuestro país un fenómeno social a mitad de la década de los 70 y la situación ha ido evolucionando de algo unido a lo marginal, a la delincuencia y representado por la heroína (por su repercusión social más que por su nivel de con-

sumo), a algo experimental y ocasional relacionado con lo recreativo asociándose una mayor precocidad en el inicio del consumo. Diversos estudios han demostrado que cuanto más precoz es el inicio del uso de drogas, más probable es que se continúe su uso a lo largo de la vida y también que se asocie con la presencia de más problemas.

La incorporación de las drogas en España se realizó de la siguiente manera: primero el cannabis seguido por la heroína en los años 70 y principios de los 80 (desde niveles bajos hasta un acmé con tendencia a la estabilización); pasó algo similar con la cocaína en la segunda mitad de los años 80, y en los 90 se incorporaron las drogas de síntesis de forma masiva. En los últimos cuatro años, está aumentando entre los jóvenes el consumo de cannabis y cocaína.

Actualmente, se mantiene el patrón de consumo característico de los jóvenes, en ambientes lúdicos con amigos, durante el fin de semana, y el porcentaje de consumo va aumentando con la edad. Se ha producido una creciente presencia femenina y el policonsumo constituye una característica esencial. Además, ha ido disminuyendo la percepción del joven del riesgo asociado al uso de drogas.

La encuesta sobre drogas a la población escolar se realiza en nuestro país cada dos años a los escolares entre los 14-18 años. En la fig. 1 podemos ver los resultados del año 2004 comparados con los años 1994, 1996, 1998, 2000 y 2002.

Un porcentaje alto ha tenido contacto con distintas drogas, principalmente el alcohol (80,6%), el tabaco (33,1%) y el cannabis (42%). Los consumos de psicoestimulantes tienen una frecuencia más minoritaria. Hay una alta probabilidad de que los consumos experimentales de tabaco, alcohol o cannabis se repitan y se conviertan en habituales.

Los consumos habituales de drogas (en los últimos 30 días) son significativos en el caso del alcohol (64,0%), el tabaco (28,7%) y el cannabis (25%), situándose por debajo del 3,6% el resto de las sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y sustancias volátiles).

Prosiguiendo la tendencia observada en el año 2000, en el año 2002 volvió a disminuir el consumo de alcohol entre los

estudiantes de 14-18 años, especialmente en los consumos habituales y en las edades tempranas de 14 y 15 años. Se produjo una importante disminución del consumo de bebidas alcohólicas como lo acreditaba el descenso del 78,5% al 55% de los bebedores habituales. En el año 2004, se ha observado un progresivo aumento en todas las edades.

En el año 2002, disminuyó la proporción de escolares que había fumado alguna vez o de forma diaria, aumentando ligeramente en el 2004 y continúa creciendo el consumo habitual (últimos 30 días) de cannabis del 19,4% en el 2000 al 22% en el 2002 y al 25% en el 2004 (Tabla I).

El consumo de psicoestimulantes y alucinógenos presenta variaciones según el tipo de sustancia. En el período 2000-2004, se ha producido un descenso importante en el consumo de éxtasis, cuyo consumo habitual ha pasado del 2,5% al 1,3%. También, ha descendido el consumo de anfetaminas (1,6%) y alucinógenos (1,4%). Sin embargo, se ha dado un aumento en el consumo de cocaína, que ha pasado del 2,2% al 3,6% en el consumo habitual.

La edad de inicio del consumo de drogas puede verse en la tabla II, sin diferencias significativas por sexos. Tras años de continuos descensos, en el año 2000 se estabilizaron las edades de inicio del consumo de tabaco, alcohol y cannabis, elevándose para el resto de las sustancias. En el año 2002 y 2004, esto se mantiene y se ha retrasado el consumo semanal de alcohol de 14,8 años en el 2000 al 15,1 en el año 2004.

Un porcentaje elevado de estudiantes son consumidores de varias drogas, y hay asociación estrecha entre consumos de alcohol, tabaco y cannabis.

La proporción de consumidores aumenta con la edad siendo crítica la edad de los 14-15 años ya que es ahí donde se producen los mayores incrementos.

En cuanto al sexo, la proporción de consumidores es mayor en los chicos para todas las drogas ilegales, los niveles de experimentación con el cannabis son muy similares en ambos sexos; por el contrario, las chicas consumen con más frecuencia tabaco y tranquilizantes. Hay que destacar que aunque las mujeres beben y fuman en mayor proporción, los varones

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Alcohol	83,7	83,6	84,2	76,1	75,7	80,6
Tabaco	34,1	34,6	34,7	34,4	32,8	33,1
Cannabis	20,8	26	28,5	31,2	36,9	42
Cocaína	2,4	3,2	4,8	5,4	7,4	8,5
Éxtasis	3,5	5,1	3,5	5,7	6,1	4,6
Tranquilizantes	5,9	5,9	6,4	6,8	6,5	6,6
Speed/anfetaminas	3,3	5,1	3,5	5,7	6,1	4,6
Alucinógenos	4,7	6,5	5,4	5,2	4,3	4,5

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Tabaco	13,8	13,3	13,1	13,2	13,1	13,1
Alcohol (consumo semanal)	13,4	13,7	13,6	14,8	15,3	15,1
Tranquilizantes	14,1	13,8	13,8	14,5	14,6	14,6
Cannabis	15,1	15	14,8	14,8	14,7	14,6
Éxtasis	15,6	14,9	14,8	15,6	15,4	15,5
Cocaína	15,6	15,7	15,2	15,7	15,7	15,7
Alucinógenos	15,4	15,4	15,1	15,4	15,5	15,5
Speed/anfetaminas	15,5	15,5	15,2	15,4	15,6	15,6

consumen más cantidad de alcohol y tabaco.

### FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE DROGAS. CONDUCTAS DE RIESGO

*El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial donde intervienen factores individuales, familiares y del entorno.*

El uso y abuso de drogas en la adolescencia se asocian frecuentemente con otras conductas problemáticas tales como delincuencia, conducta sexual temprana y problemas escolares. Es importante enfocar el consumo de drogas, como un problema mucho más amplio, como son las conductas de riesgo que ponen la salud del individuo en dificultades a corto y a largo plazo. Existen otras conductas protectoras de la salud como el ejercicio físico regular, adecuada relación con los amigos, saber decir NO a las drogas, entre otras. La salud del adolescente es el resultado de un balance entre conductas de riesgo y de protección.

**Las conductas de riesgo (CR)** agrupan aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psi-

cosocial normal durante la infancia y adolescencia, con repercusiones para la vida actual o futura. Es muy importante tener en cuenta la edad de inicio, la madurez del joven y la intensidad de ésta.

Lo que puede ser una CR para un adolescente joven, puede ser una "conducta normativa" para otro mayor: en una adolescente de 13 años las relaciones sexuales completas son una conducta de mucho riesgo, pero si tiene 19 años se considera "normativa", con sólo el riesgo inherente a la conducta.

Las CR no existen de forma aislada sino que suelen asociarse entre sí y evolucionan de una forma predecible. Los adolescentes que fuman tienen más riesgo de abuso de otras drogas y los que abusan de drogas tienen más probabilidad de comprometerse en conducta sexual de riesgo. Además, frecuentemente comparten antecedentes biológicos, psicológicos y ambientales similares.

Las CR se establecen durante la adolescencia, se extienden a la edad adulta y siguen la trayectoria del desarrollo del adolescente (el consumo de tabaco y alcohol aumenta con la edad), y en cierta manera, son prevenibles a través de la promoción y educación para la salud.

El inicio precoz conlleva un peor pronóstico. Se ha visto que los jóvenes que

**TABLA I.**  
Prevalencia del consumo de drogas, alguna vez, entre los estudiantes de 14-18 años. España 1994-2004. Fuente: encuesta escolar sobre drogas 1994-2004

**TABLA II.**  
Edad media de inicio en el consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años. España 1994-2004. Fuente: encuesta escolar sobre drogas 1994-2004

inician CR antes de los 15 años tendrán más problemas en la edad adulta que los que se inician posteriormente.

Diferentes adolescentes tienen una mayor tendencia a involucrarse en conductas de riesgo, como el uso inapropiado y abuso de drogas, dependiendo de la presencia en ellos, en sus familiares, o en su entorno de una serie de **factores de riesgo**. Existen también otros factores que ayudan a los adolescentes a rechazar las conductas de riesgo son los **factores protectores**.

El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial y es la combinación de varios factores lo que hace a los sujetos más vulnerables a la experimentación y al abuso. Los factores protectores son los inversos de los factores de riesgo y disminuyen el riesgo para el abuso de drogas de dos formas, mitigando los factores de riesgo y potenciando otros factores protectores.

**Los factores de riesgo se dividen en:**

### Individuales y de relaciones interpersonales

#### Biológicos

- El sexo varón se asocia a un mayor riesgo de abuso de drogas.
- Efectos hormonales: los adolescentes con altos niveles de andrógenos pueden ser más agresivos y comprometerse en conductas de riesgo.
- Predisposición genética: los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de abuso de alcohol que los hijos de no alcohólicos.
- Edad: el inicio del consumo de alcohol y marihuana se realiza entre los 15-18 años y sobre los 18 años para otras drogas ilegales. El inicio del uso de drogas antes de los 15 años aumenta el riesgo de abuso para el futuro. El riesgo para el inicio de uso de todas las drogas disminuye a partir de los 20 años.
- Inicio asincrónico de la pubertad: las mujeres con desarrollo temprano y los varones con desarrollo retrasado tienen una más baja autoestima y más riesgo de conductas de riesgo.
- La adolescencia debido a los cambios que se producen, constituye, en sí misma, un período de extrema vulnerabilidad.

#### Factores psicológicos y cognitivos

- Los adolescentes impulsivos o que buscan emociones nuevas pueden tener alto riesgo de abuso de drogas y otras CR.
  - Las actitudes del adolescente hacia las drogas (creencias y expectativas) están directamente relacionadas con el uso de drogas. Los consumidores valoran positivamente las consecuencias del consumo a diferencia de los que no consumen que lo hacen negativamente. A medida que el individuo considera más probable su consumo, minimiza las consecuencias adversas y valora más las positivas.
  - La inteligencia: un nivel bajo de inteligencia puede influir en no percibir los riesgos asociados al uso de drogas.
  - La agresividad temprana en niños tímidos que continúa en la adolescencia es un marcador para conducta antisocial y el uso de drogas.
  - Problemas psiquiátricos como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la depresión, personalidad antisocial y trastornos de la conducta. Un adecuado diagnóstico y tratamiento de los problemas psiquiátricos en adolescentes ayudarán a disminuir la tasa de abuso de sustancias.
  - También se asocian: la baja autoestima, la inmadurez, el desequilibrio afectivo, impulsividad, rebeldía, el sentimiento de invulnerabilidad, la inexperiencia y la dificultad para relacionarse entre otras.
- Constituyen factores protectores el tener objetivos, una alta autoestima, autocontrol, y los niños y jóvenes que se aíslan de sus familias y ambientes de riesgo.

#### Factores familiares

- Educación de los padres: los padres permisivos que no aportan límites claros o aquellos con estilo autoritario, que no ofrecen espacio para el desarrollo del adolescente, tienen hijos con mayor riesgo de uso de drogas. Son factores protectores: la presencia de los dos padres, una buena relación padres-hijos, padres que utilizan adecuadamente su autoridad que ofrecen guías claras, y estimulan a sus hijos a tomar riesgos razonables con

desarrollo de la libertad, que están disponibles y que saben dónde y con quién están sus hijos.

- El consumo de los padres influye en la opinión de los hijos, aumentando la posibilidad de consumir. Además, si los hijos asisten a los padres (poner un vaso de vino, encender un cigarrillo, comprar tabaco, entre otras) tienen también mayor riesgo de uso. En ocasiones, que los padres usen drogas puede actuar de repelente para el hijo al haber visto y experimentado las consecuencias negativas de la adicción.
  - Los conflictos familiares y mala relación padres-hijos, más que la estructura familiar, ha sido asociado con el uso de drogas.
- Son factores protectores familiares la cohesión y la calidez así como un bajo nivel de discordia en la familia.

#### Factores escolares

- El fracaso escolar, una mala adaptación y el déficit de atención influyen en el consumo de drogas.
- Son factores protectores si los jóvenes se sienten unidos a la escuela, si los padres esperan un alto logro académico y también si los chicos están involucrados en instituciones religiosas (trabajo, estudio, actividades juveniles).

#### Factores relacionados con el grupo de amigos

- Presiones del grupo: se ha considerado que es esto lo que desvía a un adolescente de una conducta positiva a otra negativa, pero los estudios realizados no son concluyentes. En general, el grupo lo que hace es proveer a los adolescentes necesidades y deseos similares, y es más probable que provoque protección contra un estrés que conduzca a un abuso de drogas.
  - Tener amigos consumidores de drogas, es el predictor más fuerte de consumo de drogas en el adolescente.
  - Percepción sobreestimada del consumo de otros compañeros.
- Si los jóvenes se involucran en deporte, grupos de teatro, música, etc. es menos probable que se relacionen con los que consumen drogas.

## Factores socioculturales y ambientales

- Leyes y normas sociales favorables al uso de drogas: hay que tener presente que aunque la sociedad no acepte el uso de drogas, si puede ser aceptado dentro del grupo en el cual el joven se relaciona.
- Baja percepción del riesgo por el uso de drogas: cuanto más baja sea la percepción del riesgo más se extiende el consumo. Los jóvenes que piensan que el consumo de drogas tiene efectos negativos consumen menos que los que no piensan así.
- Disponibilidad y presencia de drogas: a mayor disponibilidad, mayor consumo. La estrategia de aumentar el precio de una sustancia, se acompaña de una disminución del consumo.
- Comunidad con alto grado de privación social y económica: estas comunidades constituyen un riesgo de consumo de drogas y conductas delictivas ya que se asocia a unas pobres relaciones sociales, desempleo y educación limitada. Si la pobreza no es extrema no constituye un factor de riesgo. Además, diversos estudios han demostrado que el consumo de drogas se asocia también a disponibilidad económica.
- Una elevada movilidad (cambios de residencia, colegio, etc.) se asocia a un mayor riesgo de uso.
- Medios de comunicación: actualmente existe una exposición continua a la televisión, vídeos, películas, juegos, revistas con referencias continuas al tabaco, alcohol y drogas, sin hacer ninguna mención de los efectos secundarios. Además, su uso lo equiparan al glamour, éxito social, diversión, deporte, deseo. Es necesario enseñar a los adolescentes a ser críticos con el consumo y la publicidad engañosa.

Son factores protectores los estímulos y reconocimientos de los sistemas de apoyo social (escuela, instituciones, etc.)

## EVALUACIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA CONSULTA

*La mejor forma de identificar y diagnosticar un trastorno por uso de drogas, es realizar una completa historia clínica en un ambiente de confianza y asegurando la confidencialidad.*

La actitud del pediatra y profesional de la salud debe ser abierta, cordial, afectiva, comprensiva y tolerante, evitando el autoritarismo y los prejuicios. Esto no significa ser permisivo e inconsecuente. Es importante crear un clima de empatía para poder realizar una adecuada historia clínica y preguntar acerca de toda su vida además de sobre el uso y abuso de drogas; para ello, se debe hablar a solas con el adolescente sin la presencia de los padres (ver relación medico-paciente, la entrevista clínica y las implicaciones éticas referencia nº 7). El mejor método para identificar y diagnosticar un trastorno por uso de drogas es una adecuada historia clínica durante los exámenes periódicos de salud.

El médico debe ser honesto y demostrar interés por el paciente; esto implica tener conocimientos, los adolescentes que usan drogas se dan cuenta enseguida cuando el médico no sabe del tema.

La confidencialidad es esencial. Desde el principio, se informará al paciente que los secretos se mantendrán a excepción de que no haya peligro para su vida o la de otros, en cuyo caso, y previamente hablándolo con él, se le ayudará en la búsqueda de la mejor solución. El pediatra juega un papel muy importante haciendo de mediador con los padres y no es necesario descubrir todos los detalles del uso de drogas, se debe permitir al joven cierto control y privacidad si no quiere que se revelen ciertos aspectos. Sin embargo, el médico no debe mentir ni a los padres ni al paciente.

Cuando se identifique un problema será necesario obtener información de los padres, escuela y su entorno. Igualmente, identificar las drogas que se usan, la frecuencia de uso y las circunstancias bajo las cuales las usa para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Se empezará la evaluación, realizando una **anamnesis** completa, que se centrará en algunos aspectos que, en este caso, no se pueden pasar por alto.

*Características individuales* y su relación con su problema actual:

1. La **edad de inicio del consumo** es de gran trascendencia. Sabemos que el tabaco constituye el primer paso para el consumo de drogas. Cuanto más tarde se inicia la experimentación con

tabaco, alcohol u otras drogas, menor será el consumo de sustancias en la edad adulta, así como el paso a otras drogas. Será un serio problema cuando el inicio ocurra antes de los 15 años.

2. Los **problemas escolares**. Existe una directa relación entre éstos y el futuro consumo, en especial el escaso interés por el aprendizaje, la precoz conducta antisocial en la escuela y la posibilidad de agresividad y timidez con sus compañeros.
3. **Actividades extraescolares**, que apenas suelen desarrollar.
4. La **comunicación con sus padres** suele ser muy pobre, estando presentes las formas negativas de comunicación (críticas continuas, culpabilidad, pérdida de confianza, etc.).
5. Su **comportamiento en la infancia** ha podido estar alterado, destacando los comportamientos agresivos (más problemático si ha ocurrido entre los 5 y 7 años), la hiperactividad, los trastornos de atención o su rebeldía ante los valores sociales.
6. La **aplicación de límites inconsistentes y expectativas poco realistas del hijo**.
7. Los **problemas emocionales en la infancia** llevan implícito un mayor riesgo para el consumo de sustancias.
8. La **valoración favorable del uso de sustancias**.

La *historia familiar* puede hacer patente la existencia de un consumo de sustancias (hay una relación directa entre niveles de uso de drogas de los padres y los de los hijos), un aislamiento social de la familia u otros factores, como la separación o divorcio de los padres, la formación de nuevas parejas por parte de éstos, la muerte de uno de los padres o el desempleo.

La *información sobre sus compañeros* y la relación de éstos con el consumo de sustancias puede ser de gran interés y trascendencia. Especialmente durante la adolescencia temprana (10-13 años), la influencia de sus iguales es muy marcada. Los amigos íntimos que usan drogas se convierten en uno de los factores de riesgo más importante.

La Asociación Americana de Psiquiatría, mediante el DSM-IV, permite conocer los criterios diagnósticos para trastornos por consumo de drogas (Tabla III).

**TABLA III.**  
**Criterios**  
**diagnósticos**  
**del DSM-IV**  
**para trastornos**  
**por consumo**  
**de drogas**

**Criterios para drogadicción**

1. Consumo de drogas con patrón de funcionamiento alterado que causa deterioro o angustia clínicamente importantes, reflejados por una o más de las siguientes manifestaciones dentro de un período de 12 meses:
  - a. Consumo recurrente de drogas que genera incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, el colegio o el hogar (absentismo, suspensos o expulsiones del colegio)
  - b. Consumo recurrente de drogas en situaciones que generan riesgo físico (conducción bajo efecto de drogas)
  - c. Problemas legales recurrentes relacionados con drogas (arrestos)
  - d. Consumo persistente de drogas, a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes causados o exacerbados por los efectos del consumo de drogas (discusiones, peleas físicas)
2. Los síntomas nunca cumplieron con los criterios de drogodependencia para esta clase de droga

**Drogodependencia**

- Criterios similares a los de la drogadicción, pero con signos de desarrollo de tolerancia y síntomas de abstinencia. Además, se abandonan actividades importantes y gran parte del tiempo se invierte en actividades necesarias para obtener la droga, consumirla y recuperarse de sus efectos
- La dependencia a menudo es acompañada por un deseo persistente de disminuir el consumo de droga o de controlarlo

*Adaptado de DSM-IV, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000 (de la Asociación Americana de Psiquiatría).*

**TABLA IV.**  
**Prueba de**  
**detección de**  
**RAFFT para**  
**consumo**  
**de drogas**

- R. ¿Bebes o tomas drogas para relajarte (R), sentirte mejor contigo mismo o para integrarte?
- A. ¿Alguna vez bebes o tomas drogas si estás solo (*Alone*)?
- F. ¿Alguno de tus amigos (*Friends*) más cercanos consumen bebidas alcohólicas o drogas?
- F. ¿Algún miembro de tu familia (*Family*) cercana tiene problemas con alcohol o drogas?
- T. ¿Te has metido en problemas (*Trouble*) por consumir bebidas alcohólicas o drogas?

Conocer la prueba de detección de *rafft*, puede ser de gran interés para poder valorar el consumo de drogas en adolescentes (Tabla IV).

Con todo ello, ya se puede tener una idea de la etapa en que se encuentra el problema. La dificultad principal está en que, *a priori*, no se sabe quienes no pasarán de la experimentación o del consumo ocasional, y cuales irán más lejos.

**Las etapas del consumo**

El Dr. Donald Ian MacDonald, pediatra experto en abuso de sustancias, publicó en 1987, las etapas del consumo que se han convertido en una herramienta muy útil cuando hay que atender a un joven con esta problemática.

Si es descubierto en posesión, no reconocerá su propiedad, y mentirá al respecto. Con el uso de drogas encuentra un alivio temporal a los problemas que puedan surgir tanto en la familia, la escuela como a nivel social.

- **Etapa 2: búsqueda.** Está buscando los efectos de la droga, busca ese estado de ánimo que produce. Se siente orgulloso de ser experto, y tiene la excitación de una aventura, aunque a veces se acompaña de cierto sentido de culpabilidad.

Su consumo aumenta a 4 ó 5 veces por semana, y usa alcohol, marihuana o inhalantes. A veces llega a consumir estimulantes, tranquilizantes o alucinógenos, que son conseguidos por sus propios medios. Ya empieza a usar la droga de forma individual, sin tener que estar dentro de las actividades grupales. Se empieza a observar cierta modificación de su conducta, el rendimiento escolar es inestable y bajan las calificaciones, sufre cambios bruscos de humor, teniendo altercados con los padres, y se observa cierta tendencia al aislamiento.

- **Etapa 3: preocupación.** Llega a tener una obsesión por la sustancia que consume y por los cambios psicológicos que ocasiona. Empieza a perder el control de su vida. Sufre cambios emocionales más marcados (desde euforia a profunda depresión, pasando por las ideas suicidas). Los cambios llegan a absentismo, fracaso y abandono escolar, a cometer robos, a empezar con peleas y mentiras patológicas, llegando al distanciamiento de los amigos que no consumen drogas, y hasta a perder el empleo, si lo tiene.

El uso es diario, siendo habitual el policonsumo de sustancias, llegando al crack, la heroína o los narcóticos. En esta etapa ya se empieza a ver envuelto en la venta de drogas, llegando al comercio sexual para conseguir la dosis que desea.

- **Etapa 4: destrucción.** Ya necesita, a cualquier precio, la sustancia para no llegar al síndrome de abstinencia, físico o psicológico, pero la droga ya no le produce euforia. Con frecuencia sufren depresión y tienen sentimientos de culpa, remordimiento y ver-

- **Etapa 0: curiosidad.** El adolescente, como ser inmerso en una etapa de grandes cambios físicos, psíquicos y sociales, es una persona muy vulnerable. Siempre habrá alguien que le vaya a ofrecer alguna sustancia prohibida. Como además ha oído hablar tanto, tendrá gran curiosidad, llegando incluso a plantearse en qué grado le podría afectar. Si además, por cualquier circunstancia, su autoestima es baja y tiene gran deseo de ser aceptado por su grupo de amigos, es probable que se decida a dar ese primer paso, y no sepa decir NO. Además cuando la consume se encuentra bien y no tiene consecuencias desagradables. Hay jóvenes que lo dejarán aquí y no volverán a consumirla.
- **Etapa 1: aprendizaje.** El consumo tiene lugar dentro de las actividades del grupo, y su presión va a ser muy importante para que siga consumiendo. Está experimentando, preferentemente durante los fines de semana. Aprende los cambios de humor inducidos por el uso de alcohol y otras drogas. Al usar la sustancia tiene distintas situaciones que mayoritariamente pasan por ser positivas y unas pocas adversas. Sobre todo usa tabaco, alcohol y marihuana.

**TABLA V.**  
Signos físicos de consumo de ciertas sustancias ilícitas

Signos físicos	Drogas de adicción
Taquicardia	Anfetaminas, cocaína, marihuana
Hipertensión	Anfetaminas, cocaína, fenciclina
Miosis puntiforme	Heroína, morfina, otros opiáceos
Respuesta pupilar lenta	Barbitúricos
Irritación/ulceración de mucosa nasal	Cocaína y heroína intranasales, inhalación de pegamentos
Cicatrices cutáneas	Consumo intravenoso
Necrosis de grasa subcutánea	Consumo intravenoso e intradérmico
Tatuajes en la fosa antecubital	Consumo intravenoso
Abscesos cutáneos y celulitis	Consumo intravenoso e intradérmico
Ictericia	Consumo intravenoso

güenza. El deterioro afecta a su salud física y mental, y el abuso amenaza su vida, y los cambios que sufre irán en relación con la sustancia y la frecuencia de consumo. El uso es diario, y la sobredosis, usual.

"Cuanto antes se intervenga en estas etapas, habrá mayores oportunidades de recuperación".

### Conceptos a tener en cuenta

- **Uso:** es un consumo esporádico, sin llegar a afectar a su vida familiar, escolar, laboral o a sus relaciones sociales, y pudiéndose llegar al abandono si se desea.
- **Abuso:** es el uso excesivo de una droga cuando se consume regularmente. Afecta al rendimiento escolar, al trabajo, o a sus relaciones familiares y sociales. Casi sin darse cuenta, el consumidor puede convertirse en adicto. En esta etapa, debe plantearse lo que está pasando y buscar ayuda.
- **Intoxicación:** es el estado patológico provocado por la acción de las drogas.
- **Adicción:** según la OMS es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, así como por tener unas consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.
- **Tolerancia:** es la necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado, teniendo un efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia y manteniendo el consumo de esa sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase) a fin de evitar los síntomas de abstinencia.
- **Dependencia:** es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de drogas adquiere la máxima prioridad para el individuo, su deseo de consumo. Para la *American Psychiatric Association* (1994), es un patrón mal adaptado de abuso de una sus-

tancia, que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico. Ha de presentar, durante un período de 12 meses, al menos tres de los siguientes factores:

1. Tolerancia.
  2. Abstinencia.
  3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante períodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente.
  4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.
  5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, su consumo o la recuperación de sus efectos.
  6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativa derivadas del uso de la sustancia.
  7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia.
- **Abstinencia:** es el conjunto de síntomas que se presentan cuando se deja de tomar, total o parcialmente, una sustancia que se ha ido consumiendo de forma reiterada, prolongada y a dosis elevadas.

### LA VALORACIÓN CLÍNICA

*Varios signos clínicos pueden hacer sospechar un abuso de drogas.*

Aunque en Atención Primaria lo más importante para establecer el diagnósti-

co del uso y abuso de sustancias es la historia clínica, llegado el momento de la valoración clínica, debemos conocer algunos **signos físicos** que son frecuentes en el usuario de drogas, bien es verdad que unos en un estadio y otros en otro y que podemos consultar en la tabla V.

Hay otras **actitudes habituales** en los consumidores que son dignas de tener en cuenta, como su negligencia en el vestir y el fuerte olor corporal, los cambios súbitos de humor y de personalidad y la falta de interés, la baja autoestima y la depresión.

En la **exploración física** se pueden encontrar otra serie de signos y síntomas clínicos, que también variarán según la sustancia que se consuma y la etapa de consumo en que se encuentre el paciente.

En el tracto respiratorio destacan: tos crónica, halitosis, rinorrea, epistaxis, sinusitis y bronquitis frecuentes. Los ojos están inyectados.

A nivel digestivo, puede haber dolor abdominal, pérdida de peso, anorexia, náuseas, vómitos, hepatomegalia o úlceras digestivas.

En la piel se podrán ver hematomas y lesiones cutáneas (tatuajes por las agujas de las inyecciones).

A nivel cardiovascular: hipertensión arterial, taquicardia y dolor precordial.

Desde el punto de vista neurológico habrá que valorar la debilidad, la hipotonía y la pérdida de energía. Hay trastornos del sueño, pérdida de memoria, falta de atención, irritabilidad, temblores, así como desorientación, confusión, falta de sentido común, alucinaciones, depresión o intento de suicidio.

Las infecciones más frecuentes son las provocadas por el virus HIV y/o hepa-

**TABLA VI.**  
Indicios clínicos de abuso crónico de drogas en adolescentes

Datos físicos	Hábitos personales	Aspectos académicos	Aspectos de conducta
Pérdida de peso	Uso gotas oculares	Alt. de la memoria	Riesgo
Hipertensión arterial	Alteraciones sueño	Juicio inadecuado	Oscilaciones estado ánimo
Enrojecimiento ojos	Alteraciones apetito	Falta a clase	Depresión
Irritación nasal	Menos higiene	Fallo rendimiento escolar	Reacciones de pánico
Resfriado/alergia	Cambio forma de vestir	Problemas con profesores	Psicosis agudas
Ronquera	Pérdida interés	Expulsión escolar	Paranoia
Tos crónica	Nuevos amigos		Problemas con compañeros
Hemoptisis	Nuevos intereses		Problemas con familia
Dolor retroesternal	Nuevos gustos musicales		Robos
Dific. respiración			Promiscuidad
Hepatomegalia			Problemas legales
Huellas de inyecciones			

**TABLA VII.**  
Duración aproximada de la detección de algunas drogas en orina

Drogas	Tiempo de detección
Alcohol etílico	7- 12 horas
Anfetamina y metaanfetamina	48 horas
Barbitúricos:	
Acción corta –p. ej.: secobarbital–	24 horas
Acción intermedia –p. ej.: butabarbital–	2-3 días
Acción prologada –p. ej.: fenobarbital–	2-3 semanas
Benzodiacepinas	72 horas
Cannabis: dosis única	3 días
Cannabis: consumo moderado (3/sem)	5 días
Cannabis: consumo importante (6/sem)	10 días
Cannabis: consumo importante crónico	21-27 días
Cocaína	2-3 días
Fenciclidina	3-8 días
Heroína	2-3 días
Morfina	3 días
Metanfetamina	2 días
Metadona	3 días
Metacualona	7 días

titis B, debido a las agujas contaminadas o secundarias a una actividad sexual desprotegida.

Si el joven abusa de forma crónica, habría que conocer además de los datos físicos, sus hábitos personales, así como los aspectos académicos y conductuales o psicológicos, que podemos leer en la tabla VI.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

*El uso de determinadas pruebas complementarias no será rutinario, y se*

*realizará con el conocimiento y consentimiento del joven.*

Ante la decisión de solicitar alguna prueba complementaria, hay que conocer la utilidad de los tests de detección de metabolitos de drogas en orina. Un “negativo” no excluye la posibilidad de uso de drogas, y puede haber falsos “positivos”, más frecuentes cuando más rápidos y más baratos son los reactivos. Estos tests no aportan nada acerca de la frecuencia del consumo, del daño que está ocasio-

nando, ni de la posibilidad de dependencia de la sustancia.

El test de orina debe realizarse con el conocimiento y consentimiento del joven y no debe ser rutinario, sino cuando exista una razonable sospecha de que el adolescente está usando drogas que ponen en peligro su vida y no lo admite.

Los padres, en ocasiones, acuden al médico para que este realice un test urinario para drogas sin el consentimiento del joven. Deben conocer que esto no es ético y se pone en peligro la relación médico-paciente; la obligación del médico será averiguar porqué están preocupados los padres y ofrecer una evaluación del paciente. La Academia Americana de Pediatría en 1996 estableció que “no es apropiado realizar un test involuntario en adolescentes con capacidad de decisión, incluso con el consentimiento de los padres y debe ser realizado sólo si hay fuertes razones médicas o legales”. Los tests pueden ser de ayuda para controlar el tratamiento y prevenir las recaídas de los adolescentes que abusan de drogas. También para el diagnóstico en jóvenes con estado mental alterado.

En la actualidad, se disponen de varios sistemas de detección rápida de drogas en orina, que están basados en técnicas de inmunoensayo. Unos son capaces de determinar 5 drogas (marihuana, cocaína, amfetamina, opiáceos, metanfetamina), otros 3, 4 ó 6, que se utilizarán en función de la sustancia que se busque. Su uso es sencillo (lectura o ausencia de bandas, con banda control), siendo importante conocer que la toma de muestra no ha podido ser manipulada.

Hay que conocer durante cuanto tiempo se detectan las sustancias en orina (Tabla VII), teniendo en cuenta que puede influir el metabolismo y la vida media de la droga, el estado físico del paciente, el equilibrio hídrico y su estado de hidratación, así como la vía y frecuencia de administración.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS AL USO DE DROGAS

En función del tipo de sustancia que el joven consuma, el efecto que produce, las consecuencias o efectos secundarios, el síndrome de abstinencia, así como los signos clínicos de sospecha variarán de una a otra. Ver tabla VIII.



**TABLA VIII.**  
Efectos secundarios al uso de drogas

<i>Droga</i>	<i>Efecto que se busca o produce</i>	<i>Efectos secundarios</i>	<i>Síndrome de abstinencia</i>	<i>Signos de sospecha para el clínico</i>
<p><b>Tabaco</b></p> <p>Sustancia altamente adictiva. La adicción aparece a los 2 años reiniciado el hábito tabáquico</p> <p>Causa más prevenible de enfermedad y muerte en el mundo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer, relajación</li> <li>• Reducción de la ansiedad y del estrés</li> <li>• Disminución del hambre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de las infecciones respiratorias. ATC</li> <li>• Aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, laringe, órganos digestivos y aparato urinario</li> <li>• El calor producido por la combustión del cigarrillo tiene efectos nocivos sobre la mucosa oral</li> <li>• Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de tener un hijo de bajo peso, un parto prematuro o una muerte perinatal</li> <li>• Ser hijos de padres fumadores eleva su posibilidad de sufrir patología respiratoria y sus complicaciones</li> <li>• Si se masca puede originar cáncer oral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Sopor</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Cansancio</li> <li>• Dificultad de concentración</li> <li>• Aumento de apetito</li> <li>• Vértigos</li> <li>• Impaciencia</li> <li>• Confusión</li> <li>• Disminución de la capacidad de concentración</li> <li>• Al dejar de fumar se gana peso</li> <li>• Posibilidad de padecer cefaleas</li> </ul>	<p>Los relacionados con los efectos secundarios</p>
<p><b>Alcohol</b></p> <p>Droga más usada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia</li> <li>• Desinhibición</li> <li>• Relajación</li> <li>• Disminuye el dolor y la ansiedad</li> <li>• Altera la atención y el rendimiento intelectual</li> <li>• Alteración de la visión y de la percepción</li> <li>• Lenguaje confuso</li> <li>• Trastornos de la coordinación</li> <li>• Torpeza psicomotriz</li> <li>• Confusión mental y desorientación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparato digestivo: inflamaciones, úlceras, degeneraciones</li> <li>• Aparato circulatorio: infartos, arteriosclerosis</li> <li>• Sistema nervioso: demencia, delirios, cefalea, pérdida de memoria</li> <li>• Alto riesgo de accidentes, si va unido a conducción</li> <li>• Dificultades del desarrollo en el plano educativo o en el área emocional</li> <li>• Durante el embarazo puede presentar el síndrome alcohólico-fetal</li> <li>• Efectos carcinogénicos a nivel de esófago boca, garganta y laringe, zona colorrectal, hígado y mama</li> </ul>	<p>La dependencia física es la causante de que, ante la interrupción del consumo de bebidas alcohólicas, se produzca la aparición del síndrome de abstinencia, generalmente conocido como <i>delirium tremens</i></p> <p>Nerviosismo y temblores</p>	<p>Fetor etílico, inyección conjuntival, disartria, ataxia</p> <p>Los relacionados con los efectos secundarios</p>

**TABLA VIII.**  
**(continuación)**

<i>Droga</i>	<i>Efecto que se busca o produce</i>	<i>Efectos secundarios</i>	<i>Síndrome de abstinencia</i>	<i>Signos de sospecha para el clínico</i>
<p><b>Cannabis</b></p> <p>Derivadas de la planta del cáñamo, <i>Cannabis sativa</i></p> <p>La <b>marihuana</b> es la preparación que tienen hojas y unidades florales no privadas de resina</p> <p>La resina del cannabis es conocida como <b>hachís</b></p> <p>Nombres: porro, petardo, costo, canuto, chocolate, china, ful</p> <p><b>THC</b> (tetrahydrocannabinol) es la sustancia que induce alteraciones psíquicas. Actualmente la concentración es mayor que la de los años 70</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia suave</li> <li>• Bienestar</li> <li>• Relajación</li> <li>• Sensación de flotación</li> <li>• Agudización perceptual (auditiva y visual)</li> <li>• Efecto desinhibitorio</li> <li>• Alteración de la dimensión del tiempo y espacio</li> <li>• Al tomarla en compañía se tiende a la locuacidad y la risa espontánea</li> <li>• Enrojecimiento de ojos</li> <li>• Gran productividad de fantasías</li> <li>• Aceleración de las ideas</li> <li>• Disminución de la coordinación corporal</li> <li>• Pierde interés hasta por el arreglo personal</li> <li>• Pánico, agresividad</li> <li>• Inhibe el deseo y la potencia sexual</li> <li>• Es broncodilatadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome amotivacional, con pérdida de energía, apatía, ausencia de ambición, falta de eficacia e incapacidad de llevar adelante proyectos a largo plazo</li> <li>• Disminución de los tiempos de reacción a estímulos visuales o auditivos</li> <li>• Lentificación de las respuestas motoras, y disminución de la fuerza muscular</li> <li>• Dilatación de las pupilas</li> <li>• Sequedad de la boca</li> <li>• Aumento del apetito</li> <li>• Somnolencia (al final de la ingestión)</li> <li>• Disminución de la memoria inmediata, de la capacidad de concentración y atención, con disminución en el rendimiento del trabajo y/o el estudio</li> <li>• El humo puede provocar bronquitis, asma, sinusitis y cáncer pulmonar</li> <li>• En los hombres disminuye la producción de espermatozoides y en las mujeres disminuye el número de menstruaciones y provoca fallos de ovulación</li> <li>• Riesgo de psicosis y otras alteraciones mentales</li> <li>• Hostilidad y comportamiento sumamente abusivo hacia otras personas o a sí mismo</li> <li>• Dificultad para ordenar de forma lógica una tarea sencilla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Deseo insaciable de droga</li> <li>• Síndrome de supresión, lo cual lo desanima y no tiene ganas de hacer nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia</li> <li>• Dilatación pupilar</li> <li>• Inyección conjuntival</li> <li>• Apatía</li> <li>• Ataques de pánico</li> </ul>
<p><b>Anfetaminas</b></p> <p>Derivado químico y estimulante del SNC</p> <p>Gran poder de adicción y alta dependencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia</li> <li>• Mayor capacidad de concentración y aumento del rendimiento mental</li> <li>• Disminuye el apetito</li> <li>• Provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga</li> <li>• En dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad</li> </ul>	<p>En intoxicación parcial: temblor irritabilidad, agresividad, insomnio, hiperreflexia, impaciencia, sudoración, midriasis o rubor. El consumo crónico se acompaña de pérdida de peso, agitación y paranoia, delirios, alucinaciones y crisis de pánico, falta de atención y concentración, insomnio, cambios de humor, depresiones, desconfianza y delirios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somnolencia y fatiga</li> <li>• Depresión, apatía</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Intranquilidad</li> <li>• Deseo insaciable de droga</li> <li>• Crisis afectivas</li> <li>• Riesgo de suicidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midriasis</li> <li>• Hiperreflexia</li> <li>• Depresión</li> <li>• Pérdida de peso</li> </ul>

**TABLA VIII.**  
**(continuación)**

<i>Droga</i>	<i>Efecto que se busca o produce</i>	<i>Efectos secundarios</i>	<i>Síndrome de abstinencia</i>	<i>Signos de sospecha para el clínico</i>
<b>De diseño</b>				
<p><b>Éxtasis</b></p> <p>Pueden ser sintetizadas químicamente en laboratorios clandestinos, lo que dificulta el control de las autoridades</p> <p>Se ofrecen en forma de pastillas inofensivas en los lugares de ocio juvenil</p> <p>MDMA = metilendioxi-metanfetamina. "Adán"</p> <p>MDA = metilendioxi Anfetamina "droga del amor"</p> <p>MDEA = metilendioxi-etilamfetamina. "Eva"</p> <p>DOM = dimetoxi amfetamina. Droga STP: serenidad, tranquilidad, paz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción estimulante del SNC</li> <li>• Producen euforia, alucinaciones, quitan hambre y cansancio</li> <li>• El "subidón", el gran efecto esperado, suele darse a los 15 minutos de la ingesta, siendo el inicio y mantenimiento de los efectos de la droga (insomnio, inhibición de la fatiga, hiperactividad)</li> <li>• El "bajón" llega en el momento de cesar el efecto de la droga, y ocurre entre las 3 y 6 horas posteriores a la ingesta (resaca, somnolencia, estado de ánimo depresivo, irritabilidad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Confusión</li> <li>• Temblores</li> <li>• Agresividad</li> <li>• Aumento de la temperatura corporal</li> <li>• Convulsiones</li> <li>• Respuestas psicóticas, depresivas, psicopáticas con intentos de autolisis</li> <li>• Alcohol y éxtasis puede llevar al "golpe de calor" en que el consumidor deja de sudar, no orina, el pulso es rápido (taquicardia), siente mareos, vómitos, calambres, cansancio, nerviosismo. Por este motivo sólo toman agua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agotamiento</li> <li>• Sueño irresistible durante el día</li> <li>• Insomnio durante la noche</li> <li>• Demencia</li> <li>• Parkinson</li> <li>• Apoplejía</li> <li>• Muerte por insuficiencia hepática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión</li> <li>• Edema pulmonar</li> <li>• Trombosis venosa cerebral</li> <li>• Insuficiencia hepática aguda (necrosis y muerte celular)</li> <li>• Fallo renal agudo</li> <li>• Trastornos del ritmo cardiaco</li> <li>• Dolor precordial</li> <li>• Convulsiones</li> <li>• Trastornos psicóticos agudos o paranoicos</li> <li>• Accidentes por exceso de confianza</li> </ul>
<b>Éxtasis líquido</b>				
<p>El GHB, metabolito del GABA (ácido gamma hidroxí butírico), es una sustancia que fue utilizada como anestésico, se consume como estimulante</p> <p>De "química casera", que es muy popular en adolescentes</p> <p>Las "recetas" se encuentran en Internet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación, mareo, tranquilidad y somnolencia</li> <li>• Los efectos aparecen al cabo de cinco o diez minutos de la ingestión y habitualmente se prolongan de una hora y media a tres horas</li> <li>• Depresión del SNC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vómitos, hipotermia, bradicardia, hipotonía, temblor, mioclonias, agitación, somnolencia, coma, depresión respiratoria, apnea y fallecimiento</li> <li>• Causa relajación muscular</li> <li>• Cuando las dosis alcanzan 50-70 mg/kg, produce un estado hipnótico y puede causar bradicardia, náusea, vómitos, bradipnea y respiración tipo <i>cheyne-stokes</i></li> <li>• Dosis más altas aumentan la depresión cardiopulmonar y comportan el riesgo de mioclonias y actividad epileptógena</li> </ul>	<p>Taquicardia, hipertensión, ansiedad e insomnio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La midriasis es un dato muy frecuente</li> <li>• Vómitos, bradicardia y depresión</li> <li>• Se puede dar desde una pérdida de conciencia superficial de unos minutos, a un coma profundo</li> <li>• Hay que tenerlo presente en pacientes menores de 30 años que acuden a urgencia por coma</li> <li>• El lavado gástrico y la administración de carbón activado carecen de interés, pues el GHB se absorbe rápidamente, en 10-15 minutos</li> <li>• Se recuperan en poco tiempo sin presentar secuelas</li> </ul>

.../...

**TABLA VIII.**  
**(continuación)**

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico
<p><b>Opiáceos</b></p> <p>La heroína, la morfina y la codeína son semisintéticos</p> <p>La metadona y la meperidina sintéticos</p> <p>Son alcaloides del opio (jugo extraído por incisión de las cápsulas inmaduras del <i>Papaver somniferum</i>) y diferentes sustancias sintéticas y semisintéticas caracterizados por sus efectos analgésicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es depresor del sistema nervioso central (SNC) y es relajante. En un principio produce una sensación de intenso placer y euforia, seguido de apatía y somnolencia</li> <li>• Elimina dolor, hambre y ansiedad. Induce el sueño, disminuyendo el estado de alerta y el funcionamiento mental</li> <li>• Tras un período de consumo, la sensación es de estar en un sueño alejado de todo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por VIH (SIDA), hepatitis, alteraciones de la nutrición, obstétricas y ginecológicas</li> <li>• Trastornos de memoria y atención, insomnio, pérdida de motivación, disminución del deseo sexual, estados confusos, inseguridad, apatía, depresión, deterioro de la personalidad, desadaptación social, sobredosis e intentos de suicidio</li> <li>• Falta de apetito y estreñimiento, hipotensión; enlentecimiento de la respiración y pérdida de sensibilidad al dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de abstinencia muy grave</li> <li>• Deseo de usar la droga, agitación, dolores a nivel muscular y óseo, insomnio, diarrea y vómitos, escalofríos, movimientos en forma de patadas (<i>kicking the habit</i>)</li> <li>• Alcanzan su punto máximo de 48-72 horas después de la última dosis y se calman después de una semana más o menos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar zonas de punción</li> <li>• Pupilas dilatadas, lagrimeo, sudoración, escalofríos, diarrea, convulsiones e insomnio</li> </ul>
<p><b>Cocaína</b></p> <p>Extraído de las hojas del arbusto de la coca (<i>Erythroxylon coca</i>), que posee más de 14 alcaloides, y el principal es la cocaína</p> <p>Es una de las drogas más adictivas</p> <p>Clorhidrato: esnifada o inyectable; nieve, harina, perico</p> <p>Sulfato: basuko o bazooka; se fuma o inhala</p> <p>Cocaína base o crack; al calentarla se inhala o se fuma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulante del SNC</li> <li>• Puede provocar excitación, agitación, impulsividad y agresividad. Disminuye la fatiga, sueño y apetito</li> <li>• Produce vivencias de bienestar</li> <li>• A altas dosis provoca una excitación eufórica (de sólo unos minutos) y experiencias alucinatorias. Se siente una enorme energía y no se cansa; puede mantenerse despierto o trabajar durante largo tiempo</li> <li>• Tomada por vía oral, dura un par de horas. Absorbida por la nariz en forma de polvo, el efecto dura de 20 a 40 minutos. Inyectada en vena, dura de 10-15 min, experimentándose un efecto muy intenso</li> <li>• Tras ese éxtasis artificial, se cae en una depresión instantánea, que dura hasta 40 min, por la privación de la droga. Ese ciclo de adicción empuja a buscar con intensidad y frecuencia más droga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los consumidores habituales se pueden dar cambios en el carácter, irritabilidad, impaciencia, depresión, alteración de memoria y en el sueño (insomnio y/o sueño excesivo), pérdida de interés en el estudio, aficiones, deporte y familia, y en general, de las actividades sociales. Los síntomas más severos son la paranoia, las ideas de suicidio y la violencia</li> <li>• Entre otras alteraciones se pueden encontrar infartos, hipertensión, hemorragias cerebrales, delirios, agitación, insomnio, irritabilidad, depresión de rebote</li> <li>• El uso durante el embarazo se ha asociado a un aumento en el riesgo de aborto o de abrupto placenta, y el síndrome de abstinencia en los recién nacidos</li> </ul>	<p>Depresión, apatía, somnolencia, nerviosismo y el deseo insaciable de droga dolores musculares, intranquilidad y crisis afectivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación de las pupilas, elevación del pulso y de la temperatura</li> <li>• Latidos irregulares del corazón, deficiencia cardíaca y ataque cardíaco</li> <li>• Modificaciones en el comportamiento sexual, como disfunción sexual</li> <li>• Pérdida del olfato, irritación y sangrado nasal, náusea y dolor de cabeza</li> <li>• En el bebé de madres consumidoras: bajo peso al nacer, deterioro visual, problemas de retraso mental y malformaciones</li> </ul>

**TABLA VIII.**  
**(continuación)**

Droga	Efecto que se busca o produce	Efectos secundarios	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico	
<b>Cocaína</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El efecto posterior incluye depresión, miedo, pánico y sentimiento de desesperanza</li> <li>• Los efectos inmediatos (15 a 30 min) buscados son: euforia, falta de apetito, reducción del cansancio, claridad mental, desinhibición e hiperestimulación general</li> <li>• Trastorno de las relaciones sexuales normales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En función de la vía de administración se puede encontrar: por vía intranasal, rinorrea, dolor a nivel de senos nasales, irritación, congestión, dolor o lesión en tabique nasal o hemorragia nasal. Los fumadores experimentan sibilancias y odinofagia. La vía parenteral puede producir cefalea y aceleración del ritmo cardíaco, así como tener riesgo de contagio de SIDA y hepatitis B</li> </ul>	Síndrome de abstinencia	Signos de sospecha para el clínico	
<b>Inhalantes</b>	<p>Llamada droga de los pobres, de fácil adquisición (pegamentos, disolventes, gasolinas, spray, lacas de uñas, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Euforia, regocijo, delirio y alucinaciones. Va seguido de somnolencia, desinhibición, aturdimiento, y agitación</li> <li>• Si se inhalase suficiente cantidad, casi todos los disolventes y gases producen anestesia, una pérdida de sensación y pueden conducir a un estado inconsciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas, vómitos. Ilusiones, alucinaciones o apatía, juicio deteriorado, mareo, somnolencia, diplopia, balbuceo, letargo, reflejos deprimidos, debilidad muscular general y estupor</li> <li>• Embriaguez, aislamiento de la realidad, despreocupación y alegría</li> <li>• A dosis mayores se observan conductas de desinhibición, pérdida de control, alucinaciones y delirios</li> <li>• Tener en cuenta que según su composición los efectos colaterales pueden variar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los síndromes de abstinencia son raros</li> <li>• La retirada ocasiona desde irritabilidad, agitación y aumento en la frecuencia cardíaca, hasta cuadros de temblores, alucinaciones, dolores de cabeza, dolores abdominales y <i>delirium tremens</i></li> <li>• Generen o no dependencia física, está plenamente comprobado que los solventes industriales causan una severa dependencia psicológica junto con una amplia variedad de efectos tóxicos y neurodegenerativos</li> <li>• El abuso prolongado de inhalantes puede causar el uso compulsivo y llevar a un leve síndrome de abstinencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El abuso de inhalantes durante largo tiempo puede traer consigo pérdida de peso, debilidad muscular, desorientación, falta de atención y coordinación, irritabilidad y depresión</li> </ul>
<b>Alucinógenos</b>	<p>Los más consumidos son los derivados del indol, y la droga tipo es el LSD (derivado semisintético de uno de los alcaloides de un hongo, cornezuelo del centeno)</p> <p>Mescalina: principio activo obtenido de un cactus que crece en México, llamado peyote</p> <p>Psilocibina: procede de ciertos hongos de México y América central</p> <p>Suelen aparecer en tripsis o en gota sobre un terrón de azúcar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el estado anímico, con sensación de reposo mental y psíquico, de aislamiento y de ligereza y levitación</li> <li>• Deformaciones de la realidad (música, colores, etc.) acompañadas de ideas delirantes</li> <li>• También depresión, ansiedad, alucinaciones visuales, ideas delirantes, reacciones de pánico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientación temporal y espacial, reacciones de pánico que si perduran durante mucho tiempo, se experimenta confusión, ansiedad, sentimientos de necesidad de ayuda y pérdida de control. Esta situación provoca una necesidad de huida que a veces puede ser fatal (precipitación al vacío, correr y ser atropellado, etc.)</li> </ul>	<p>Durante los períodos de abstinencia normalmente no se observan trastornos especiales, ya que se ha visto que no provocan dependencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mareos, náuseas y vómitos</li> <li>• Escalofríos e hipertermia</li> <li>• Midriasis</li> <li>• Taquicardia, hipertensión</li> <li>• Hiperglicemia</li> <li>• Temblor</li> <li>• Hiperreflexia, cefalea</li> <li>• Temblores, aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial</li> </ul>

.../...

**TABLA VIII.**  
**(continuación)**

<i>Droga</i>	<i>Efecto que se busca o produce</i>	<i>Efectos secundarios</i>	<i>Síndrome de abstinencia</i>	<i>Signos de sospecha para el clínico</i>
<b>Alucinógenos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El LSD puede ocasionar lo que se conoce como <i>flash-back</i>, que consiste en revivir de nuevo los efectos y sensaciones (el mismo viaje) sin que exista un nuevo consumo</li> <li>• La mezcla con otras drogas depresoras (tranquilizantes, somníferos, alcohol) incrementa peligrosamente el riesgo de muerte por sobredosis</li> </ul>		
<b>Fármacos</b> Barbitúricos, tranquilizantes, hipnóticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranquilizan, calman la excitación nerviosa y dan sueño</li> <li>• Depresión del SNC</li> <li>• Produce desde sedación hasta anestesia general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones neurológicas: temblores, vértigo</li> <li>• Alteraciones mentales: irritabilidad, depresión, deterioro psicológico general</li> <li>• Somnolencia, alteraciones del habla, disminución del período de atención, así como labilidad emocional, nistagmus y ataxia</li> <li>• En el recién nacido de madre adicta se presenta el síndrome de abstinencia, habiéndose descrito anomalías fetales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excitación nerviosa, náuseas, vómitos, convulsiones y manifestaciones de terror</li> <li>• Insomnio, hiperreflexia, hipertermia o síndrome confusional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcha inestable</li> <li>• Disartria</li> <li>• Nistagmus</li> <li>• Depresión respiratoria</li> <li>• Falla hemodinámica (livideces, escarificación, eritemas en zonas de apoyo)</li> <li>• Hipotermia</li> <li>• Coma/estupor</li> <li>• Hay que intentar saber la dosificación del tóxico en sangre (barbitemia) y orina (barbituria)</li> <li>• El EEG diario, es de valor pronóstico ya que la reaparición de actividad eléctrica precede los primeros síntomas de recuperación</li> </ul>

## TRATAMIENTO

*El tratamiento del consumo de drogas es multidisciplinar y dependerá de la etapa del consumo, del apoyo familiar con que cuenta el joven y de la experiencia del profesional.*

### ¿Dónde se puede atender al adolescente?

En función de la etapa de consumo, de la familia y de la experiencia del profesional, el consumidor va a poder ser atendido en:

- **1er nivel: Atención Primaria.** En este nivel va a poder ser atendido cuando

el uso de sustancias sea ocasional y el cuadro psicopatológico que presente no sea significativo, y siempre que siga desarrollando con normalidad las actividades educacionales, familiares, sociales o vocacionales, y mientras vaya progresando razonablemente en sus tareas y no tenga conducta antisocial alguna.

Para esta atención, hace falta que el profesional sanitario tenga suficientes conocimientos en el tratamiento del uso y experimentación con drogas.

- **2º nivel: servicio especializado.** Pasarán a ese siguiente nivel cuando en Atención Primaria no haya sanitarios con experiencia, o si el abuso de drogas es notable. También, se atenderá aquí cuando los problemas psicopatológicos ya requieren evaluación y tratamiento, o haya un desarrollo anormal de sus actividades educacionales, familiares sociales o vocacionales. De la misma forma, cuando se plantea el paso a un nivel superior.
- **3er nivel: ingresado con programa de drogadicción.** Cuando el abuso

**TABLA IX.**  
Consumo de drogas por adolescentes. Criterios para los niveles de intervención adaptada de la sociedad americana de la adicción

<i>Criterios</i>	<i>Nivel 0,5 Intervención temprana</i>	<i>Nivel 1 Tratamiento ambulatorio</i>	<i>Nivel 2 Tratamiento ambulatorio intensivo</i>	<i>Nivel 3 Tratamiento hospitalario intensivo control por médicos</i>	<i>Nivel 4 Tratamiento hospitalario intensivo administrado por médicos</i>
Intoxicación aguda y/o síndrome de abstinencia	No riesgo de síndrome de abstinencia	No riesgo de síndrome de abstinencia	No síntomas claros de síndrome de abstinencia	Riesgo de síndrome de abstinencia	Grave riesgo de síndrome de abstinencia
Trastornos/ complicaciones biomédicas	Ninguna o muy estable	Ninguna o muy estable	Ninguna, si la hay no afecta al tratamiento	Requiere control médico pero no tratamiento intensivo	Atención médica y de enfermería las 24 horas
Trastornos/ complicaciones emocionales y del comportamiento	Ninguna o muy estable	Ninguno o posible de tratar en contexto ambulatorio	Gravedad leve. Puede afectar la recuperación	Gravedad moderada. Requiere contexto estructurado 24 horas	Graves problemas que requieren atención psiquiátrica 24 horas y tratar la adicción
Aceptación/ resistencia al tratamiento	Dispuesto a entender que el consumo actual puede afectar sus metas	Dispuesto a cooperar, pero necesita motivación y control	Resistencia, necesita programa estructurado que puede ser ambulatorio	Gran resistencia a pesar de efectos (-). Estrategias fuertes de motivación, estructurado 24 horas	Los problemas no califican al paciente para tratamiento del nivel 4
Recaída/potencial para el consumo persistente	Necesita reconocer el consumo actual y actitudes para modificarlo	Puede mantener la abstinencia y recuperación con mínimo apoyo	Intensificación de síntomas de adicción > Probabilidad de recaída sin control y apoyo estricto	Imposible controlar el consumo con programa. Necesita estructura 24 horas	Los problemas no califican al paciente para tratamiento del nivel 4
Ambiente para la recuperación	El apoyo social aumenta el riesgo de conflicto para el consumo	Apoyo del ambiente y/o el paciente tiene aptitudes para enfrentarse	Ambiente no apoya pero el paciente es capaz enfrentarse a la situación	Ambiente peligroso. Exige apartar al paciente. Dificultad para el tratamiento ambulatorio	Los problemas no califican al paciente para tratamiento del nivel 4

de drogas es compulsivo, la conducta antisocial persiste y se ha fracasado en nivel anterior, habrá que atender al joven en un programa específico. Ya se observa un peligro inminente para la salud física o mental, y sus alteraciones psicopatológicas precisan controles de conducta y/o medicación.

## LA INTERVENCIÓN

Un primer paso se apoya en la firme intervención de los padres para que el adolescente ponga fin al uso de la sustancia. "Cualquier forma de tratamiento es mejor que ninguna". En general, el tratamiento será plural, incluyendo terapia individual, grupal y familiar, además del tratamiento psicofarmacológico. Puede establecerse un contrato entre el médico, el paciente y la familia para definir las reglas y pasos a seguir.

La intensidad del tratamiento va a ir en función de la severidad del problema. Puede ser útil y eficaz la participación

de un profesional sanitario próximo a la familia y con influencia sobre el chico o chica.

El lugar del tratamiento va a depender de la familia y el adolescente; por ejemplo, si el joven vive con familias estables podría ser suficiente, en principio, la consulta ambulatoria a cargo de profesionales especializados. Si vive en hogares en que prevalezca el consumo de alcohol u otras drogas, hay que separarlo de ese ambiente, y entonces entraría en un programa de internamiento en instituciones de rehabilitación. Los adolescentes farmacodependientes, y que no responden pronto al tratamiento, hay que remitirlos a programas más especializados. Aquellos que se encuentren en peligro físico o psicológico, o aquellos que tienen un uso compulsivo de drogas, no quedará más remedio que internarlos.

Los programas con éxito pasan por la abstinencia total, la participación familiar y la presencia de profesionales especializados.

El objetivo del tratamiento, además de la abstinencia total, será la reintegración de actitudes, valores y comportamientos socializantes, tanto a nivel familiar, como académico y vocacional.

La Sociedad Americana de Medicina de Adicciones (ASAM) ha difundido unas normas de actuación en base a 6 criterios (Tabla IX). Estos criterios describen entidades y complicaciones (médicas, emocionales, del comportamiento y ambientales) que determinan el éxito con el que se recuperará un adolescente en tratamiento por drogadicción.

## PREVENCIÓN

*El mejor tratamiento para el abuso de sustancias es la prevención.*

La prevención se realizará durante los controles periódicos de salud y trabajando en los diferentes entornos sociales. Desde la visita prenatal, revisando la historia familiar y dando adecuados consejos a los padres. En la infancia temprana

donde los padres deben hacer de modelos y hablar con sus hijos sobre los medios de comunicación y las drogas. En la edad escolar, además de información se les debe enseñar a contrarrestar la presión de los amigos. En la infancia tardía e inicio de la adolescencia, es cuando comienza la experimentación y el pediatra debe hablar e investigar de forma confidencial sobre estos temas. Si se observa que hay experiencia con las drogas deberá determinarse el grado de afectación para una apropiada intervención.

Antes de preocuparse por el uso de drogas de los adolescentes, hay que preocuparse por los adolescentes. Cuanto mayor es el déficit de los factores de protección y mayores los factores de riesgo que enfrenta al joven, mayor es la posibilidad de que el agente agresor (droga) entre en acción. Por ello, la labor más intensa habrá que hacerla analizando las situaciones de riesgo a las que se va a tener que enfrentar en un momento determinado, y promocionando los factores protectores suficientes para ese instante. Además de la población de riesgo, se va a tener que prevenir a nivel de la familia, de la escuela o de la sociedad (instituciones, etc.).

La familia es un marco único para educar desde el nacimiento a sus hijos en valores y protección, aprovechando la convivencia y el ejemplo diario. El Dr. Robert Du Pont, ex director del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de EUA, ha publicado las "diez reglas para la prevención en consumo de sustancias" donde la familia es un pilar fundamental.

1. Establecer un patrón de conducta familiar acerca del uso de sustancias.
2. Establecer consecuencias por no cumplir reglas.
3. Dedicar una parte del tiempo de cada día para conversar con los hijos acerca de sus vidas, sus sentimientos y sus ideas.
4. Ayudar a los hijos a que establezcan objetivos personales.
5. Conocer a los amigos de los hijos.
6. Ayudarles a que se sientan bien consigo mismos y sus éxitos, pequeños o grandes.
7. Crear un sistema establecido para la resolución de conflictos.
8. Hablar del futuro de los hijos desde una edad temprana y con cierta frecuencia.

9. Los padres deben disfrutar de la presencia de los hijos.

10. Ser padres "metidos" en la vida de los hijos.

La escuela es un entorno en el que se pueden ofrecer programas específicos para intentar retrasar la edad del primer contacto con sustancias (tabaco, alcohol), así como para desarrollar habilidades y capacidades para tomar decisiones o hacer proyectos; en resumen, para adaptarse a la vida en sociedad.

Una intervención preventiva de política sanitaria para regular la publicidad y la disponibilidad de sustancias, ayudaría a mantener la distancia entre los jóvenes y el riesgo, a la vez que se pueden diversificar las alternativas de ocio.

## PAPEL DEL PEDIATRA

*El pediatra ocupa una posición privilegiada para poder actuar tanto en la prevención primaria, secundaria y terciaria, colaborando en el tratamiento y controlando la eficacia del mismo.*

El pediatra puede jugar distintos papeles ante las drogas. Puede hacer prevención primaria, orientando a todos sus pacientes y familiares para que tengan suficientes factores de protección en el momento que se tengan que enfrentar a las situaciones de riesgo. En la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, se resalta el papel de los servicios de Atención Primaria en el campo de la prevención de las drogodependencias. El pediatra debería incluir de forma sistemática en la historia clínica, preguntas sobre los hábitos de consumo, tanto de los padres como del paciente adolescente.

Alguna vez, será el primer profesional que detecta el "problema" y pondrá en marcha toda la actuación diagnóstico-terapéutica. Si el pediatra tiene, además, cierta formación específica en consumo de sustancias, mejor, y si no es así, sabrá del lugar más idóneo para derivarlo.

En otras ocasiones, será la familia quien acuda por sospechar, con cierta base o con pruebas, del abuso de sustancias; aquí el papel del pediatra ha de ser el de ese profesional sanitario que ha estado en todo momento próximo a la familia, que conoce al paciente "de siempre" y cuya opinión les puede resultar vá-

lida tanto a padres como a hijos. Tiene suficiente confianza con el paciente y su familia para informar de lo que no suele ser eficaz (sermones, gritos o castigos en el momento del descubrimiento) y de aquello que sí lo puede ser, como hablar cara a cara, cuando estén controladas las emociones, en una conversación firme, pero serena, dejando muy claro que el consumo de la sustancia debe cesar de inmediato. Si los padres se saben mantener con calma, pero inamovibles en su postura de intolerancia, sus posibilidades de éxito subirán muchos enteros.

El pediatra también puede colaborar en la educación para la salud que se imparte en la escuela, bien actuando como formador directo o bien siendo formador de los educadores, que llevarán a cabo el objetivo de convertir la escuela en promotora de salud.

## BILIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1.\*\*\* Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [www.mir.es/pnd](http://www.mir.es/pnd)  
Se presenta la evolución del consumo de drogas de lo jóvenes en los últimos 10 años en nuestro país, basado en la encuesta bianual sobre drogas realizada a la población escolar de 14 a 18 años desde 1994 a 2004.

2.\*\*\* Igra V, Irwin Jr CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. En: Diclemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, editores. Handbook of adolescent health risk behavior. New York: Plenum Press; 1996.

Excelente y completa revisión sobre todos los factores de riesgo que influyen en los diferentes comportamientos de riesgo de los adolescentes.

3.\*\*\* Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; **27**: 351-60.

En este artículo se presentan los resultados de un estudio realizado en los adolescentes de Madrid sobre el estado de salud, actividad física, relaciones familiares y escolares, así como los comportamientos de riesgo: el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, las relaciones sexuales y los accidentes.

4.\*\*\* Silber JT, Souza RP. Uso y abuso de sustancias en la adolescencia. Lo que se debe saber y lo que se puede hacer. *Adolesc Latinoam* 2001; **2** (3): 148-62.

Se exponen los datos sobre el consumo de drogas en Brasil. Los autores hacen una descripción detallada de las distintas sustancias. Se-



ñalan como realizar la evaluación clínica, el diagnóstico y los diferentes tratamientos. Aler-  
tan sobre la responsabilidad de los profesio-  
nales de la salud y la importancia de la pre-  
vención.

- 5.\*\*\* Kaul P, Coupey S. Clinical evaluation of  
substance abuse. *Pediatr Rev* 2002; **23**  
(3): 85-94.

Los autores identifican el consumo de drogas  
ilegales en adolescentes de EE.UU. Exponen  
la importante coexistencia de problemas psi-  
quiátricos y otros factores en los adolescen-  
tes que usan drogas. También, describen los  
pasos en el diagnóstico del uso de sustan-  
cias y la dependencia, exponen los efectos  
de un uso prolongado y comentan la utili-  
dad de los tests de laboratorio para el diag-  
nóstico.

- 6.\*\*\* Barangan CJ, Alderman EM. Manage-  
ment of substance abuse. *Pediatr Rev*  
2002; **23**:123-30.

Se comentan las características del grado de  
uso de drogas ilegales entre los adolescentes,  
expone como realizar el diagnóstico y explica  
el uso adecuado de los tests de laboratorio.  
Asimismo, describe los tratamientos más im-  
portantes a realizar con los jóvenes y como re-  
ferir a los pacientes para un adecuado trata-  
miento.

- 7.\*\*\* González-Meneses A, Durán LE. Con-  
sumo de drogas: marihuana, drogas de

síntesis y otras. En: Castellano G, Hi-  
dalgo MI, Redondo AM, editores. Medi-  
cina de la adolescencia. Atención inte-  
gral. Madrid: Ergon; 2004.

Libro editado por la Sociedad Española de Me-  
dicina de la Adolescencia (SEMA). Aborda as-  
pectos relativos a la salud integral de los ado-  
lescentes, desarrollo normal, riesgos y daños  
durante la adolescencia, salud reproductiva y  
salud mental. El capítulo de consumo de dro-  
gas se centra en el consumo de marihuana y  
drogas de síntesis, comenta los factores de  
riesgo y aborda el tratamiento a seguir.

- 8.\*\* National Institute on Drugs Abuse y Na-  
cional Institute of Health. The Sixth Trien-  
nial Report of Congress from the Se-  
cretary of Health and Human Services.  
Drug abuse and addiction research: 25  
years of discovery to advance the he-  
alth of the public. 1999.

En este documento, se resume la información  
de los últimos estudios epidemiológicos sobre  
consumo de los Estados Unidos, con especial  
detalle en la encuesta *Monitoring the future*, así  
como datos recientes de las principales formas  
de uso de drogas, su relación con enfermeda-  
des infecciosas y datos de interés sobre la neu-  
robiología, tratamiento y prevención del con-  
sumo de drogas.

- 9.\*\*\* Funes Arteaga J. Nosotros los adoles-  
centes y las drogas. Ministerio de Sani-  
dad y Consumo. Madrid; 1990.

Exposición clara y detallada de lo que consti-  
tuye el consumo de drogas durante la ado-  
lescencia. De gran interés para la comprensión  
del tema, tanto desde el punto de vista psico-  
lógico como sociológico.

- 10.\*\* Brown RT. Risk factors for substance  
abuse in adolescents. *Pediatr Clin N Am*  
2002; **49**: 247-55.

Interesante artículo sobre los factores que in-  
fluyen en el uso y abuso de sustancias por parte  
de los adolescentes.

- 11.\*\* Gómez de Terreros I, Belinchón C. De-  
lincuencia y drogadicción en el niño y  
el adolescente. *Pediatr Integral* 2002; **6**  
(2): 107-32.

Aporta una óptica distinta de la relación del  
mundo de la droga con la delincuencia.

- 12.\*\* Fuller PG, Canavaugh RM. Basic as-  
sessment and screening for the sub-  
stance abuse in the pediatrician's office.  
*Pediatr Clin North Am* 1995; **42**: 295-307.

La posibilidad de iniciar la sospecha de un con-  
sumo de drogas en la consulta del profesional  
de la pediatría primaria es una realidad que se  
puede ver complementada si se puede hacer  
alguna prueba de *screening*.

- 13.\*\*\* García Tornel S. Detección de drogas en  
orina. *Pediatr Integral* 2003; **1** (7): 72-4.

Didáctica información sobre los métodos que  
se pueden utilizar para detectaar la droga en  
orina.

## Caso clínico

**Motivo de consulta:** Andrea es una adolescente de 16 años que acude a la consulta acompañada por sus padres. Estos explican al médico que en el último año han apreciado un cambio importante en su aspecto externo, usa ropas muy llamativas, se tiñe el pelo de distintos colores y ha cambiado varias veces del grupo de amigos. En casa, esta muy rebelde y ha bajado el rendimiento escolar; en la última evaluación, ha suspendido 3 asignaturas. La madre muy preocupada aprovechó un fin de semana y le revisó la habitación, encontrando varios cigarros hechos a mano.

A solas con ella comenta que tenía en su armario marihuana y que la ha consumido los últimos 6 meses. Se la ofreció una compañera de curso que es la mejor de sus nuevas amigas. Esta es hija de padres separados y pasa su tiempo libre en

un centro comercial y en el parque, donde se junta con otros adolescentes. Andrea comenta que le gusta hablar y estar con ellos, ya que en su casa se habla poco. Ambos padres trabajan mucho y los fines de semana o están cansados o salen con amigos. Tiene un hermano de 10 años con el que no se lleva muy bien, éste tiene excelentes resultados escolares y está muy unido al padre, con el que juega al fútbol todos los sábados.

Probó el tabaco a los 14 años, reconoce que en varias ocasiones se ha emborrachado. No ha tenido novio y no ha tenido relaciones sexuales completas. Asiste al instituto, no ha repetido ningún curso, últimamente se ha escapado de alguna clase para ir a reunirse con sus amigos. La marihuana la compra con su paga y la venta de su máquina de fotos que le regalaron sus padres. Se ve bien, aunque le gustaría estar algo más delgada.

**Antecedentes personales:** embarazo, parto y período perinatal normal.

PRN 3,050; TRN: 51. Adenoidectomizada a los 3 años. Desarrollo ponderoes-tatural normal. Menarquía a los 13 años, reglas regulares. FUR 15 días antes de la consulta. Resto sin interés.

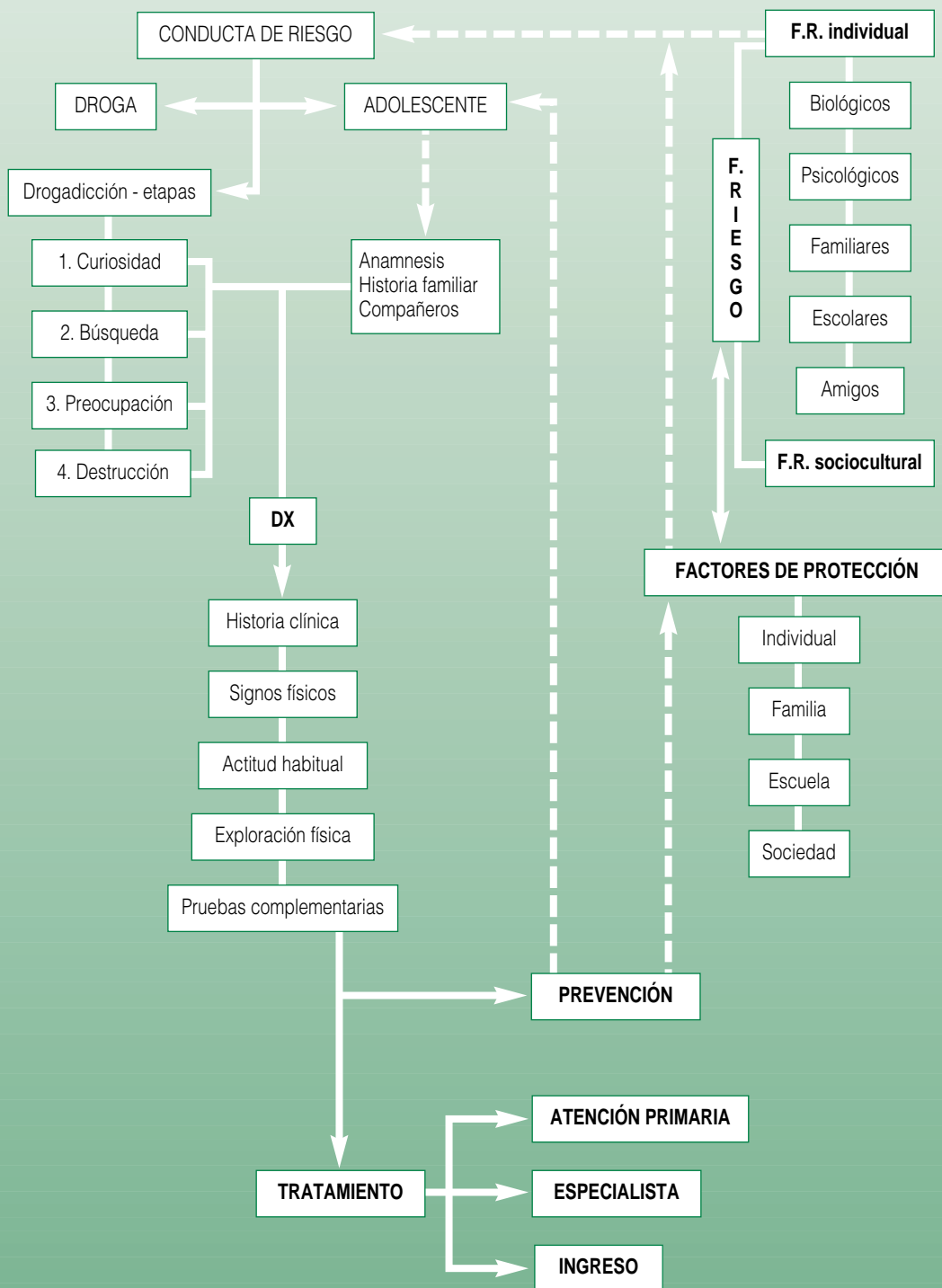
**Antecedentes familiares:** sin interés. No antecedentes de psicopatologías ni de consumo excesivo de alcohol.

**Exploración física:** peso P50, talla P75 BEG, AC y AP normales. Abdomen blando depresible normal, *piercing* en el ombligo. ORL normal. Neurológico normal. Resto sin interés.

**Exploración psicológica:** no presenta alteraciones del ánimo, del sueño ni del pensamiento. Habla despacio pero con precisión. Sus funciones cognitivas (orientación, memoria, juicio y abstracción) se encuentran conservados.

Es muy importante en este caso plantear a los padres y a la propia joven la actuación terapéutica a seguir, siendo imprescindible su colaboración.

**DROGAS EN LA ADOLESCENCIA**



\*F.R.: factores de riesgo.