



Comentarios al caso clínico: “Intoxicación por drogas ilegales”. ASPECTOS CLINICOS DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO EN ADOLESCENTES

Dra. Pilar Brañas Fernández
Jefe de Sección. Unidad de Adolescentes
Hospital Niño Jesús. Madrid

Introducción

En los países occidentales el consumo de tóxicos entre jóvenes y adolescentes comienza alrededor de los años 60 y 70, en principio ligado a determinados grupos, hippies, beatniks, que deseaban mostrar su rebeldía mediante una filosofía de vida, que estaba en contraposición con las costumbres de su época y en la que se incluía el uso de sustancias psicoactivas. Con el paso del tiempo se fue extendiendo a grupos sociales de mayor ambigüedad, consumidores de heroína, que acaban en una vida marginal.

En los últimos años afecta a todas las capas sociales y se inicia a edades cada vez más jóvenes. El comienzo es experimental, ligado al ocio, pero la evolución puede seguir tres caminos diferentes: abandono posterior después de varias experiencias, uso ocasional mantenido sin problemas importantes y consumo habitual con dependencia, utilización de drogas cada vez más peligrosas y riesgos importantes para ellos y los demás.

El uso/abuso de sustancias se considera una enfermedad crónica que afecta a todas las áreas del desarrollo personal. Los problemas de salud derivados de este comportamiento preocupan a los profesionales sanitarios que deben actuar en situaciones de intoxicación aguda o de uso mantenido con importantes repercusiones en la salud mental, física y social de la persona.

¿Qué puede hacer el pediatra ante el consumo de drogas?

El pediatra de atención primaria es considerado el especialista más adecuado para la vigilancia de hábitos y comportamientos nocivos para la salud, por la relación continuada con los pacientes. Sin embargo, en la mayoría de los casos carece de tiempo, le falta información, tiene otras prioridades o la confidencialidad le da problemas o incluso no dispone de un lugar físico adecuado para mantener la privacidad de la entrevista. Por ello, aunque es deseable que todos los pediatras incluyan en sus programas la prevención del consumo de drogas y el diagnóstico de los grupos de riesgo, no se puede hacer sin preparación y sin medios básicos.

A nivel hospitalario los pacientes con problemas de drogas acuden por diferentes vías y situaciones. Los vemos en la **urgencia**, a donde llegan traídos por la familia u otros agentes sociales, al haber sido encontrados en la calle en situación crítica. En la **consulta**, solicitada directamente por iniciativa de la familia o casualmente por otros motivos.

La intervención del pediatra en el consumo de drogas se centra en los siguientes puntos:

1.- El diagnóstico.

No resulta fácil durante la intoxicación aguda, para establecer el diagnóstico diferencial nos debe orientar la sospecha, el estado clínico del paciente y la información que aporten las personas que le acompañan. Aunque son menos frecuentes las urgencias vitales, se deben descubrir lo antes posible síntomas y signos amenazantes para la vida y establecer el tratamiento oportuno.

Por el contrario, la situación más habitual es el consumo ocasional recreativo de intensidad variable. Para su correcta orientación utilizamos la:

- **Anamnesis**, debe ser dirigida para descubrir síntomas a todos los niveles. En primer lugar los síntomas **físicos** ocasionados por el consumo, los factores de riesgo personales, de la familia y del entorno (Tabla 1), así como la presencia de enfermedades previas que puedan influir en el tratamiento, hipertensión, asma y otras enfermedades pulmonares, hepáticas, renales y cardíacas. Preguntar por la presencia síntomas más específicos como cansancio, alteraciones del sueño, adelgazamiento, quejas físicas múltiples, ojos rojos, mirada perdida, rinorrea, ronquera, dolor torácico, sibilancias, tos persistente, amenorrea o disminución de tamaño testicular. **Psicológicos y emocionales**, como los cambios repentinos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, propensión a accidentes, baja autoestima, desinterés por su vida, fugas y ausencias de casa inexplicables, ataques de pánico, síntomas depresivos y promiscuidad. Dificultades familiares de relación, comportamientos oposicionales, ruptura con las normas, robo de dinero y otros factores de riesgo. **Escolares**, pérdida de interés y de la memoria para hechos recientes, actitud negativa, bajo rendimiento, absentismo, violencia y dificultades con la disciplina. **Sociales**, relación estrecha con amigos consumidores, ocio, actividades en el tiempo libre y aficiones, problemas con la ley, cambios en el aspecto, vestimenta y actitud de rebeldía.

Muchos de estos signos preocupantes también pueden responder a otro tipo de problemas no relacionados con el consumo, así como a patología psiquiátrica desencadenada por el abuso o anterior al mismo. Esto añade dificultades al diagnóstico, el cual no puede hacerse sin la valoración conjunta del psiquiatra.

- Otro punto importante es descubrir la presencia de **riesgos añadidos**: el uso de vehículos de motor, la violencia y las relaciones sexuales no protegidas. Su investigación debe acompañar siempre a toda valoración de los pacientes con sospecha de consumo de drogas.
- **Exploración física**. No siempre ofrece información valiosa; los hallazgos dependerán del tipo de sustancia y del momento en el que se realice, en fase de intoxicación aguda o crónica. Interesa la higiene personal, estado nutricional, piercing y tatuajes, lesiones cutáneas de rascado.
- El apartado más importante es la **valoración del estado mental**, incidiendo en puntos como el estado emocional: triste o eufórico, la estabilidad o labilidad afectiva, y la reactividad emocional.

También interesa conocer la visión que tiene de sí mismo, de sus experiencias en la vida y de la esperanza en el futuro; en todo ello suelen mostrar tendencia a un concepto negativo y desesperanzador. La presencia de trastornos en el curso, la forma o el contenido del pensamiento. Alteraciones en la percepción como ilusiones, alucinaciones o sensaciones de no reconocerse. Ideación paranoide, delirio u otros signos psicóticos.

- Los **cuestionarios**, son de utilidad para ayudar al diagnóstico durante la consulta, pues la impresión clínica aislada puede ser insuficiente para descubrir pacientes en situación de riesgo.
- **Estudio complementario**. Si existe sospecha de afectación de cualquier órgano por el tóxico o simplemente por valoración global de salud, se realiza la bioquímica correspondiente. Si tiene otros comportamientos de riesgo se complementa con la serología de hepatitis y sida, investigación de ETS y embarazo.

La detección de tóxicos en orina para orientación del tipo de sustancia consumida ha sido controvertida, si se utiliza en pacientes que no consultan por ese motivo, como despistaje en masa o cuando no está previsto hacer un tratamiento de inmediato.

Se debe utilizar en las siguientes circunstancias: pérdida de conciencia o síntomas físicos inexplicables, diagnóstico diferencial de enfermedad psiquiátrica/versus consumo, para reafirmar al adolescente en tratamiento con negativa de consumo, en trastornos del comportamiento alimentario y consumo de tóxicos y en madres adolescentes con síntomas de privación en el recién nacido. Existe un porcentaje importante de falsos positivos y en menor proporción de falsos negativos. Un test negativo no descarta la situación. La positividad más alta se obtiene en muestra del lunes por la mañana y en el verano.

Con los datos obtenidos en los apartados anteriores se establecen los siguientes puntos:

A.- El diagnóstico diferencial. Plantea distintas preguntas: ¿Las evidencias que se observan en el paciente responden a un consumo real de tóxicos o a otro tipo de enfermedad?.

¿ Es acaso un trastorno psiquiátrico sin otros componentes?

¿ Es una enfermedad mental desencadenada por un consumo recreativo?. Para la diferenciación de estas situaciones es fundamental la evaluación conjunta con el psiquiatra.

B.- Diagnóstico de gravedad del consumo (Tabla 2), importa conocer la **frecuencia**: no es lo mismo un episodio aislado que un consumo diario. Descubrir en qué **situaciones** se consume, y en qué grado de implicación se encuentra: de **uso**, en la que no existe un dominio de la droga sobre el paciente, no le ocasiona problemas de ningún tipo; de **abuso**, momento en el que se produce importante afectación personal y problemas a nivel familiar y social. Finalmente la **dependencia**, que es una necesidad compulsiva de consumo con aumento de la tolerancia a la misma o disminución del efecto posterior, por lo que necesita aumentar la frecuencia y la dosis para mantener su efecto, debido a la presentación de síntomas físicos o psicológicos que denominamos síndrome de abstinencia. Es infrecuente para el pediatra ver pacientes en este estado, generalmente trasciende la edad de su actuación.

La **edad de comienzo** y el **tipo de sustancia** con la que se inició, para aproximar una impresión sobre la posibilidades del propio control y la evolución del problema. La **vía** de administración, la **motivación**, por ejemplo sentirse bien, aliviar molestias físicas, facilitar las relaciones con otros o experimentar sensaciones.

C.- Valoración del estado para cambiar (Tabla 2), basado en el esquema establecido por Proschaska y Di Clemente. Es un estado interior que pasa por distintas fases y aparece en la persona cuando desean cambiar un comportamiento nocivo, En él influyen múltiples factores hasta que se llega al conocimiento de los problemas que está ocasionando y se decide el cambio.

2.- Tratamiento. Comprende dos aspectos: la desintoxicación, y la deshabituación. Es necesario la participación de diferentes profesionales, el papel del pediatra está en la **coordinación, e información al paciente y familia** de los recursos sociales existentes en su comunidad. Debe poner en contacto y servir de mediador entre el equipo de psiquiatría o salud mental y las organizaciones oficiales de drogodependencias.

Es aconsejable establecer un **plan de seguimiento** periódico cada tres o seis meses para reforzar la confianza, valorar la eficacia del tratamiento y mantener el apoyo a la familia, aunque en mi experiencia suelen cumplir mal las citas establecidas.

Se recomienda tener **contacto con los grupos de profesionales** dedicados a la atención a drogodependientes para orientar y dirigir a los pacientes que lo necesiten. A ser posible se debe **conocer el programa** de tratamiento para poder informar y resolver las dudas que tengan los padres, pues lo normal es que pregunten sobre quién les va a tratar, qué objetivos se plantean desintoxicar o lograr la abstinencia, empleo o no de medicamentos, si será un proceso continuado o puntual. Además desean conocer si ellos van a participar en el tratamiento, si se interrumpe la actividad escolar durante el mismo, si es un programa adaptado para adolescentes, el tiempo que durará y si ha de seguir revisiones periódicas. Si existe comorbilidad psiquiátrica han de ser advertidos de ello, pues influye negativamente en el tratamiento y necesita una atención especial.

3.- Prevención. Dentro de la actuación pediátrica es el punto de mayor importancia, sin embargo no es éste el único nivel a destacar. Los aspectos preventivos de la adicción a drogas afectan a toda la sociedad, a la familia, a la escuela y al estamento sanitario. Sus actuaciones deben ejercerse *sobre la educación* de las personas que es el factor protector más relevante.

En el nivel **social**, existen diferentes programas con distintos objetivos: de información con diferentes eslogan publicitarios, de restricción de la publicidad sobre alcohol y tabaco, de reducción de daños y puesta en marcha de servicios de transporte colectivo nocturno en fines de semana y promoción de establecimientos sin alcohol para ocio.

Desde la **atención sanitaria** funcionan programas para prevención y tratamiento en los servicios de atención primaria y urgencias de hospitales. Son interesantes los que plantean objetivos de reducción de riesgos. Utilizan la comunicación médico-paciente en forma de diálogo informativo sobre el consumo asociado a la diversión, composición de los productos, dosis de principio que contienen, efectos de la sumación al combinarse con otras sustancias, posibilidades del limitar el número de veces para evitar o retrasar la adicción, o cómo ayudar al amigo que ha consumido y esta en situación de intoxicación aguda. No conducir si se toman sustancias, evitarlas si se pueden tener relaciones sexuales y prever las medidas de prevención. No ofrecer a quien está intentado dejarlo.

La **familia** es el pilar más importante en la prevención, por ser donde se crean los hábitos y valores. Debe conocer que cualquier consumo en edades muy jóvenes acarrea importantes riesgos de progresión, que las drogas están en el medio y que las salidas de fin de semana ofrecen la mayor oportunidad para el consumo. Todas las familias pueden tener problemas con las drogas, nadie está libre. Tienen que estar vigilantes y mantener la comunicación, hablar diariamente, escuchar y negociar las diferencias, cuestionar su propia postura y conocer su tolerancia ante ciertos consumos. Ayudar a encontrar actividades placenteras y orientar la ocupación del ocio, antes de llegar a la adolescencia. Estar atentos y vigilantes a la presencia de signos de alerta y rendimiento escolar, buscar ayuda profesional en cuanto tengan dudas.

La **escuela** debe actuar antes de que aparezca el problema, mediante programas educativos específicos para cada edad que faciliten el conocimiento y la actuación sobre los factores que intervienen. Fomentar las medidas que favorecen el desarrollo personal, las habilidades sociales y la resistencia al ofrecimiento; enseñar a elegir con responsabilidad y a utilizar racionalmente el tiempo libre. La educación debe empezar en edades tempranas, reforzando la confianza de los niños en sí mismos, estimular hábitos saludables y dar información documentada sobre las diferentes sustancias y sus efectos sobre la salud, a medida que su edad les permita entender que las drogas están en la calle. Es también importante facilitar la posición de los adolescentes respecto al consumo y eliminar los mitos creados.

La **actuación médica** se centra en la **información** durante la consulta para reforzar todo lo hecho en la familia y la escuela; en este sentido el pediatra tiene un papel irremplazable. La prevención de hábitos tóxicos debe figurar en el programa de salud desde la etapa anterior, alrededor del comienzo de la escolarización, y reforzarla durante la adolescencia. Existen tres posibilidades de intervención:

1. Actuación general en todos los pacientes, como parte del programa de salud.
2. Identificación de pacientes de riesgo para el consumo y actuación más enérgica en ellos.
3. Diagnóstico de la severidad de los que tienen adicción y orientación de tratamiento.

En la prevención de consumo de drogas se debe tener presente los siguientes puntos:

- Todo uso puede progresar y utilizar sustancias progresivamente más peligrosas. Forma parte de un comportamiento de riesgo general.
- En adolescentes el consumo está ligado al tiempo libre y recreacional, en particular los fines de semana.
- La influencia en el rendimiento familiar, académico, social o vocacional, en cuyo caso se necesita una intervención urgente.
- Conocer los factores de riesgo en los pacientes.
- Buscar con ellos las motivaciones para el consumo y convencerles de la necesidad de ayuda.

- Implicar a los padres para hablar, tratar de mediar en los conflictos e investigar si existe cierta tolerancia.

La Academia Americana de Pediatría recomienda a los pediatras los puntos citados en la Tabla 4.

Bibliografía

- 1.- American Academy of Pediatrics. Committee on Substance abuse. **Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse.** Pediatrics 1993; 91:1010-13
- 2.- Heyman R, Joffe A, Anglin TM, Fuller P, McDonald C. **Tabacco, alcohol, and other drugs: the role of pediatrician in prevention and management of substance abuse.** American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Pediatrics 1998; 101 (1):125-128
- 3.- Jacobson J, Copperman SM, Joffe A, Kulig J, Roger PD. Committee on substance abuse. **Indications for management and referral of patients involved in substance abuse.** Pediatrics 2000; 106 (1): 143-148
- 4.- Dias PJ. **Substance abuse. Assesment in the office.** Pediatr Clin N Am 2002;49:269-300
- 5.- Rogers PD, Heyman RB. **Addiction medicine: adolescent substance abuse.** Pediatr Clin N Am 2002; 49:245-496 (número monografico)
- 6.- Abanades S, Farré M. **Drogas de diseño.** Med Clin (Barc) 2003; 121:38-8
- 7.- Greydanus DF, Patel DR. **Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician.** Pediatr Clin N Am 2003; 50:1179-1223
- 8.- Wilens T, Faraone S, Biederman J, Gunawardenen S. **Does stimulant therapy of attention déficit/hyperativity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature.** Pediatrics 2003; 111(1): 179-185
- 9.- Shrier L, Harris S, Kurland M, Knight J. **Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescent in primary care.** Pediatrics 2003; 111 (6):e699-e705
- 10.- Orgaz MP, Segovia M **¿Sabemos detectar y manejar adolescentes con problemas derivados del consumo de drogas?** Aten Primaria 2004;34:109-10
- 11.-Royo-Ysachs J, Magrané M, Velilla A, Ruiz L. Series. Jóvenes, adolescentes y drogas en el siglo XXI. **Consumidores de speed: un viaje de ida y vuelta entre el extasis y la cocaína. Algunos aspectos clínicos, preventivos y asistenciales.** Aten Primaria 2004; 34(10):553-56
- 12.- Royo-Ysachs J, Magrané M, Blancafort F, Ferrer J. **Drogas de síntesis: del uso al policonsumo: Algunos riesgos asociados y una propuesta de intervención terapéutica.** Aten Primaria 2004;33:209-13
- 13.- Royo-Ysachs J, Magrané M, Martí R, Gómez S. **Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de atención primaria.** Aten primaria 2004; 33: 331-4
- 14.- Wilson CR, Lon Sherrith MP, Gates E, Knight J R. **Are clinical impressions of adolescent substance use accurate?** Pediatrics 2004;114 (5): e536-e540

TABLA 1.- FACTORES DE RIESGO

Familiares	Personales	Escolares	Sociales
Permisividad hacia las drogas, consumo familiar, alcoholismo, conflictividad y baja comunicación, falta de expectativas, violencia	Inicio temprano, inadaptación, bajo autocontrol, humor inestable, agresividad, trastorno de hiperactividad con déficit atención no tratado, trastornos del comportamiento, búsqueda de sensaciones	Dificultades del aprendizaje, fracaso escolar, desmotivación y falta de reconocimiento del trabajo escolar, cambios de colegio	Fácil disponibilidad, Amigos consumidores, influencia de la moda, falta de valores, ocupación del ocio, mitos juveniles, percepción social del riesgo

TABLA 2.- CONSUMO DE DROGAS. ESTADIOS DE MC DONALDS

Estadio	Experimentación con los cambios de ánimo	Búsqueda de estos cambios	Preocupación por los cambios de ánimo	Uso de drogas para sentirse normal
Alteración del estado de ánimo Sentimientos	Euforia Se siente bien, pocas consecuencias	Euforia, excitación a veces, sentimiento de culpa	Euforia muy marcada, dudas, vergüenza y culpa, depresión, ideas suicidas	Se siente mal, muy culpable, remordimientos continuos, depresión

Drogas	Tabaco, alcohol marihuana	Lo anterior y anfetaminas, sedantes, inhalantes	Lo anterior más cocaína, alucinógenos	Cualquier sustancia disponible
Fuentes	Amigos	Compra	Vende	Por cualquier vía
Alteración del comportamiento	Mínimo o ligero cambio	Caída rendimiento escolar, amigos consumidores, cambio en la vestimenta, humor impredecible	Apariencia fría, pérdida de los amigos, conflictos familiares, fracaso escolar, problemas con la ley	Deterioro físico y psicológico, tos crónica, deterioro mental, pérdida de memoria, ataques de cólera, ideación paranoide
Frecuencia	Uso en fines de semana	En días de la semana, uso en solitario	Una vez al día	Todos los días y varias veces

Adaptado de Patel y Greydanus. (Citado en 4)

TABLA 3.- Fases para el cambio (citado en 4)

- Precontemplación: no considera el cambio, multitud de excusas.
- Contemplación: ambivalencias entre dejar o no. Empieza a considerar el cambio.
- Preparación: dispuesto para cambiar.
- Acción: aprendizaje de nuevas formas de comportamiento.
- Mantenimiento: estabilidad en el nuevo comportamiento, relaciones con no consumidores.
- Recaída: vuelta al consumo

TABLA 4.- Recomendaciones para el pediatra (Academia Americana de Pediatría (3)

- Conocimiento de los hábitos y estadios del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.
- Valoración extensa médica y psicosocial previa al envío para tratamiento a centro especializado. Establecimiento de los criterios y niveles del tratamiento requerido.
- Reconocimiento del abuso de sustancias como una enfermedad potencialmente fatal que afecta a todas áreas del desarrollo y requiere implicación familiar.
- Saber que existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes consumidores que requieren valoración especializada antes de ser derivados al programa.
- Relación y conocimiento de los programas de prevención y tratamiento existentes en la comunidad.
- Promover el desarrollo de grupos especiales para el tratamiento de adolescentes dentro de los programas establecidos.
- Mantenerse al día en los conocimientos de adicciones