



Protocolo diagnóstico de sospecha de drogadicción y alcoholismo

P.J. Ruiz Lázaro

Consulta Joven "Espacio 12-20". Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Madrid.

Deteccción del consumo de sustancias tóxicas por el adolescente

La mejor forma de identificar el uso y abuso de sustancias por un menor es la entrevista clínica¹. A todos los adolescentes que acuden a nuestras consultas se les debería preguntar sobre el consumo de alcohol, marihuana u otras drogas, así como recoger información importante sobre aspectos de la vida del menor que pueden contribuir al abuso y/o dependencia de sustancias (indicadores de riesgo)². Los tests de detección de metabolitos de drogas en la orina son poco útiles, dado que no aportan información sobre la frecuencia de consumo y grado de adicción³. Además, un resultado negativo no excluye el consumo de drogas (fig. 1).

Son señales de sospecha de consumo de sustancias en un adolescente:

1. Los cambios de humor inesperados.
2. La modificación en los patrones de sueño.
3. La bajada en el rendimiento escolar.
4. Faltar a la escuela.
5. El uso de incienso, ambientadores o perfumes para esconder los olores.
6. El uso de un lenguaje "en clave" con sus amigos; se vuelve más reservado.
7. Pedir dinero prestado con mayor frecuencia.
8. Cambios en su círculo de amistades.
9. Evidencia de accesorios relacionados con las drogas (pipas, papeles para enrollar cigarrillos, bolsas de papel o trapos para inhalar, etc.).
10. El uso de gotas para los ojos (para disimular los ojos enrojecidos o las pupilas dilatadas), enjuagues bucales o caramelos de menta (para encubrir el aliento).
11. La desaparición de medicamentos.

Si sospechamos consumo, aunque el adolescente lo niegue, realizaremos una valoración y un seguimiento del riesgo de abuso y/o dependencia de sustancias⁴. Esto implica explorar la existencia o no de indicadores de riesgo que se pueden agrupar en 3 grandes grupos:

Indicadores de riesgo relacionados con las capacidades propias del adolescente

1. Antecedentes desde la infancia de dificultades en las distintas etapas del desarrollo que han precisado atención médica o psicológica continuada.

2. Enfermedades orgánicas de larga evolución o que han generado discapacidad con percepción de sí mismo o de la familia de haber sido un niño con dificultades para ir madurando.

3. Historia de fracaso escolar desde niño o en la última etapa tras haber sido un buen estudiante.

4. Sintomatología orgánica crónica o cuadros psicopatológicos importantes en el momento actual.

5. Comportamientos agresivos mantenidos y generalizados a todo su entorno (sugeresentes de trastorno por descontrol de impulsos).

6. Estilo impulsivo/descuidado de resolución de problemas.

7. Esquema cognitivo de autocontrol insuficiente: déficit en el autocontrol y en la tolerancia a la frustración ("me cuesta obligarme a terminar tareas rutinarias o aburridas").

8. Esquema cognitivo de grandiosidad: creencia de que se es superior a otros y, por ello, merecedor de derechos y privilegios especiales ("odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera").

9. Serias dificultades para ir adquiriendo progresivamente pautas de autonomía respecto de sus padres con comportamientos excesivamente dependientes.

10. Serias dificultades para irse haciendo un hueco entre sus iguales: dificultad para establecer relaciones o mantenerlas, no ser aceptado habitualmente en los grupos de pares, relaciones de excesiva dependencia o de sometimiento.

11. Escasa o nula red social.

Indicadores de riesgo relacionados con el entorno familiar

1. Graves disfunciones familiares.

2. Momentos de crisis en una familia hasta ese momento con dinámicas de funcionamiento adecuadas.

3. Incapacidad manifiesta de contención del adolescente por parte de la familia.

4. Falta o exceso de límites o ponerlos de forma inadecuada.

Indicadores de riesgo relacionados con la historia de consumo de drogas

1. Edad del adolescente: en la primera fase de la adolescencia, cualquier consumo de alcohol u otras drogas es abusivo.

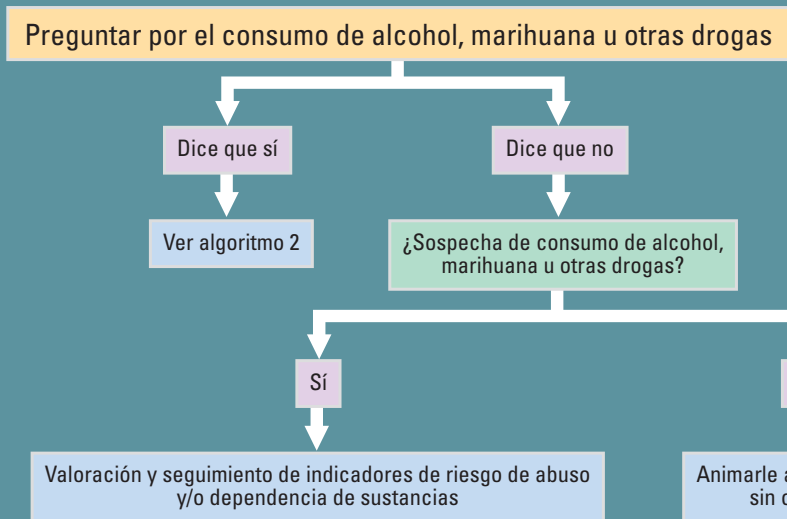


Fig. 1. Detección del consumo de sustancias tóxicas por el adolescente.

2. Tipo de droga que consume: con aquellas drogas de fuerte capacidad adictiva, como heroína o cocaína, cualquier consumo es abusivo.

3. Patrón de consumo: detectar cambios importantes en la frecuencia o dosis de consumo.

4. Consumos como “automedicación”, buscando calmar ansiedades, inquietud (TDAH) o evitar conflictos que cuesta enfrentar.

Actuación ante el consumo de sustancias tóxicas por el adolescente

En cualquier consumo de sustancias, se ha de determinar si se trata de uso no perjudicial, de uso problemático (abuso o consumo perjudicial) o de dependencia.

Abuso o consumo perjudicial es el uso inadecuado susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución de la persona o de su entorno. Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad específica del producto, con los daños para la salud (cuando provoca el deterioro del estado físico del consumidor o agrava determinados trastornos) y con las consecuencias sociales del consumo (situaciones en que puede acarrear daños para el consumidor y para quienes le rodean)⁵ (fig. 2).

A efectos prácticos, se habla de abuso o consumo perjudicial cuando se da como mínimo una de las siguientes circunstancias durante al menos un año:

1. Se usa una sustancia en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos (como accidentes por disminución de la atención).

2. Se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia en relación con el consumo de una sustancia (como actos violentos bajo los efectos de la droga). Por los efectos de la sustancia sobre la conducta, se agravan proble-

mas personales o sociales (como deterioro de las relaciones familiares).

3. Se presentan dificultades y/o incapacidad para cumplir sus obligaciones en la escuela o la familia (ausencias repetidas, absentismo escolar, bajo rendimiento académico, malos resultados, fracaso escolar, exclusión, abandono de responsabilidades en casa, etc.).

4. No es capaz de prescindir de las drogas durante varios días.

5. Implica peligrosidad para el equilibrio biopsicosocial de otros.

Diagnóstico de abuso de sustancias

En la tabla 1 se exponen los criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de abuso de sustancias⁶.

Se habla de dependencia cuando la vida cotidiana del menor gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia (se prioriza la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad), existe adicción (compulsión para continuar consumiendo por cualquier medio a pesar de las consecuencias perjudiciales); se produce, durante al menos un año, abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo) y tolerancia (necesidad de consumir más dosis de la sustancia para conseguir el mismo efecto deseado).

Los síntomas característicos de la dependencia son: a) el menor es incapaz de resistirse a la necesidad de consumir; b) existe un aumento de la tensión interna o ansiedad ante el consumo habitual; c) experimenta alivio cuando se produce el consumo; d) sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo (intenta disminuir el consumo y no puede, consume más de lo que quisiera; e) deja de hacer actividades

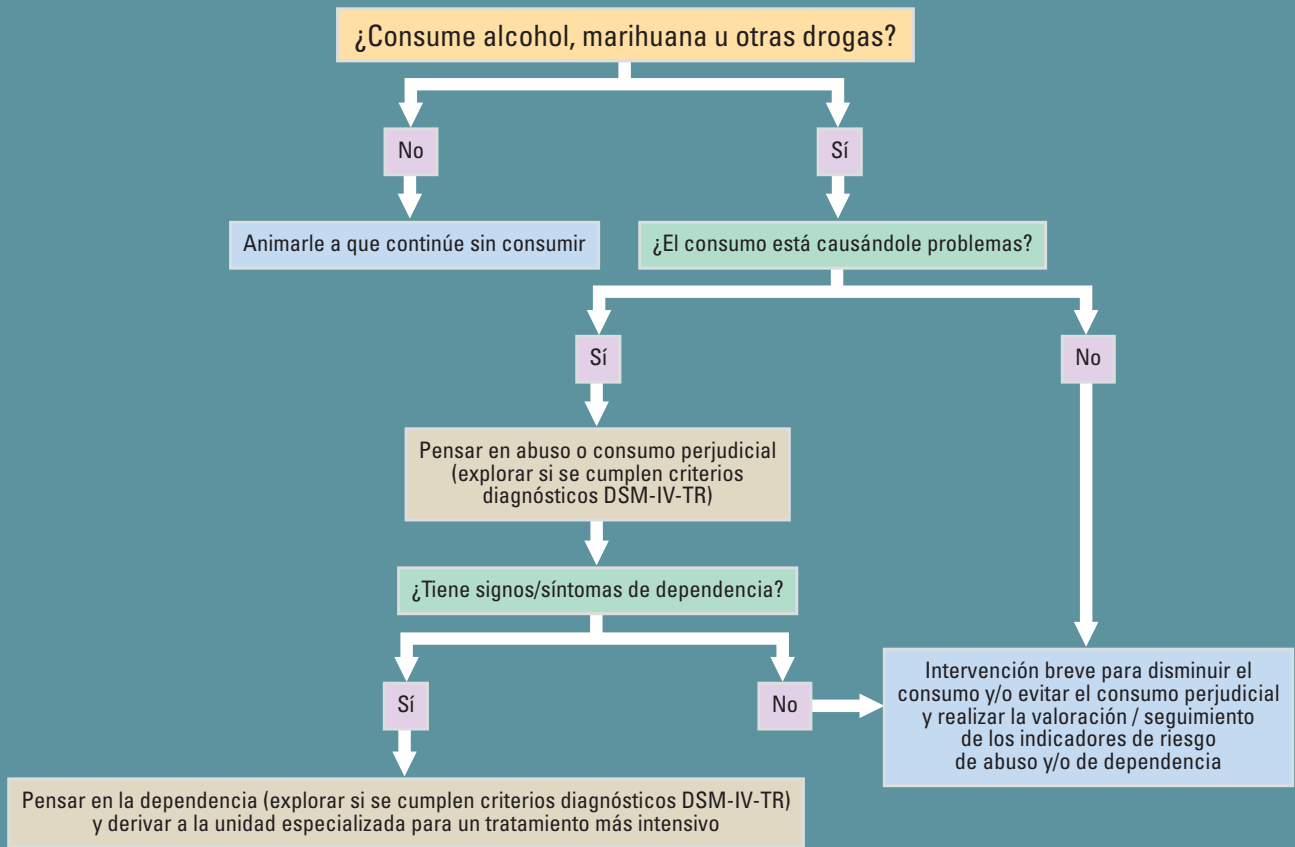


Fig. 2. Algoritmo de actuación ante el consumo de sustancias tóxicas por el adolescente.

TABLA 1
Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de abuso de sustancias

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a un incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase

TABLA 2
Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de dependencia de sustancias

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de 12 meses

1. Tolerancia, definida por:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o,
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems:
 - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos

importantes debido al consumo y f) sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que el consumo de la sustancia exagera.

Diagnóstico de dependencia de sustancias

En la tabla 2 se describen los criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de dependencia de sustancias⁶.

Bibliografía

● Importante ●● Muy importante

✓ Metaanálisis ✓ Artículo de revisión
 ✓ Ensayo clínico controlado ✓ Guía de práctica clínica
 ✓ Epidemiología

✓ ●● Ruiz-Lázaro PJ. La atención primaria ante el consumo de cannabis en adolescentes: nuevos paradigmas en su abordaje y prevención. En: Arias-Horrajadas F, Ramos-Atance JA, editores. Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC); 2008. p. 27-44.

2. ●● Zarco J, Caudevilla F, Martínez-Osorio S. Drogas y adolescentes. En: Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente J, editores. Pediatría extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para Atención Primaria. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2008. p. 839-45.
3. ✓ ● Kaul P, Coupey S. Clinical evaluation of substance abuse. *Adolesc Med.* 2000;11:157-65.
4. ✓ ● Brown RT. Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatr Clin N Am.* 2002;49:247-55.
5. ✓ ●● Bobes J, Bascarán MT, Bobes-Bascarán MT, Carballo JL, Díaz EM, Flórez G, et al. Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid: Socidrogalcohol y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.
6. ✓ ●● American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition, Text Revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.