

Toxicomanías y Adolescencia:

Realidades y Consecuencias

CLÍNICA DEL ADOLESCENTE
Julio de 1999

Toxicomanías y Adolescencia: Realidades y Consecuencias

Editores:

**Dra. Elsa Gutiérrez Baró
Dr. Ramón Aneiros-Riba**

LaHabana, julio de 1999

Colectivo de autores

Elsa Gutiérrez Baró

Médico, Especialista de 21 Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil, Doctora en Ciencias Médicas, Profesora Titular Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Directora, Clínica del Adolescente.

Antonio Bandera Rosell

Médico, Especialista de 1er Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil, Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Vice-Director Técnico, Clínica del Adolescente.

Ana María Gómez García

Médico, Especialista de 2º Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

María de la Concepción Galiano Ramírez

Médico, Especialista de 21 Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil, Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Vice-Directora Docente, Clínica del Adolescente.

José R. Aquino Cías

Médico, Especialista de 2ª Grado en Fisiología Normal y Patológica. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular Consultante del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe del Departamento de Neurofisiología, Clínica del Adolescente.

Ramón Aneiros Riba

Médico. Especialista de 2ª Grado en Fisiología Normal Patológica, Clínica del Adolescente. Profesor Auxiliar del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Lilliam Rojas Zuaznabar

Médico. Especialista en Fisiología Normal y Patológica, Clínica del Adolescente.

Alejandra Magalis Martínez Hurtado

Médico, Especialista de 21 Grado en Psiquiatría, Profesora Asistente Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Master en Psiquiatría Social

INDICE

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS. Dra. Elsa Gutiérrez Baró	1
TOXICOMANÍA: CONCEPTUALIZACIÓN Dr. Antonio Bandera Rosell	9
FACTORES ETIOLÓGICOS Y DE RIESGO Dra. Ana María Gómez García	21
ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DEL ADOLESCENTE TOXICÓMANO Dra. María de la Concepción Galiano Ramírez	29
EL ELECTROENCEFALOGRAMA Y LA ONDA P300 EN PSIQUIATRÍA: LAS TOXICOMANÍAS Dres. José R. Aquino Cías, Ramón Aneiros-Riba, Liliam Rojas Zuaznabar	47
URGENCIA PSIQUIÁTRICA Y REHABILITACIÓN DEL DROGO- DEPENDIENTE Dra. Alejandra Magalis Martínez Hurtado	57
PREVENCIÓN DE LAS TOXICOMANÍAS Dr. Antonio Bandera Rosell	77

PROLOGO

En los pocos países del mundo actual donde la salud es derecho pleno del pueblo y responsabilidad priorizada del estado la lucha por elevar el bienestar físico, psíquico, social y espiritual de sus ciudadanos no culmina con alcanzar cifras destacadas de expectativa de vida, reducir la mortalidad materno-infantil, controlar las principales afecciones infecciosas y parasitarias, cumplimentar sistemáticamente un programa de inmunización con amplio espectro y elevar el nivel de información y educación sobre temas relacionados con el importante par dialéctico salud-enfermedad. En nuestro país esos objetivos han sido logrados y muchos de ellos en grado que superan los indicadores de naciones del primer mundo.

Al mantenimiento y mejoramiento de esos relevantes índices de salud se suman, en la presente etapa, todas las acciones orientadas al desarrollo de estilos de vida saludables y al incremento progresivo de la calidad de vida; objetivos muy vinculados, conceptualmente, con la lucha contra el sedentarismo, la obesidad y los hábitos tóxicos, así como a la atención específica de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La significación médico-social del alcoholismo y otras toxicomanías como obstáculo relevante para alcanzar estas metas, resulta fácilmente inferible. Al concluir el milenio actual, en nuestro mundo, un número considerable de habitantes, estará afectado por estas adicciones; a ello habrá que sumarle la repercusión negativa de dichas adicciones sobre otras personas, familiares o no, en el rol de cónyuges, hijos, padres, hermanos y amigos, por sólo mencionar algunos.

El presente libro se proyecta, por tanto, con enfoques integrales y multidisciplinarios hacia el enfrentamiento de un grupo de afecciones determinadas por sustancias legales, de prescripción médica; o ilegales, con potencialidades nocivas directas o indirectas sobre la tercera parte de la población mundial. Su carácter crónico, tendencia a las recaídas y generación de gravísimos conflictos interpersonales en el ámbito familiar, laboral y social, así como sus nefastas consecuencias sobre los aspectos bio-psico-socio-espirituales de quien las padece, determinan que en nuestra apreciación se erijan como las más trágicas enfermedades conocidas hasta hoy.

La obra que hoy gustosamente presentamos aborda esta problemática justamente en el grupo etario más vulnerable, representado por los adolescentes que caen ingenuamente en la trampa de los tóxicos, pese a la extraordinaria paradoja implícita en una conducta que limita totalmen-

te su libertad, en la etapa de la vida donde dicho valor social es máspreciado.

En verdad, resulta totalmente absurdo proponerse simultáneamente superar la dependencia parental y esclavizarse con el contenido de una botella, los componentes desecados de una planta o el polvo contenido en una bolsita de celofán. También resulta absurdo cambiar unos minutos de alegría artificial por toda una vida de sufrimientos para ellos y sus seres queridos.

La redacción asequible, actualizada y profunda del contenido de este libro garantiza una fácil y extraordinariamente útil lectura para el médico de familia, así como para residentes y especialistas jóvenes de diferentes dedicaciones médicas y los conocimientos que transmite han sido justamente orientados al aporte de elementos indispensables para las gestiones promocionales, preventivas, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación, docentes y de educación para la salud.

En nuestro criterio, el colectivo de autores coordinado como editora por la profesora Elsa Gutiérrez Baró logran plenamente sus objetivos con la publicación del presente manual que recomendamos a todos los profesionales y técnicos de la salud interesados en esta problemática mundial de salud.

Ricardo González Menéndez
Presidente
Sociedad Cubana de Psiquiatría

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

Dra. Elsa Gutiérrez Baró

Desde tiempos remotos (a.n.e.) se han dado criterios respecto a la juventud como época de la vida. A través de los años se han descrito algunas características observadas en los jóvenes y hasta se han emitido pronósticos muy sombríos sobre el destino de la humanidad. “Si la juventud tomara las riendas del poder”, esto último, de haberse concretado no nos hubiera permitido llegar al momento actual. No es hasta épocas recientes, finales del siglo pasado y principios del actual, que la adolescencia ha tenido un reconocimiento como etapa de la vida.

Se afirma que la adolescencia es una creación moderna coincidente con el impulso que produjo la Revolución Industrial y la mayor tecnificación de los procesos productivos. Esto obligó a la creación de escuelas por niveles, acorde a la edad y a los conocimientos de los estudiantes, con el objetivo de lograr una mejor preparación en los jóvenes trabajadores, según las exigencias de las nuevas tecnologías. Hallengtead, en su “Definición de Adolescencia”, señala:

“Nuestra sociedad actual ha creado la adolescencia y tiene la obligación de preocuparse por ella, de infiltrarle responsabilidad y esperanza, de darle una nueva ética, en la que impere el concepto del derecho a nacer deseado y protegido. Solo así podría mantenerse el concepto de familia, de lo cual, como ya se señaló, es preciso que el recién nacido cuente con la protección que nuestra especie necesita para llegar a ser adulto y convertirse en una legítima base de organización social”.

Es cierto que existen factores biológicos y mecanismos fisiológicos universales en cualquier época y latitud del mundo, pero los aspectos socioculturales son de tal importancia que se superponen a los factores biológicos contribuyendo, de forma decisiva, al concepto integral que se tiene hoy en día sobre la adolescencia.

Los pueblos primitivos tenían solamente niñez y adultez, bastaba someter al niño, cuando llegaba a cierta edad, a determinadas pruebas o ejercicios y si éstos eran satisfactorios, pasaban de inmediato a ser considerados como adultos. Así de simple era la valoración del crecimiento y desarrollo humano.

Muy diferente es la situación en las sociedades modernas donde muchas disciplinas encuentran un amplio campo para la investigación y el trabajo con los adolescentes. No es fácil precisar en un muchacho determinado, cuando comenzó su adolescencia y, predecir, cuando terminará ésta. La pubertad por ser un evento universal tan importante y a su vez medible, es considerada por muchos autores, con razón, el punto de partida que da inicio

a la adolescencia. Precisar el final de esta etapa resulta más complicado porque en la actualidad hay un mayor nivel de exigencias a las jóvenes generaciones, haciéndose más difícil el proceso del desarrollo humano hasta la inserción en la vida adulta.

Se han dado diferentes definiciones de adolescencia y se ha calificado a esta etapa de varias maneras pero con frecuencia, más que definiciones, son expresiones que se refieren a características no siempre presentes en todos los sujetos de este grupo etario:

- Los “terribles teens” refiriéndose a la terminación inglesa de los 13 hasta los 19 años
- “Años cruciales!”
- “Etapa de crisis”
- “Síndrome de adolescencia normal”

También se discute si debe hacerse una diferencia entre adolescencia y juventud o considerar a la adolescencia como una larga etapa comprendida entre 10 y 24 años. Es oportuno recordar el significado de la palabra adolescencia (adolescere significa crecer) y el crecimiento humano se prolonga hasta los 24 años.

La OMS-OPS, con fines prácticos, considera que la adolescencia comprende el período de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años y la juventud desde los 15 hasta los 24 años. Sin embargo, esto varía según los países, entre ellos, el nuestro, ya que en Cuba a los 21 años se considera que el individuo es adulto. Otros aspectos están relacionados con la imputabilidad ante las leyes o el inicio de la vida laboral. Un grave problema actual es la existencia de millones de niños trabajadores desde edades tempranas como 10 u 11 años. En Cuba, la edad aprobada para integrarse al trabajo es de 17 años, prolongándose así el período estudiantil. Estas consideraciones son importantes ya que llevan implícito aspectos legales acerca de los deberes y derechos de los jóvenes y de las personas adultas. En definitiva, ¿cómo definir a la adolescencia?

Es una etapa de la vida que está entre la infancia y la adultez, íntimamente relacionada con ambas, ya que están presentes muchas características de las etapas anteriores con otras nuevas no evidenciadas hasta entonces. Comienza con la pubertad y tiene expresiones en las esferas biológica, psicológica, social y espiritual. Su duración es variable, irregular y no tiene límites exactos aunque los organismos internacionales que se ocupan de estos asuntos definen al grupo adolescente como la población comprendida entre los 10 y los 19 años y como jóvenes al grupo comprendido entre los 15 y los 24 años. Ambos grupos son parte de un mismo proceso y constituyen aproximadamente el 30 % de la población aproximadamente en algunos países, en otros es el 20 %.

Si tuviéramos que utilizar una sola palabra para definir el concepto de adolescencia no dudaríamos en emplear la palabra *CAMBIOS*, porque realmente es una etapa de grandes y rápidos cambios en todos los órdenes: somáticos, psicológicos, espirituales, etc. El de-

sarrollo hormonal es tal, que algunas hormonas se multiplican hasta por 20, y esto se hace evidente en el llamado estirón puberal, la aparición de la capacidad reproductiva, el cambio de la voz y de todos los caracteres sexuales secundarios. Por otra parte, el pensamiento, antes concreto, alcanza un nivel de abstracción que le facilita hacer muchos cuestionamientos con relación a los padres, la familia y los adultos en general. Esto, a su vez, modifica sus relaciones familiares y personales. En pocos años debe enfrentar nuevos retos que exigen definiciones y responsabilidades importantes para el futuro.

Es útil precisar algunos aspectos que son válidos para cualquier país, sector o cultura. La literatura existente, con frecuencia se menciona que la adolescencia es una etapa de TRÁNSITO. Esta afirmación puede transmitir la idea de que es una etapa pasajera por lo cual no hay que preocuparse mucho ya que de todas formas es transitoria. Consideramos que todas las etapas de la vida son un tránsito hacia otras etapas. Esta, sin embargo, es una larga y compleja etapa donde se definen muchas cuestiones fundamentales para alcanzar una adultez feliz (cuadro 1).

Cuadro 1

- En esta etapa se finalizan los estudios medios y se inician los superiores o se terminan éstos. Hay una clara implicación con las definiciones vocacionales.
- La inserción en la vida laboral dependerá no solo del joven y de sus conocimientos, motivaciones y experiencias sino de las condiciones socioeconómicas de su entorno y del régimen político social imperante en el país. De la interacción de todos estos factores van surgiendo las propias actitudes y el juicio crítico del adolescente tan necesarios para enfrentar exitosamente los riesgos y vencer los obstáculos que puedan presentarse en esta etapa.
- Por todas estas razones resulta complicada la búsqueda de su identidad, o sea, Ser Yo, qué soy ahora y qué voy a ser después . En qué me ocuparé. Esto tiene, como ya se explicó antes, una relación directa con las posibilidades que existen en el entorno familiar y social y con el desarrollo cognitivo alcanzado por el adolescente; con sus motivaciones y madurez emocional; con sus valores y con su identificación que no comienza precisamente en estas edades, sino mucho antes.

Fácilmente se comprende que el significado y características de la adolescencia y de la juventud varían de acuerdo con las condiciones históricas, socioculturales y económicas. Por tal motivo se plantea la existencia de diferentes adolescencias y juventudes que coexisten en nuestra sociedad contemporánea, aún dentro de un mismo país.

Si se analizan las características individuales de los componentes de un grupo de adolescentes, de inmediato se hace evidente que el grupo no es homogéneo. Es cierto que se han descrito características comunes sobre las cuales se ha publicado mucha literatura, pero, no hay que olvidar que la adolescencia no surge independiente de las etapas ante-

riores sino que es una continuación de éstas, estrechamente vinculadas a etapas tan tempranas como las etapas prenatal y perinatal.

Todas las experiencias vivenciales de la infancia se prolongan en la adolescencia ¿en qué familia creció? ¿qué significó la escuela y cómo aprendió? ¿incorporó los límites necesarios a su conducta? ¿qué valores humanos introyectó en su personalidad? ¿recibió en la niñez el afecto y el amor de manera consistente y suficiente? ¿qué enfermedades sufrió en su infancia? ¿cómo fueron los aspectos nutricionales? ¿cuáles fueron sus modelos y ejemplos? Muchas otras preguntas podrían hacerse hasta confeccionar una larga lista de interrogantes.

A pesar de todo lo antes señalado la adolescencia no siempre es una etapa de graves conflictos. Muchos adolescentes alcanzan la adultez sin grandes problemas. Incluso, algunos (por supuesto, los menos), desarrollan una condición especial llamada resiliencia por la cual el joven es capaz de atravesar duras pruebas y luchar y vencer obstáculos extraordinarios. La historia universal muestra ejemplos claros de esta cualidad. Nuestro Apóstol José Martí fue un adolescente con acentuada resiliencia.

¿De dónde surge esta palabra? La palabra resiliencia ha sido tomada de la metalurgia y define la capacidad de los metales para resistir a los golpes y recuperar su estructura interna.

Es interesante estudiar esta “habilidad para vivir en la adversidad” y, por supuesto, estimularla en los adolescentes, sin olvidar la importancia del medio en la formación de la personalidad, ¿qué factores son capaces de producir tales potencialidades? La respuesta se busca afanosamente.

Personalmente considero que la capacidad para amar muchas cosas es un factor considerable, tal vez no único, pero si importante en esta cuestión de la resiliencia. Hay que defender al amor en el sentido más amplio, inculcar en los niños y jóvenes el amor a la naturaleza, a la Patria, al amigo, a la pareja, a la familia, a la escuela, a las causas justas. Quien mucho ama es fuerte. En la práctica está comprometido a defender su propia integridad, luchar por la vida y sus valores. El amor es un sentimiento universal pero no siempre se toma en cuenta y con frecuencia se olvida en los empeños educativos.

Todo esto, aún siendo cierto, no impide buscar lo que es frecuente y común, desde el punto de vista psicológico en una población adolescente. Es muy típico que éstos muestren rebeldías ante normas con las cuales no están de acuerdo, esto unido a la impulsividad que los caracteriza, los hace tener enfrentamientos con los adultos en una búsqueda incesante por obtener independencia e individualización.

Los padres que durante las etapas anteriores entendían a su hijo o a su hija, de repente no comprenden lo que sucede, ya que las relaciones se hacen lejanas. Sufren porque el hijo adolescente los devalúa, los consideran viejos, anacrónicos, “gentes de otras épocas”. Esto no es más que una lucha por la independencia, una forma de crecer como indi-

viduo que tiene que encontrar sus propios caminos. El asunto es complejo porque en la práctica hay una contradicción ya que necesita de su familia, de la ayuda y comprensión de los adultos, que a su vez, tampoco saben como proceder con **“estas gentes tan auto-suficientes que dicen saberlo todo y les falta tanto para valerse por sí mismos”**.

Hay tanta ambivalencia en los más jóvenes que unas veces parecen niños y otras se comportan como adultos “muy especiales” que no desean escuchar consejos, ni orientaciones. Si a esto se le suma que gustan de experimentar, probar por sí mismos, es fácil concluir que pueden cometer errores, a veces, importantes, evidenciándose en trastornos de la conducta o en los llamados problemas propios del desarrollo.

En medio de estos conflictos tienen necesidad de tener una autoestima adecuada. El adolescente necesita saber que sus padres y familiares, sus compañeros y maestros, piensan bien de él o de ella y lo aceptan. Esto les da seguridad como persona y los ayuda a vencer los obstáculos que a menudo se encuentran en el camino hacia la adultez.

El desarrollo de la sexualidad es un capítulo trascendental en esta etapa que, desde luego, no se inicia en estas edades sino mucho antes, incluso en la etapa prenatal donde se definen los caracteres sexuales primarios. En la actualidad muchos adolescentes inician una vida sexual activa sin tener la preparación adecuada, con resultados nefastos, que se traducen en embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, maternidad y paternidad temprana, frustraciones y conductas de evasión siempre negativas.

Muchas de las reflexiones antes expuestas se hacen evidentes en los discursos de los propios adolescentes, ya sea a través de las entrevistas o en los grupos de trabajo.

A continuación exponemos **Los 20 “NO”** de un adolescente publicado recientemente.

1. No soy un enfermo, ni me siento enfermo	12. No me gusta tomar medicinas
2. No soy una desgracia	13. No me gusta salir con mi hermanito
3. No soy un niño, ni quiero ser chiquito	14. No soy tonto, no necesito que me cuiden tanto. Sé lo que tengo que hacer
4. No soy igual a mis amigos aunque a veces pienso igual que ellos	15. No me entiendo mucho, pero entiendo más de lo que creen las personas mayores
5. No me parezco a mi papá	16. No siento que el tiempo pase rápido
6. No me gustan los consejos, ni los discursos	17. No me gusta depender de mi familia me gustaría vivir solo
7. No me gustan los adultos	18. No me lleno, siempre tengo hambre y por eso quiero comer más
8. No me gusta salir con mis padres, aunque los quiero	19. No se lo que voy a hacer, no se que voy a estudiar
9. No soy malo, ni indiferente aunque a veces dé esa impresión	20. No pienso mucho en el futuro, ni en la vejez, soy alguien del presente
10. No me gusta hacer visitas	
11. No me gusta que mis padres cuenten mis cosas	

El mundo moderno (en la post modernidad posiblemente ocurra más) se ha tornado muy complicado y contradictorio. Los logros del desarrollo científico-técnico no alcanzan para asegurar el futuro de las jóvenes generaciones. En cierta medida se empeoran las contradicciones porque la competitividad existente hoy alcanza niveles inalcanzables para muchos jóvenes.

Hay peligros y riesgos, no todos los adolescentes son sanos, fuertes y con suficiente resiliencia para sobrevivir en condiciones difíciles. También existen enfermedades que se agravan en esta etapa o surgen nuevos problemas que aparecen en estas edades y que comprometen el futuro del adolescente.

En países como los Estados Unidos donde se ha logrado un incremento notable de la esperanza de vida de la población, los adolescentes representan el único grupo de edad en el que hubo aumento de la mortalidad de 1960 a 1981. Aproximadamente un 75% de las muertes de jóvenes en los EE.UU. se deben a accidentes, homicidios y suicidios según datos del US Department of Health, Education and Welfare. Muchas de estas muertes y accidentes están relacionadas con el consumo de alcohol y drogas. Cifras importantes de muertes, entre los adolescentes, se deben a las sobredosis en el consumo de cocaína y otras drogas.

En Cuba, con el incremento de las acciones preventivas y la cobertura de salud a todo lo largo y ancho del país se han resuelto muchos problemas. Sin embargo, asuntos eliminados totalmente en las décadas de los 60, 70 y 80 han resurgido a finales de este siglo; así ha ocurrido con las drogas. Es, por tanto, asunto de la mayor importancia estudiar y combatir esta emergencia. No es solo una cuestión de Salud Pública, sino que corresponde también a otros organismos del país. La intersectorialidad es obligada como corresponde a una política real dirigida a la atención integral de las nuevas generaciones.

No es exagerado enfatizar la importancia de la deserción escolar. Muchos problemas ocurren cuando el adolescente rompe el vínculo con la escuela; no solamente porque interrumpe su aprendizaje, sino porque queda expuesto a grupos no comprometidos con valores sociales.

“El síndrome del aburrimiento” es otro problema importante. Un adolescente sin ideología, ni proyecto de vida, que no le interesa nada, ni participa en nada, queda indefenso, también expuesto a ser captado por grupos disociales o antisociales. Los sentimientos de desesperanza existen en muchos de estos adolescentes que dicen estar aburridos.

El tabaquismo tan frecuente en los adolescentes, que se habitúan porque creen que fumar les da un status de persona importante, así como el consumo de alcohol, pueden ocasionar graves daños a la salud y destruir sus vidas. Es necesario emprender campañas inteligentes contra el consumo de bebidas alcohólicas. El alcoholismo es una grave enfermedad y un problema de salud que puede arruinar a familias completas y dañar gravemente a la sociedad.

Es fundamental que la prevención de estos males se inicie en las etapas anteriores a la adolescencia. La promoción de salud o promoción primordial debe iniciarse con los preescolares y escolares, después es mucho más difícil que las campañas sean exitosas aunque, por supuesto, deben hacerse.

Se ha discutido mucho sobre la importancia y aprovechamiento del llamado Tiempo Libre. Cuando hay hábitos correctos acerca del valor del deporte, el ejercicio, la lectura, el estudio, la música y el trabajo compartido en el hogar, el tiempo libre se reduce o no existe porque se ha empleado ya en todas las actividades antes señaladas.

Un párrafo muy especial sobre el valor extraordinario que tiene la familia para la formación de la personalidad. No existe una "institución" mejor y nada puede sustituirla, sí complementarla. Es el caso de la escuela y de las organizaciones educacionales en general. Es un grave error declarar que sólo la familia educa y también lo es afirmar que toda la responsabilidad de la educación recae en la escuela. La fórmula correcta es: **la familia más la escuela**. Cuando ambos factores funcionan bien los buenos resultados no se hacen esperar.

Todo lo planteado corresponde a la salud de los adolescentes y jóvenes, lo cual hay que entenderlo no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso de interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y la inserción exitosa de los adolescentes y jóvenes en un contexto familiar, escolar, laboral, social y económico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Donas, S. Adolescencia y Juventud. OMS-OPS. Costa Rica 1995.
2. González, R. Psicoterapia del Alcohólico y otros toxicómanos. Editorial Científico-Técnica. Habana. 1996.
3. Guía de Terapéuticas Clínicas para la Atención al Adolescente. Colectivo de autores. UNICEF-MINSAP. Ciudad de la Habana. 1994.
4. Gutiérrez, E. Ver a Cuba. Capítulo Modernidad y Post-modernidad. Editora Ciencias Sociales. Ciudad de la Habana. 1999.
5. Gutiérrez, E. Mensaje a los Padres. Editora Científico Técnica. Habana. 1997.
6. Gutiérrez, E. Los 20 "no" de un Adolescente. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. pág.108 mayo-agosto 1998.
7. Harrell, J. Smoking invitation in youth. Journal of Adolescent Health 1998.
8. Hallengtead. Definición de Adolescencia. La educación de la sexualidad Humana, México 1982.
9. Krauskopf. Dimensiones relevantes en la investigación de la juventud centroamericana. Estudios Sociales. mayo-agosto 1990-
10. Menéndez, H. La Adolescencia y sus conflictos. Editorial Científico-Técnica. La Habana, 1998.

TOXICOMANÍA: CONCEPTUALIZACIÓN

Dr. Antonio Bandera Rosell

En los últimos 30 años, el uso indebido de drogas ha aumentado alarmantemente en todos los rincones del mundo. El alcohol y la marihuana son los más consumidos. La cocaína aumenta cada día y en muchos países toma proporciones epidémicas. El abuso de anfetaminas, sedantes, barbitúricos y tranquilizantes solos o combinados con alcohol u otras drogas, también aumenta. La inhalación de disolventes volátiles de algunos pegamentos y diluyentes de pintura es un problema en niños de muchos países.

Las **toxicomanías** constituyen un problema de salud que en algunos países desarrollados superan en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas.

Su trascendencia actual la sitúan, junto con las guerras y la hambruna, entre los 3 grandes flagelos de la humanidad al concluir el presente milenio y como el principal problema de salud en muchos países desarrollados.

Según denuncia reciente realizada por la Organización de Naciones Unidas (ONU), el consumo y tráfico de drogas afecta a más de 190 millones de personas en el mundo, fenómeno que además es el responsable de más del 50% de la delincuencia mundial.

De acuerdo con estudios de la Junta de Fiscalización de Drogas de la ONU y de la Policía Internacional (INTERPOL), revelados en una reunión especializada en Cartagena de Indias, Colombia, **alrededor de 140 millones de personas fuman marihuana, 13 millones usan cocaína, 8 millones heroína y 30 millones son adictas a las anfetaminas en todo el orbe.**

Se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica hay un consumo anual de 500 millones de galones de bebidas alcohólicas industrializadas, 50,000 millones de tabletas psicoactivas, 600,000 millones de cigarrillos. Los adolescentes constituyen aproximadamente el 20% de la población de cualquier país y se calcula que para el año 2000 este cálculo será superado.

En la década del 70, los jóvenes americanos comenzaron a usar el alcohol y las drogas psicoactivas en edades más tempranas, con más frecuencia y en cantidades mayores que en épocas anteriores.

En México, en 1993, casi las : partes de los estudiantes (74%) consumieron bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, el 4,82% ha experimentado con solventes inhalables, el 3,58% ha usado marihuana y el 1,66% ha experimentado con la cocaína. Cuba no está exenta de éste problema, aunque no existen datos estadísticos de la población adolescente específicamente.

Hay autores que señalan que el 70% de la población de 16 años y más consume alcohol en alguna cantidad y de ellos el 10% se convierten en bebedores problemáticos. En la actualidad a nivel mundial se desarrolla una campaña masiva contra las drogas.

Muchas organizaciones y países han adquirido conciencia de su magnitud devastadora y se coopera en la creación de un plan internacional para su prevención y erradicación.

El problema debe ser analizado desde una perspectiva de salud integral: **paciente-familia-entorno social**, considerando que la percepción social del problema es imprescindible para identificar los factores que favorecen su propagación.

El uso del alcohol y otras drogas está muy relacionado con el aumento de la mortalidad en los adolescentes y las causas principales de esta mortalidad son los accidentes, el suicidio y el homicidio.

La literatura científica señala que el consumo de drogas, el embarazo precoz, las conductas infractoras, los trastornos de conducta y la deserción escolar están estrechamente interrelacionados y se considera que pueden ser expresiones diferentes de una problemática común, en la cual intervienen, de una manera muy compleja, los cambios que está experimentando la sociedad moderna:

- § El tráfico de drogas
- § Las diversas formas de desintegración familiar
- § La violencia social
- § La crisis económica
- § El cambio en los valores
- § La disponibilidad y promoción de las drogas **lícitas**

constituyen elementos presentes en el entorno del adolescente que afectan su bienestar.

Hay estudios que sugieren que hay situaciones psicológicas que preceden el consumo de drogas, tales como la baja autoestima, la depresión, el aislamiento, problemas de identidad, conductas rebeldes, impulsividad, conductas desviadas y su tolerancia, problemas mentales, conductas infractoras y conflictos con el rol sexual, por lo que ante éstas señales hay que estar alerta para la identificación temprana de problemas asociados al consumo de drogas.

El uso de drogas tiene severas consecuencias para la salud física, mental, familiar y social del paciente, tanto más grave cuanto más precoz es el inicio de su consumo. Para los jóvenes, las ventajas físicas y sociales inmediatas del uso de las drogas superan cualquier consecuencia desfavorable a largo plazo.

El consumo de drogas estimula las interacciones sociales, disminuye la tensión, la ansiedad, la fatiga, el fastidio. El consumo excesivo de alcohol por parte de los adolescentes

durante su tiempo libre, es un fenómeno cada vez mayor. Este consumo excesivo no solo repercute en su cuadro de salud sino que tiene además una repercusión social, siendo frecuente las riñas tumultuarias en los grandes expendios de bebida.

En el ámbito familiar donde existe, al menos, un bebedor excesivo, se crea una disfunción familiar que se manifiesta por violencia y agresión física en el hogar o el rompimiento de una familia mediante el divorcio.

El alcoholismo no es solo la drogadicción mas generalizada, sino que, además, abre las puertas para el consumo de otras drogas. Un gran numero de adolescentes que experimenta con el alcohol y las drogas la usan regularmente por un período de tiempo, pero la mayoría no desarrolla serios problemas o consecuencias negativas en sus vidas. Generalmente estos adolescentes son vistos como experimentadores o de uso casual.

Hay autores que reportan que solamente del 6 al 10% de los adolescentes que consumen drogas tienen el criterio de dependencia química. Kandel afirma que hay un proceso de desarrollo en el cual el adolescente comienza el inicio de la drogadicción a través de una secuencia de etapas: Cada droga anterior actúa como entrada potencial a la próxima etapa. Ella propone que el adolescente progresa desde lo legal a lo ilegal y desde las drogas menores a las mayores.

La etapa comienza con las drogas legales e incluye:

- § No uso de ninguna droga
- § Uso de cerveza o vino
- § Uso de cigarrillos y licores duros

En este punto, el uso de drogas ilegales comienza con

- § Marihuana y
- § Otras drogas ilícitas tales como cocaína/crack, alucinógenos, heroína y opiáceos

La mayoría de autores coinciden en que el cigarrillo y el uso de alcohol se relacionan fuertemente con el uso de drogas ilícitas tales como la marihuana y la cocaína. Señalan también que el uso de drogas múltiples es la regla y no la excepción en los adolescentes por lo que éste fenómeno complica severamente el aspecto del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

Las razones por las que los adolescentes combinan las drogas es el aumentar los efectos de una droga con otras. Por ejemplo: el alcohol eleva el efecto de la marihuana. A veces unas drogas son usadas para contrarrestar los efectos de otras. Por ejemplo: la benzodiazepina mejora los efectos de la anfetamina.

Una importante tarea epidemiológica sería la identificación de niños y adolescentes en riesgo de ser drogadictos.

Por ejemplo:

- Niños que ingieren sustancias psicoactivas
- Víctimas de abusos físico, sexual o psicológico
- Fracazos escolares
- Embarazo en la adolescencia
- Jóvenes económicamente en desventajas
- Delincuencia Juvenil
- Jóvenes con problemas de salud mental
- Jóvenes suicidas
- Jóvenes discapacitados

Indiscutiblemente, el niño más vulnerable es el hijo de un alcohólico u otro adicto a sustancia. Los niños de alcohólicos son significativamente más propensos a ser alcohólicos y a juntarse con consumidores. Hay autores que han encontrado dificultades cognitivas, conductuales y emocionales en niños de edad escolar con padres alcohólicos.

El reconocimiento de los factores de protección y de riesgo, o de las condiciones vinculadas al consumo, es de gran importancia para los médicos de familia a fin de facilitar un diagnóstico precoz y orientar las actividades de prevención.

El conocimiento de las acciones de las drogas, sus efectos secundarios y la interrelación del alcohol y otras drogas es importante. Hay que tener en cuenta que todo abuso compulsivo de sustancias psicoactivas es parte de una enfermedad psicosocial llamada **Farmacodependencia o Toxicomanía**.

Los expertos de la OMS definen éste fenómeno como **un estado psíquico y a veces físico resultante de interacciones entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que incluyen un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación.**

¿Qué son las drogas?

Son sustancias naturales o sintéticas, médicas y no médicas, legales o ilegales, que tienen efecto sobre las funciones psíquicas, determinan tolerancia y dependencia y cuyo uso excesivo y/o prolongado conlleva a notables efectos perjudiciales.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS SEGÚN EL EFECTO DE LA SUSTANCIA

Drogas estimulantes

Caracterizadas por la determinación de euforia y sobrevaloración de las potencialidades del consumidor, con sentimientos transitorios de omnipotencia y efímeras actitudes audaces. Los prototipos de éstas drogas son las Anfetaminas, la cocaína y el ICE.

Drogas depresoras

Cuyo efecto liberador de la subcorteza (responsable fundamental de las conductas primarias instintivo afectivas), se determina por la acción inhibitoria sobre los centros corticales. Los prototipos de éstas drogas son el alcohol, la morfina, la heroína, las benzodiazepinas y los hipnóticos entre otros.

Drogas psicodélicas

Su modelo es el LSD cuyo efecto distorsionante de la percepción espacial ha determinado miles de muertes a nivel mundial en los casos de jóvenes que se lanzan al vacío, por la falsa percepción de que la calle está solo a un paso de su balcón. Esta y otras drogas psicodélicas determinan además alucinaciones, despersonalización, trastornos del esquema corporal y vivencias de tipo onírico. En este grupo se incluyen también la marihuana, la fenciclidina (polvo de ángel) y los hongos alucinógenos.

Droga modelo

El alcohol se diferencia de otras sustancias de consumo legal y no médica, como el café y el tabaco, por la capacidad que tiene de afectar seriamente la personalidad y la conciencia del consumidor de igual modo que las mas peligrosas drogas ilegales. Es justamente esto, lo que determina su condición de droga modelo, por ser la única sustancia de consumo legal capaz de reproducir toda la gama de efectos nocivos determinado por las drogas.

PATRONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Consumo experimental

Se define como pruebas breves y no programadas con un fármaco. Los consumidores se ven motivados principalmente por curiosidad y deseos de experimentar los efectos esperados. El consumo experimental suele iniciarse de manera social entre amigos.

Consumo social y recreativo

Se produce en ambientes sociales entre amigos o compañeros que desean compartir y experimentar lo que se percibe como aceptable y placentero. La motivación primaria es social y el consumo es voluntario.

Consumo circunstancial y situacional

Se define como un consumo autolimitado con patrón, frecuencia, intensidad y duración variables. El consumo es motivado por la necesidad percibida de lograr un efecto farmacológico conocido con objeto de afrontar una situación específica.

Consumo intensificado

Se caracteriza por consumo prolongado y programado de por lo menos una vez al día. Este sería motivado por la necesidad o el deseo percibidos de obtener alivio de un problema persistente o de una situación cargada de stress.

Consumo compulsivo

Se caracteriza por consumo frecuente e intenso de duración relativamente prolongada, que produce cierto grado de dependencia psicológica, es decir, el consumidor no puede interrumpir el consumo a voluntad sin experimentar malestar fisiológico o alteración psicológica.

MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS DROGAS

Son 3 mecanismos fundamentales:

- § El determinado por la liberación subcortical secundaria a la afectación de la corteza cerebral.
- § El relacionado con las modificaciones sufridas por los neurotransmisores.
- § El vinculo con la estimulación artificial del centro de las gratificaciones.

Liberación Subcortical

En el desarrollo de las especies animales, existe en lo referente al Sistema Nervioso, una superposición progresiva de niveles que si los valoramos muy en síntesis a partir de los vertebrados serían:

- § Médula Espinal y Protuberancia en los peces
- § Médula, Protuberancia y Subcorteza en los reptiles
- § Médula, Protuberancia, Subcorteza y Corteza a partir de los anfibios con mayor desarrollo en el orden creciente aves, mamíferos, monos antropoides y hombre.

Pues bien, cada uno de los nuevos niveles, que aparecen, controla, inhibe o frena los anteriores, de manera que la Subcorteza frena la Protuberancia y la Médula y la Corteza produce igual efecto sobre la Subcorteza y la Protuberancia.

El comportamiento humano se caracteriza por el control cortical y al basarse en el conocimiento y la voluntad se le denomina comportamiento cognitivo-volitivo, mientras que los animales menos desarrollados son regidos en su comportamiento por la subcorteza y su conducta es de tipo instintivo afectiva. Vale decir, en la corteza están los centros del pensamiento, de los intereses y de las conductas sociales adecuadas, mientras que en la subcorteza compartimos con los animales inferiores los impulsos y necesidades más primitivas que se expresan sin ningún tipo de modulación social.

La subcorteza es totalmente ajena a los sentimientos más puros, a la precaución, la cortesía, el autocontrol y también a las preocupaciones, por ello su liberación determina una cierta alegría artificial así como un comportamiento totalmente carente de crítica muy semejante al de los animales. Las drogas, cualquiera que sea su tipo, afectan seriamente el funcionamiento de la corteza y liberan la subcorteza.

Modificación de los transmisores

Estas sustancias que sirven como intermediarios químicos para transmitir el impulso nervioso de unas neuronas a otras, juegan un importante papel en el comportamiento humano. La mayoría de las drogas modifican su funcionamiento ya sea por el mecanismo de “gasto adelantado” que después el organismo no podrá reponer dando lugar al “efecto rebote”, o por el mecanismo de sustitución antinatural de acciones.

Estimulación artificial del centro de las gratificaciones

En experimentos con monos se ha demostrado que la aplicación de conductores eléctricos muy finos implantados en una zona central del cerebro llamado *núcleo accumbens*, determina comportamientos de autoestimulación mediante la manipulación de una palanca que aplica estímulos eléctricos de muy pequeña intensidad.

Lo más sorprendente de estas conductas de autoestimulación es que una vez aprendidas, se convierten en el único centro de interés del mono, y este llega a morir de hambre y sed al autoestimularse continuamente.

Por diferentes vías, las drogas producen un efecto similar esclavizante aunque afortunadamente existe una función exclusiva del hombre que viene a su rescate para evitar el triste final de los animales inferiores. Esa función es la conciencia.

DEFINICIONES

Abuso de sustancia

No existe una definición clara sobre este punto. En la práctica, el abuso de sustancia se entiende mejor en términos de los efectos que la misma produce en el funcionamiento diario de la persona y se define como el consumo de una sustancia psicoactiva que interfiere de manera grave con la salud o el funcionamiento ocupacional y social del paciente.

Adicción

Según la define la Organización Mundial de la Salud, es un “patrón de conducta de consumo de fármacos que se caracteriza por aferramiento insuperable al consumo de una sustancia, conducta de búsqueda compulsiva de la misma y gran tendencia a las recaídas después de la supresión”.

Dependencia

Es aquella situación en la que un sujeto necesita recurrir a la sustancia con regularidad, para superar los obstáculos que se le imponen en su vida diaria.

Dependencia psíquica

Es cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar.

Dependencia física

Es un estado de adaptación que se manifiesta en intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de una droga.

Síndrome de abstinencia

Son malestares físicos que se presentan por la supresión de la droga y que están integrados por una serie de síntomas y signos, de naturaleza física y psíquica, que varían según la droga.

Tolerancia

Es el estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de droga, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Esto tiene como consecuencia la necesidad del sujeto de consumir una dosis mayor del fármaco para provocar el mismo efecto.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS DSM-IV

Un patrón de mal adaptación al uso de sustancias sobresaliente a un deterioro significativo, manifestado por 3 (o mas) de los siguientes, ocurrido en cualquier tiempo dentro del período de 12 meses:

- § Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - § Una necesidad de incrementar marcadamente la cantidad de sustancia para alcanzar la intoxicación o los efectos deseados
 - § Efectos marcadamente disminuidos con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia.

- § Abstinencia, manifestada por cualquiera de los siguientes
 - § Las características del síndrome de abstinencia a la sustancia (referido a los criterios A y B del grupo de criterios para la abstinencia de la sustancia específica)
 - § La misma sustancia (o una relacionada estrechamente) es tomada para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 - § La sustancia es frecuentemente tomada en grandes cantidades o sobre un largo período que fue deseado

- § Hay un persistente deseo o infructuoso esfuerzo para dejar o controlar el uso de sustancia.

- § Una gran distribución de tiempo es gastado en actividades necesarias para obtener la sustancia, para consumirla o reponerse de sus efectos.

- § Importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas son dejadas o reducidas a causa del uso de sustancias.

- § El uso de sustancia es continuo a pesar del conocimiento de tener problemas físicos y psicológicos persistentes o recurrentes que es probable han sido causados o exacerbados por la sustancia.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ABUSO DE SUSTANCIAS DSM-IV

- § Un patrón mal adaptado del uso de sustancia que conduce a un significativo deterioro, manifestado por uno (o más) de los siguientes, ocurrido en un período menor de 12 meses:
 - § Uso recurrente de sustancia resultando en un fracaso para cumplir la mayoría de las obligaciones en el trabajo, escuela en la casa (ej. ausencias repetidas o pobre desempeño relacionado con el uso de sustancia, ausencia, suspensión o expulsión de la escuela relacionado con el uso de sustancia, abandono de niños o de la familia)

- § Uso recurrente de sustancia en situación en la cual esto es físicamente arriesgado (ej. Manejar un automóvil, operar una maquinaria)
- § Problemas legales relacionados con el uso recurrente de sustancia (ej. arrestos por conductas desordenadas relacionadas con el uso de sustancia)
- § Uso de sustancias continuas a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de las sustancias (ej. Argumentos con la esposa acerca de las consecuencias de intoxicación, peleas físicas)
- § Los síntomas nunca han satisfecho los criterios de la dependencia a sustancia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

El abuso de sustancia puede ser una manifestación de psicopatología, un efecto de la psicopatología o no relativo a la psicopatología. Varios estudios indican una asociación en el abuso de sustancia y la depresión unipolar, trastornos bipolares, conducta antisocial, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de personalidad borderline y suicidio.

Los niños y adolescentes cuyos padres son consumidores de alcohol y drogas incrementan el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. Los trastornos asociados incluyen trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos del apetito, trastornos de personalidad y psicosis.

Problemas asociados

El SIDA y los seropositivos del Virus de Inmunodeficiencia Humana se han convertido en un problema de salud pública y su asociación con el abuso de sustancia puede demostrarse.

Aunque la diseminación principal en drogadictos es por vía intravenosa no se puede descartar la importancia de la actividad sexual del adolescente tanto heterosexual como homosexual.

El abuso de sustancia perinatal es un área importante a tener en cuenta porque existe la evidencia de la asociación entre abuso de sustancia y la morbi-mortalidad infantil. La mayoría de los estudios realizados sobre la relación entre el abuso de sustancia y los efectos sobre el desarrollo del organismo señalan el Síndrome del Feto Alcohólico. Esta complicación del abuso del alcohol ocurre en 1 de cada 5000 nacidos y es la causa principal prevenible de Retraso Mental. Este Síndrome incluye una triada de desarrollo retardado, disfunción del Sistema Nervioso Central y dismorfismo craneo facial.

El síndrome es generalmente reconocido en el período neonatal, no obstante podría no ser reconocido hasta la edad preescolar cuando las características de los rasgos físicos comienzan a ser más evidentes o más tarde cuando los síntomas conductuales adicionales tales como inatención, distractibilidad e hiperactividad están presentes. Hay autores que han encontrado esta sintomatología en hijos de embarazadas que han fumado marihuana.

ALGUNAS PREGUNTAS GENERALES DE INTERÉS

¿Los que usan drogas por consumo experimental, pueden llegar a depender de ellas?

El motivo de probar las drogas “para ver que se siente”, inducido por la curiosidad, es un fenómeno frecuente entre los adolescentes, quienes utilizan este mecanismo para imponerse desafíos a sí mismos con el fin de autoafirmarse.

El uso de una sola ocasión de una droga, no provoca dependencia en general. El peligro está en el uso continuado o en el descubrimiento de que cierto tipo de sustancia puede provocar placer o calmar dolor y que a partir de ahí se insista en su uso.

¿Qué efectos tienen las drogas sobre el deseo sexual?

Esta es una pregunta muy general. Las drogas poseen características diferentes sobre el Sistema Nervioso Central e influyen de manera diversa sobre la sexualidad.

No obstante el consumidor habitual pierde interés por todo lo que le rodea incluyendo el sexo.

¿Son delincuentes los farmacodependientes?

Ni todos los farmacodependientes son delincuentes, ni todos los que delinquen abusan de las drogas.

Otro de los mitos es que los farmacodependientes poseen rasgos físicos y culturales característicos, por ejemplo: son melencólicos, sucios, hippies, no trabajan, son promiscuos, etc. Este perfil se adapta pocas veces a la vida de estas personas.

Baste decir que en las escuelas secundarias de varios países desarrollados se fuma marihuana en mayor o menor proporción y los adolescentes de estos países no poseen las características antes descritas.

En nuestro medio los adolescentes tratados por nosotros poseen hábitos externos muy similares al de cualquier adolescente no farmacodependiente, muchos no

están aun desvinculados del estudio y proceden de familias aparentemente adecuadas.

¿Cuáles son las causas del abuso de las drogas?

En gran parte, lo infructuoso de los esfuerzos contra el abuso de las drogas se debe a que las causas que lo determinan son multifactoriales. Con frecuencia se enfatizan mas los síntomas que las causas.

No existe una causa “única” que pueda darse como explicación totalizadora. Existe la aceptación general de que diversos factores influyen en el abuso de las drogas en forma parcial y que su interacción determina el complejo mosaico de la farmacodependencia.

¿Cuáles son las causas a nivel individual?

La OMS enfatiza las siguientes siete variables:

- § Satisfacer la curiosidad sobre el efecto de las drogas
- § Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otro
- § Expresar independencia y a veces hostilidad
- § Obtener experiencias placenteras, emocionantes, nuevas o peligrosas.
- § Adquirir un estado superior de conocimientos o de creatividad
- § Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad
- § Escapar a las situaciones angustiosas de la vida

BIBLIOGRAFIA

1. Consumo de drogas en menores. Revista Española de Drogodependencia. Vol 20 No. 1, 1995, Pag 59
2. D.S.M.-IV. Substance-Related Disorders. (1994) Pag. 175-272
3. Goldman, Howard, H (1989) Trastornos por el uso de sustancias psicoactivas. Psiquiatría General. Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V. Pag 280-301
4. González Echemendia, Fidel (1991) Estudio de la farmacodependencia en un grupo de adolescentes. Tesis de Grado.
5. Las tóxicomanías en el adolescente. Revista Española de Drogodependencia. Vol 20 No. 1, 1995. Pag. 69
6. OMS. Problemas de salud de la adolescencia. Ginebra. OMS. 1965. (Serie de informes técnicos No. 308)
7. OMS. Publicaciones y documentos del programa de salud de los adolescentes. Ginebra, 1992
8. OMS. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1986. Serie de informes técnicos No. 371
9. OMS. Informe de la primera reunión del grupo consultivo científico y técnico del Programa de salud de los adolescentes. Ginebra. OMS, Enero/92
10. OPS. Alcoholismo en los adolescentes y la juventud: experiencia chilena. En la salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington, D.C. 1985 (Publicación Científica 489)
11. OPS. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: Comunicación para la salud No. 6, Washington, D.C.. 1995
12. Serrano, C.V. (1990) Factores protectores y de riesgo de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. OMS. (Documento inédito)
13. Zarek, D (1987) Factores de riesgo para adolescentes con dependencia química. Clin. Ped. N.A. Vol 2 Pag 523-536

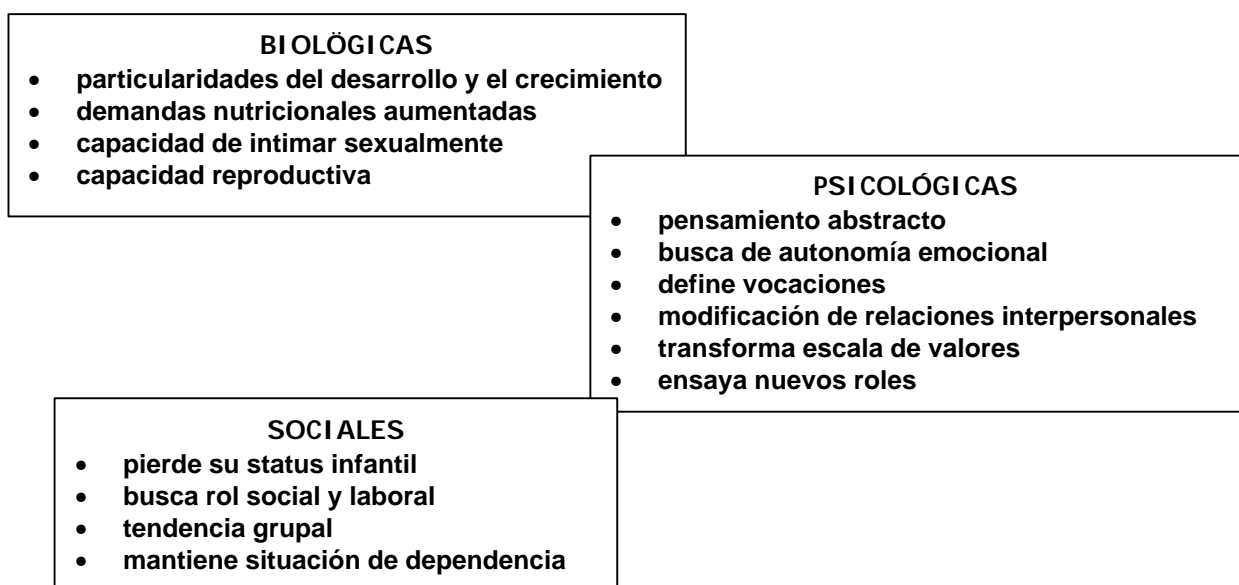
FACTORES ETIOLÓGICOS Y DE RIESGO

Dra. Ana M. Gómez García

*Madurar es un acto complicado,
percibir la hora de cambiar es aún mas
difícil, pero no tanto,
si encontramos una cierta figura
capaz de abrir nuestros ojos y
mostrarnos que las posibilidades de la
vida son ilimitadas.*
(Tomado del diario de una adolescente)

La adolescencia es uno de los períodos más importante de la vida humana. Es un período donde se hacen necesarios un conjunto de ajustes en el individuo para funcionar con respecto a sí mismo y al medio. A su vez estos ajustes inciden y se matizan por el medio social donde se desarrolla el adolescente. Los aspectos psico-sociales de la adolescencia están influenciados, y en dependencia directa, por factores culturales. La adolescencia es un período de cambios rápidos que se manifiesta en los niveles de integración biológica, psicológica y social. Cada área de cambios es independiente de las restantes pero todas están estrechamente vinculadas entre sí. Aristóteles ya describía cambios y particularidades en la conducta de los adolescentes, refiriendo que cuando se producían los cambios puberales, en el individuo aparecían “tendencias ardientes, irritables, apasionadas e impetuosas”

CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA



INDICADORES DE LA ADOLESCENCIA

- necesidad de autonomía
- búsqueda de identidad ¿quién soy ?
- necesidad de un espacio
- conectar sus necesidades con sus aspiraciones
- idea diferente al adulto del espacio y el tiempo

Estas características generales del adolescente se traducen en una serie de comportamientos, que algunos autores denominan **conductas perturbadoras**, que pueden generar dificultades en las relaciones interpersonales con figuras parentales, adultos vinculados al ejercicio de la autoridad y/o paraiguales pero que no forman parte de ningún desorden mental. Ellas también se vinculan a una conducta orientada a experimentar nuevas formas de actuar y de sentir y hacen a los adolescentes un grupo expuesto a toda una serie de factores que de no conocerse y actuar sobre ellos pueden favorecer el desarrollo de afecciones físicas y/o psicológicas.

FACTORES ETIOLÓGICOS

El consumo de alcohol y drogas constituye una de las posibles vías de “experimentar” nuevas formas de actuar y de sentir para los adolescentes. Su consumo ha presentado una elevación vertiginosa a partir de los años sesenta del siglo XX. En nuestro medio, aunque no constituye un problema de salud, comenzamos a tener en la práctica diaria adolescentes que presentan manifestaciones consecutivas al consumo de algunas sustancias tóxicas y/o alcohol, ya que en ocasiones combinan ambos productos los que suelen potencializar sus respectivos efectos primarios. Esto demanda que los profesionales que laboramos con este sector poblacional nos preparemos para abordar de manera integral y eficaz estos devastadores trastornos.

Los adolescentes pueden consumir drogas por diversas razones:

- § un camino fácil y rápido para sentirse bien
- § un modo de ganar aceptación entre paraiguales
 - § para ayudar a modificar sentimientos displacenteros
 - § para reducir trastornos emocionales
 - § para mitigar la tensión y el estrés
 - § para aliviar la depresión
 - § para ayudar a hacer frente a las presiones de la vida

Si bien la etiología de las toxicomanías no está completamente definida, si hay un consenso de la comunidad científica internacional, que la considera **multifactorial** incluyendo entre otros factores: vulnerabilidad genética, estresores sociales, problemas psiquiátricos y características individuales de la personalidad. Esta realidad nos permite

valorar que la etiología de estos trastornos está condicionada por factores BIO-PSICO-SOCIALES.

Factores biológicos (Estudios Genéticos)

Diversos estudios en gemelos, en familias y en niños adoptados muestran una fuerte tendencia genética en niños y adolescentes toxicómanos, comprobada por la mayor incidencia de estos trastornos entre los familiares biológicos y en gemelos monocigóticos. Se ha comprobado la asociación del alelo A-1 receptor de la dopamina D2 con el alcoholismo. Se considera internacionalmente al alcohol como la “droga portera” pues es por la que generalmente se inicia el contacto con el consumo de sustancias tóxicas y facilita el consumo de otras.

Factores psicológicos.

Frecuentemente los problemas de conducta asociados con el alcohol y otras drogas en la adolescencia tales como rebeldía, pobres resultados académicos, delincuencia y actividad criminal predeterminan el inicio del uso de sustancias.

También los rasgos de personalidad tales como pobre autoestima, ansiedad, depresión, falta de autocontrol, predisposición hacia la inconformidad, rebelión y sobre-independencia son factores a tener en cuenta.

Factores sociales.

Entre los antecedentes sociales se invocan determinadas condiciones del medio tales como:

- § residir en grandes medios urbanos
- § realización (o contacto) de ciertas ocupaciones
- § desarrollarse en áreas de alto índice de criminalidad y delincuencia
- § conceptos éticos débiles ó ausentes
- § acceso al alcohol y/o droga
- § medios masivos de comunicación, publicidad, radio y televisión estimulan en ocasiones el uso de drogas

FACTORES DE RIESGO

El ser humano posee mecanismos o factores que lo protegen ó no de la posibilidad de desarrollar alteraciones en su funcionamiento biopsicosocial y mantener o romper su equilibrio salud-enfermedad. Estos mecanismos se denominan Factores protectores o Factores de riesgo según su actuación. El enfoque de **riesgo** es un abordaje conceptual y metodológico que resulta de gran importancia para identificar y actuar sobre causas multifactoriales de diferentes afecciones. Es de gran utilidad en el abordaje etiológico de las toxicomanías. Este enfoque plantea que:

- Las personas, las familias y los grupos tienen diferentes grados de posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar. Estas variaciones dependen del equilibrio existente entre esfuerzos, recursos y necesidades.
- Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.
- El control de los factores de riesgo, por supresión o compensación, disminuye la probabilidad de daño (**PREVENCIÓN PRIMARIA**) y el refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una mejor salud (**PREVENCIÓN PRIMORDIAL**).

Denominamos **factores de riesgo** a circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que favorecen la posibilidad de que se produzca un problema. Su conocimiento permite establecer prioridades de atención del problema de acuerdo con la forma como se relacionan dichas circunstancias o eventos y las características del propio adolescente.

FACTORES DE RIESGO	
INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendencia secular ▪ Pobre motivación y rendimiento escolar. ▪ Pobre autoestima y estimulación positiva. ▪ Autocontrol deficiente o ausente ▪ Escasos conocimientos sobre sexualidad. ▪ Maltrato ▪ Limitaciones físicas o mentales
EDUCACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conductas correctivas no consecuentes con la etapa del desarrollo. ▪ Pobre conocimiento de profesores, profesionales de la salud y adultos sobre el proceso Adolescencia.
FAMILIARES	<p>I. Organización familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hogares incompletos o monoparentales ▪ Roles parentales asumidos por nuevas parejas. ▪ Padres ausentes. <p>II.- Funcionamiento familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Roles paternos no bien definidos. ▪ Persistencia de roles tradicionales ▪ Desorientación de los padres ante modas y comportamiento adolescente ▪ Ausencia de valores positivos. ▪ Estilos de vida no satisfactorios. ▪ Antecedente de madre adolescente. ▪ Familias ampliadas. ▪ Relación familiar conflictiva.

Debemos señalar además otros factores de riesgo entre los que tenemos:

- Tener uno de los padres con una enfermedad mental grave, especialmente la madre.
- Crecer en un ambiente de abuso, o de extrema pobreza.
- Crecer con un progenitor alcohólico o toxicómano.
- Relaciones con paraiguales consumidores de alcohol o drogas.

Llamamos **factores protectores** a aquellas características personales que le facilitan al individuo evitar el desarrollo de manifestaciones psicopatológicas, a pesar de estar sometido a factores nosógenos, provenientes del medio familiar y social.

FACTORES PROTECTORES	
§	Poseer un locus interno de control.
§	Inteligencia dentro de límites normales.
§	Habilidad para comunicarse.
§	Autoestima positiva.
§	Poseer flexibilidad en las características de personalidad.
§	Tenencia de una espiritualidad positiva.
§	Poseer un humor positivo, determinado por la capacidad de REIR

Existen otros factores protectores pero se ha comprobado que los mencionados anteriormente contribuyen a que los adolescentes funcionen adecuadamente, con independencia de que estén en un ambiente adverso.

Denominamos **Resiliencia** a la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. Se hace necesario poder identificar las características del adolescente "**resiliente**" para fortalecerlas e intervenir positivamente promoviendo su desarrollo. Ello enriquecerá las intervenciones de salud y desarrollo psicosocial y permitirá la **Prevención Primordial**, o sea , aquella en la que se ejecuten acciones antes de la emergencia de problemas o patologías para su reducción. La estimulación de la resiliencia llegará a ser un importante componente de la promoción de la salud y el desarrollo humano.

El dominio que tengamos de las particularidades de los adolescentes que representan el 20% aproximadamente de la población general, así como el oportuno reconocimiento de los factores protectores y de riesgo que posean, nos colocará en una posición privilegiada para continuar perfeccionando las medidas de prevención primaria y fortaleciendo las de prevención primordial.

Este conjunto de acciones de salud redundará en el aumento de la calidad de vida de la población comprendida en uno de los períodos mas importante del desarrollo humano,

pues la **ADOLESCENCIA CONSTITUYE UN SEGMENTO POBLACIONAL TRASCENDENTE**, no exclusivamente para el individuo, padres y maestros, sino también para toda la sociedad, ya que no solo es continuidad y relevo de generaciones, sino también la forja del futuro mediato.

Consideramos que los aspectos abordados de manera general servirán a nuestros profesionales de la salud vinculados a la atención primaria para identificar precozmente a los adolescentes en riesgo de desarrollar toxicomanías, lo que permitirá trazar un conjunto de acciones tendentes a evitar el desarrollo de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

1. Bukstein O. et al. (1997). Practice Parameters For The Assessment And Treatment Of Children And Adolescents With Substance Use Disorders. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIAT, 36(10)spp: 177-193.
2. Johnson B.D. and Roache J.D. (1997). Drug Addiction And Its Treatment. Nexus Of Neuroscience And Behavior. PUBLISHERS Lippincott-Raven. Philadelphia-New York.
3. Hernández C. A. (1996). Familia y adolescencia: indicadores de aplicación de instrumentos. OPS. Washington. D.C.
4. Gómez de Terreros I. (1996). Drogas y Adolescencia. En : El niño y el adolescente: riesgos y accidentes. Editorial LEARTES. Barcelona.
5. González Menéndez, R. (1996) Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos. Editorial Científico-Técnica. La Habana.
6. Madden J.S. (1996). Alcoholismo y farmacodependencia. El Manual Moderno. México, D.F.
7. Metcalf A.W. (1989). Desarrollo del niño y el adolescente. Tomado de: Psiquiatría General, Goldman H.H. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México, D.F.
8. Ministerio De Salud Pública De Ecuador. Apoyo Técnico Servicios Contractuales OPS/OMS.(1995). Dirección Nacional De Fomento Y Protección. Manual De Normas Y Procedimientos Para La Atención Integral De Los/Las Adolescentes Con Énfasis En La Salud Reproductiva. Quito.
9. OMS(1995). La salud de los jóvenes : un reto y una esperanza. Ginebra.
10. OPS/OMS (1995). La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. (Comunicación para la Salud No. 6). Washington.D.C
11. OPS/OMS. Representación en Costa Rica.(1995). Análisis del desarrollo y la salud mental en la adolescencia. San José.
12. OPS/ OMS. (1982). Reunión de Expertos sobre Farmacodependencia. Bol OPS; 93(5): 468-470.
13. OPS. Representación en Costa Rica(1995). Indicadores de salud en la adolescencia: orientaciones para la construcción de un instrumento para evaluar el desarrollo en la adolescencia. San José.
14. Prandi, F. (1992). Una visión integral del adolescente y de su salud. Bol Ped; 33(145):321- 328.
15. Rojas Breddy y colab.(1995). Adolescencia y juventud: aportes para una discusión. OPS/OMS. Representación en Costa Rica.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DEL ADOLESCENTE TOXICÓMANO

Dra. María de la Concepción Galiano Ramírez

El consumo de sustancias supone un grave problema biológico, psicológico y social, que durante los últimos años se ha convertido en una auténtica epidemia en el mundo. Las personas más vulnerables son los niños, adolescentes y jóvenes.

PERFIL PSICOLÓGICO

Razones del consumo de drogas

¿Por qué los adolescentes consumen drogas? Esto puede suceder por múltiples razones, entre las que se reportan causas médicas, predisposición genética, enfrentar el estrés, obtener placer, excitarse y generar mayor energía, desafiar la autoridad, satisfacer la curiosidad, ser aceptado en un grupo social determinado, suprimir o liberar sentimientos, escapar de la realidad, evitar el aburrimiento, alterar el estado de conciencia, dormirse, etc. Lo que se resumiría en los llamados *factores de riesgo de tipo individual*; pero no podemos dejar de insistir una vez más, en los *factores de riesgo tipo familiar, escolar y social*, que predispone al adolescente al consumo de drogas. Por lo que es acuerdo universal que no es una sola causa la que explica este fenómeno; es la *condición biopsicosocial* del sujeto lo que lo determina.

Existen modelos explicativos de las drogodependencias:

A. Modelo biológico

Basados en modelos orgánicos también denominados modelos médicos, en los que se incluyen:

- § Modelo de enfermedad, planteado por Jellineck en 1952 para el alcohol y aplicado a otras drogas; está basada en la predisposición genética.
- § Modelo de automedicación, propuesto por Khantzian en 1985. Este autor sugiere que se requiere de un trastorno mental y/o trastorno de la personalidad previo; esta psicopatología provoca la necesidad de la droga en un intento de aliviar la misma.
- § Modelo de exposición de Weiss y Bozarth en 1987. Ellos consideran que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda y consumo.

Tanto el modelo de automedicación como el de exposición permiten la integración de una variable psicológica.

B. *Modelo psicológico*

Están basados mayoritariamente en las teorías del aprendizaje:

- Los postulados conductistas, siguiendo el modelo de condicionamiento operante, defienden que el consumo se vería reforzado cuando la persona mejora su funcionamiento social.
- Los postulados cognitivistas, permiten a su vez formular los siguientes modelos:
 - Modelo de aprendizaje social, en el que cobran importancia los patrones de conducta de figuras a imitar.
 - Modelo de adaptación; los toxicómanos son deficientes en la utilización de recursos personales y del contexto para dar solución a sus problemas.
 - Modelo social de Peele efectos. ; señala que el consumo viene determinado por el modo como la persona interpreta la experiencia de consumo y sus efectos

C. *Modelo sociológico*

Los modelos sociológicos puros son pocos y la mayoría comparten elementos con las teorías psicológicas. Se plantea:

- Modelo de asociación diferencial. Generalmente quien inicia el consumo es el mejor amigo, esto a cambio de un sistema familiar debilitado.
- Modelo de control parental. Sostiene que las consecuencias a largo plazo de la carencia de afecto de los padres y/o su falta de respeto a las normas, se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos, es decir, riesgo para el consumo.
- Modelo de autoestima: La baja autoestima en la familia es recuperada en el grupo de coetáneos, y si éstos consumen drogas, eso hará el adolescente.

Sustancias más frecuentemente utilizadas

En este aspecto no pretendemos describir los tipos de drogas, lo que será ampliamente expuesto en otros capítulos. Sólo queremos insistir en que en los adolescentes existen formas peculiares de consumo de sustancias tóxicas, sobre todo en los estadios iniciales, las que pueden constituir frecuentes puertas de entradas a toxicomanías más graves; por lo que debemos estar alertados.

Sustancia tóxica es la *cafeína*, la que vemos frecuentemente consumida por niños, adolescentes y jóvenes; también lo es la *nicotina*, cuya aceptación social es generalizada. Especial atención merece el *alcohol*, cuyo consumo ha experimentado un notable incremento en los últimos tiempos, observándose que la edad de inicio del consumo del mismo, disminuye cada vez más en nuestros adolescentes y jóvenes.

Especial interés requieren los *medicamentos* prescritos en la práctica médica cotidiana, como son los antiasmáticos, antitusígenos, analgésicos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, barbitúricos, corticoesteroides, anfetaminas, antiparkinsonianos, anabólicos, adelgazantes, hipnóticos, etc.; constituyendo el consumo continuado de algunos de éstos, *formas legales de toxicomanía*.

Las cinco drogas más empleadas en el mundo por los adolescentes con fines de drogadicción son el alcohol, anfetaminas, marihuana, cocaína y alucinógenos.

Además hay que mencionar que en nuestro medio es observada la utilización de la "*campana*" o *chamisco* y los *hongos alucinógenos*. También son utilizadas la *marihuana*, *cocaína* o *crack*, *opiáceos* y *las sustancias inhalantes*; éstas últimas muy escasamente.

Efectos del consumo de drogas

Las drogas afectan a la gente de manera diferente. Los efectos se relacionan con el "*estado psicológico*" del individuo, lo que está determinado por lo que se espera de la droga y lo que se desea que produzca la misma; es decir, la manera en que la mente de la persona está preparada para responder a los efectos de una sustancia química. Esto hace pensar que las actitudes de los adolescentes, jóvenes y personas en general, juegan un papel muy importante en el efecto de una sustancia tóxica.

Los efectos inmediatos y a largo plazo, dependen de una gran variedad de factores como el tipo de droga, la cantidad que se ingiere, el modo en que la droga entra al organismo, la vulnerabilidad genética, el nivel de tolerancia y de dependencia física, así como el estado psicológico y el contexto social. La pregunta relevante sería: ¿Cómo se ve afectada la salud física y emocional del adolescente que consume drogas?.

La respuesta estaría dada por los cambios en la vida del individuo; para evaluar este aspecto es necesario tener en cuenta los problemas consecutivos a la utilización de estas sustancias; preguntas como las que siguen es necesario formularse siempre:

- ¿Aparecieron trastornos de conducta en la escuela o el trabajo?,
- ¿Disminuyó el rendimiento escolar o laboral?,
- ¿Hay conflictos en las relaciones con la familia o los amigos?,
- ¿Se han detectado problemas financieros o legales?,
- ¿Han aparecido síntomas en relación con la salud física o mental?...

Muchas veces descubrimos que un adolescente “se droga” por los indicios que nos da, que no son más que distintos grados de afectación de su vida.

Cómo descubrir si un adolescente consume drogas

El consumo ocasional de drogas por parte de los adolescentes es muy difícil de reconocer y puede pasar inadvertido, a menos que ellos mismos lo refieran. Los signos reconocibles del consumo de droga aparecen más tardíamente. Para saber si un adolescente consume drogas, es preciso tener un marco de referencia, es decir, saber cual es el comportamiento “normal” habitual del sujeto. A partir de ahí, podremos observar los cambios sustanciales. Algunos cambios podrían ser “positivos” (según algunos autores) dependiendo de las características individuales; otros son indudablemente problemáticos. A continuación se propone una lista de signos y síntomas que podrían indicar consumo de drogas:

Area emocional:

- Cambios básicos en el modo de ser: los que salían mucho, dejan de hacerlo; los que salían poco, ahora siempre salen; etc.
- Incidentes de cambios de humor inexplicables: tensión, y “nerviosismo”, euforia, irritabilidad e inquietud.
- Indiferencia con relación a lo que le rodea: escuela, deportes y otras actividades.

Familia:

- Actitud muy reservada.
- Alejamiento de la familia.
- Mayores conflictos en el hogar.

Escuela:

- Ausencias y llegadas tardías a clases.
- Disminución de las calificaciones.
- Problemas de conducta.
- Actitud negativa con relación a las actividades escolares.

Amigos y vida social:

- Abandono de viejos amigos.
- Abandono de viejas actividades.
- Trato con nuevos amigos o personas que consumen drogas.
- Llamadas telefónicas o mensajes que encubren información sobre drogas.

Efectos físicos:

- Irritación de los ojos.

- Pérdida de peso
- Trastornos del sueño.
- Fatigabilidad o hiperactividad.
- Cefaleas.
- Temblores.
- Deterioro de la higiene personal.

Es preciso advertir que algunos de los llamados signos de consumo de drogas pueden deberse a otras razones. Puede tratarse de conductas del adolescente normal. *Otros indicios que sugieren el posible consumo de drogas:*

- Cambios en los horarios de sus actividades y en su ritmo de sueño-vigilia y alimentación.
- Se transforma su manera de vestir y de hablar.
- Misteriosa disminución o desaparición de las bebidas alcohólicas del hogar.
- Desaparición de dinero, ropas u otros objetos de valor.
- Desaparición de medicamentos o prescripciones de fármacos de otros miembros de la familia.
- Accesorios típicos de los consumidores de drogas.
- A veces hay restos de hierbas en sus bolsillos.
- Utilización de incienso u otras sustancias que expelen olor para neutralizar el de la marihuana.
- Señales de quemaduras o manchas de sangre en sus ropas, si se trata de droga inyectable (esto no es observado actualmente en nuestro medio).

Uno solo de estos signos no hace el diagnóstico, pero varios de ellos nos pueden confirmar la sospecha de que algo está ocurriendo.

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

Diagnóstico

Desde el punto de vista conceptual, los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos originados por la ingestión de una droga de abuso (incluyendo al alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a drogas; o sea, el término *sustancia* puede referirse a *una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico*.

Un aspecto importante de las toxicomanías es el relacionado con el *diagnóstico*. Se reporta que la drogadicción, es quizás el diagnóstico pediátrico menos considerado; de forma similar sucede en otras especialidades como Medicina General, Neurología, etc.; y a veces, hasta en la misma Psiquiatría Infanto-Juvenil. *No pensamos en el diagnóstico y para llegar a éste, hay que sospecharlo.*

En cuanto al aspecto relacionado con el examen del adolescente, se insiste que es de sumo interés y debe incluir la entrevista y la aplicación de técnicas de exploración psicológicas apropiadas.

Generalmente el adolescente rechaza la entrevista, al profesional sobre todo si es psiquiatra, y también rechaza la posibilidad del cambio; tiene serias dudas sobre la necesidad de ayuda y en principio rechaza cualquier intervención.

Si se consigue la colaboración inicial del paciente y ésta se mantiene, será más fácil llevar adelante el tratamiento, lo que redundará en mejores resultados. La primera entrevista es la más difícil y de mayor repercusión para el futuro del tratamiento y la evolución.

En la actualidad está plenamente aceptado por clínicos e investigadores que los adictos no constituyen un grupo homogéneo. Desde esta perspectiva, la tipología toxicómana establecida por Cancrini y col, resulta atractiva para el trabajo clínico y de investigación, al permitirnos establecer una clasificación diagnóstica con base a un conjunto de parámetros que se resumen en:

- Los modelos de organización y comunicación en la familia.
- La organización psicológica, los mecanismos de defensa y los rasgos presentes en la conducta y en la personalidad, así como los aspectos adaptativos del desarrollo individual sobre los que la droga ejerció un efecto terapéutico.
- La naturaleza de las actitudes, la selectividad en la elección de la droga, el riesgo de sobredosis y el nivel de interés-desinterés hacia las consecuencias físicas y/o mentales del consumo; también la tendencia a maximizar o a minimizar hechos relacionados con la droga y la sensibilidad o habilidad para reconocer, apreciar o disfrutar de los efectos de las distintas sustancias.
- El tipo de relaciones que el toxicómano y su familia establecen con los diversos dispositivos de ayuda y asistencia.
- Los efectos de los programas terapéuticos sobre las diferentes situaciones de toxicomanía.

Las cuatro tipologías toxicómanas propuestas son las siguientes:

Toxicomanía Traumática

Esta se instaura de un modo rápido e imprevisto, por reacción a un trauma; la sustancia sirve para “aturdirse”, no causa placer.

Toxicomanía Neurótica

La adicción desempeña un papel protector respecto a los conflictos de la persona; tiene connotación de “desafío doloroso” o “de intolerancia rencorosa”. Un daño físico secundario, facilita frecuentemente su superación.

Toxicomanía de Transición

Con un cuadro clínico grave en el que se mezclan elementos neuróticos y psicóticos de tipo obsesivo, depresivo y paranoide. Es importante el riesgo de suicidio como reacción a una brusca interrupción del consumo.

Toxicomanía Sociopática

Es la única en la que antes de instaurarse, aparecieron comportamientos antisociales. La persona se presenta como “incapaz de amar y aceptar amor”. La sustancia parece favorecer los mecanismos de rechazo y de aislamiento social.

Comorbilidad

El problema sobre los “*trastornos dobles*” o *comorbilidad* (consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos) ha aumentado de manera continua en los últimos tiempos. Se insiste en la importancia de distinguir entre el estado psicopatológico anterior al consumo y el que puede originarse posteriormente. A veces la situación psicopatológica es anterior al consumo, pero en otras, aparece tras éste y como consecuencia del mismo. También es importante establecer la diferencia de estos aspectos con relación a los síntomas de la intoxicación aguda y la abstinencia.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: Trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias; en éstos últimos se observan una variedad de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales (cuadro 1). En general se plantea que las personas con trastornos mentales presentan una proporción de adicciones superior a la de las personas sin estos problemas.

Existen múltiples investigaciones sobre la presencia de síndromes psiquiátricos en las personas drogadictas, pero son escasas las

sistemáticas y fiables debido a que es muy difícil establecer la relación entre psicopatología y consumo de drogas. En varios estudios realizados se han encontrado datos de una alta prevalencia de psicopatología, con mayor frecuencia de trastornos del espectro depresivo, trastornos psicóticos, trastornos ansiosos y trastornos de la personalidad. En otros se reportan trastornos por déficit de la atención, trastornos del sueño, sexuales y de la alimentación.

Cuadro 1

Trastornos por consumo de sustancias

Dependencia
Abuso

Trastornos inducidos por sustancias

Intoxicación
Abstinencia
Delirium
Demencia
Trastorno amnésico
Trastorno afectivo
Trastorno psicótico
Trastorno ansioso
Trastorno sexual
Trastorno del sueño

Desde el punto de vista médico-legal pueden originarse muchos problemas, pues bajo los efectos de algunas sustancias, se desarrollan cuadros de agresividad con el consiguiente aumento de la violencia social, llegando a cometerse actos delictivos e incluso llegar al homicidio.

Delirium

Los cuadros de delirium tienen en común la alteración de la conciencia y de las funciones cognitivas. La alteración se desarrolla en un breve espacio de tiempo y tiende a fluctuar en el transcurso de día. Estos cuadros pueden presentarse durante la intoxicación y/o abstinencia con distintas sustancias (cuadro 2).

Demencia

El cuadro demencial se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos (amnesia, afasia, apraxia, agnosia y dificultad en la ejecución) y el deterioro adquirido permanente. El cuadro clínico está relacionado con el consumo prolongado (cuadro 2) y no tiene por qué iniciarse durante la intoxicación o la abstinencia.

Este trastorno está causado por las lesiones estructurales que las sustancias han producido sobre el sistema nervioso central y no por los efectos agudos de la droga. La edad de comienzo de la demencia inducida por sustancias, comienza generalmente después de los veinte años y presenta un comienzo insidioso y lenta progresión. Los déficits son permanentes y pueden empeorar incluso con el abandono de la droga.

En el cuadro demencial siempre debe indagarse otras posibilidades como causas concomitantes (traumatismos craneo-encefálicos, tumores, trastornos metabólicos, etc.)

Trastorno amnésico persistente

Los trastornos amnésicos persistentes comparten un cuadro clínico caracterizado por deterioro de la memoria. Al igual que en el caso de las demencias, el cuadro clínico está relacionado con el consumo prolongado de sustancias (cuadro 2) y no tiene por qué iniciarse durante la intoxicación y la abstinencia.

Este trastorno está causado por las lesiones estructurales que las sustancias han producido sobre el sistema nervioso central y no por sus efectos agudos. Los sujetos con este trastorno tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y no son capaces de recordar acontecimientos pasados; puede provocar un deterioro de la actividad social.

La edad de comienzo del trastorno amnésico inducido por sustancias comienza generalmente después de los veinte años y el deterioro resultante puede permanecer estable o empeorar, aún después de haber interrumpido el consumo. Los déficits son permanentes y pueden empeorar incluso con el abandono de la sustancia.

Cuadro de	Se relaciona con las siguientes sustancias		El cuadro clínico inicia durante
Delirium	alcohol alucinógenos anfetaminas marihuana cocaína	opiáceos inhalantes fenciclidina * sed, hip, ans**	puede presentarse en la intoxicación y la abstinencia
Demencia	alcohol inhalantes	sed, hip, ans**	consumo prolongado
Trastorno amnésico permanente	alcohol	sed, hip, ans**	consumo prolongado
Trastornos afectivos	opiáceos alucinógenos	inhantes fenciclidina	intoxicación
	alcohol anfetaminas	cocaína sed, hip, ans**	intoxicación y abstinencia
Trastorno psicótico	opiáceos anfetaminas marihuana	cocaína alucinógenos inhalantes	intoxicación
	alcohol	sed, hip, ans**	intoxicación y abstinencia
Trastorno de ansiedad	cafeína marihuana inhalantes	alucinógenos fenciclidina	intoxicación
	alcohol anfetaminas cocaína		intoxicación y abstinencia
	sed, hip, ans**		abstinencia
Trastornos sexuales	sed, hip, ans** anfetaminas	opiáceos	intoxicación
	alcohol		intoxicación y abstinencia
	cocaína		consumo prolongado
Trastorno del sueño	cafeína alcohol cocaína sed, hip, ans**	anfetaminas opiáceos	intoxicación y abstinencia
* PCP ó polvo de angel cos			** sedantes, hipnóticos y ansiolíticos
Cuadro 2			

Trastornos Afectivos

La característica esencial del trastorno afectivo o del estado de ánimo, es la alteración persistente y notable del estado de ánimo. Los trastornos afectivos pueden expresarse con síntomas depresivos, maníacos y mixtos. El cuadro clínico puede iniciarse en distintos momentos (cuadro 2).

El trastorno afectivo puede ser primario o secundario al consumo. Si aparece tras el consumo, solo se codificará en relación con la intoxicación y la abstinencia; el diagnóstico no se efectuará si los síntomas aparecen en el transcurso del delirium. Las alteraciones del estado del ánimo son muy frecuentes en la intoxicación y la abstinencia.

Existe una mayor relación entre trastorno afectivo y alcohol, que entre trastorno afectivo y drogas. Los trastornos afectivos asociados al consumo crónico de cocaína son muy frecuentes, de los cuales el 20% corresponden a trastornos bipolares; con relación a los opiáceos, hay depresión en más del 50% de los consumidores (entre el 50 y el 75%) y alcoholismo entre el 25 y el 40%.

Con el consumo de anfetaminas, marihuana, cocaína y alucinógenos se producen cuadros de hipomanía y tras el consumo crónico de anfetaminas, puede verse depresión e intentos suicidas. En infinidad de estudios se ha insistido sobre la frecuencia de depresión ligado a la toxicomanía.

Muchas investigaciones reportan una proporción significativa alta de *distimia, depresión mayor y trastornos bipolares*; otras, *plantean estados depresivos subclínicos* asociados a síndromes ansiosos.

En estudios realizados en muestras de niños y adolescentes consumidores de sustancias, ha sido frecuente la asociación con la estructura depresiva, lo que ha hecho pensar que ésta sería la clave del problema. En éstos se informan de niños aún en etapa escolar, cuya prevalencia de trastornos afectivos en ellos y sus familiares era impresionante, respondiendo bien al tratamiento con antidepresivos.

Otros han llegado a plantear que se trata de una conducta que “limita con lo psicótico”, pues de otra manera no podría explicarse que una persona consuma habitualmente aquello que está seguro que lo va a matar (y ¿lo sabrá siempre?)

En todo caso, la evidencia de una conducta autodestructiva, un suicidio lento, no es ajena a esta propuesta. Hovens y Cantwell (1994) plantean que el 42% de los adolescentes consumidores tienen antecedentes personales de distimia y aproximadamente el 30% ha tenido cuadros de depresión mayor; éstos últimos, consumían más cocaína, mientras que los distímicos consumieron todas las sustancias por igual.

Trastornos psicóticos

La característica esencial del trastorno psicótico es la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes (cuadro 2). Los trastornos psicóticos no se diagnosticarán si aparecen en el transcurso del delirium. La evaluación de un adolescente o joven con historia de alcoholismo o consumo de drogas debe incluir la verificación de si el consumo es el trastorno primario y la psicosis el secundario, o a la inversa.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación y abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder el inicio del consumo y pueden producirse tras largos períodos de abstinencia.

La historia previa de un trastorno psicótico primario no descarta la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias. El inicio del trastorno psicótico varía considerablemente dependiendo de la droga; por ejemplo, fumar una alta dosis de cocaína puede producir psicosis al cabo de unos minutos, mientras que son necesarios varios días y hasta semanas, de consumo de altas dosis de alcohol o sedantes para producir una psicosis.

Las *alucinaciones* pueden presentarse en cualquier modalidad; en el trastorno inducido por el alcohol de inicio en la abstinencia, las alucinaciones son vívidas, persistentes y desagradables y tienen lugar poco después de la disminución o el cese del consumo.

En los trastornos psicóticos inducidos por intoxicación de anfetaminas y cocaína se presentan ideas delirantes de persecución poco después del consumo; las alucinaciones específicas de ver y sentir pequeños animales sobre todo el cuerpo (*microzoopsias*) pueden conducir al rascado y excoriaciones de la piel.

El trastorno psicótico inducido por marihuana puede aparecer poco tiempo después del consumo y también cursa con delirios de persecución, además de marcada ansiedad, despersonalización y amnesia para el episodio.

Los sujetos intoxicados con estimulantes, marihuana, opiáceos, fenciclidina y sobre todo alucinógenos o los que están retirando alcohol o sedantes, pueden experimentar los *flashbacks* (alucinaciones visuales cinéticas, espontáneas y recurrentes, que se caracterizan por alteraciones de la percepción visual y se asocian a trastornos de la imagen corporal y el sentido del tiempo).

A veces los trastornos psicóticos no se resuelven con rapidez, pueden durar semanas o incluso más tiempo, siendo muy difícil de diferenciar de los trastornos primarios. Con el consumo crónico de marihuana se reportan *trastornos psicóticos paranoides* y esquizofrenia. Se plantea que la esquizofrenia está presente hasta en el 10% de los que consumen opiáceos.

Algunos adolescentes que no presentan una historia de psicosis, pueden presentar síntomas esquizofrénicos una vez que desaparecen los efectos de la droga; y otros, con una historia evidente de esquizofrenia, pueden agravar sus síntomas tras el consumo de drogas. Tsuang y col observaron que en los drogadictos con síntomas psicóticos que consumieron drogas, se observaban más frecuentemente rasgos o personalidad esquizoide o paranoide con inadecuada introspección y pensamientos desorganizados.

La esquizofrenia y las drogodependencias se asocian muy frecuentemente formando un trastorno dual cuyo tratamiento es problemático y extremadamente complicado.

Cuadro 3	
Drogas preferidas por los pacientes esquizofrénicos:	
Cafeína	
Tabaco	
Anfetaminas	
Cocaína	
Alucinógenos	
Inhalantes	
Drogas rechazadas por los pacientes esquizofrénicos:	
Sedantes	
Alcohol	
Opiáceos	

El modelo etiológico, que es el más ampliamente utilizado, considera que esta frecuente asociación se produce porque el trastorno psicótico es causado o precipitado por el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, la relación etiológica también podría ser establecida en sentido inverso, de tal manera que la esquizofrenia, situada entre los trastornos psiquiátricos mayores, podría incluir entre sus manifestaciones clínicas, los fenómenos adictivos, por lo que sería posible afirmar que constituye un factor predisponente para la toxicomanía.

Otra explicación es la basada en la hipótesis de que los trastornos psicóticos endógenos y las drogodependencias compartan una misma disfunción biológica. Así, se ha propuesto que un trastorno funcional del sistema de neurotransmisión dopaminérgica podría estar en el origen tanto de la esquizofrenia, como de los trastornos por dependencia de sustancias psicoactivas.

Se describe que los pacientes esquizofrénicos tienen predilección por algunas drogas (cuadro 3), en cambio, rechazan otras; esto también estaría en dependencia del predominio de los síntomas psicóticos (positivos o negativos).

Trastornos de Ansiedad

Aquí se agrupan los trastornos cuyo denominador común es la ansiedad y/o la angustia, siendo éste, el síntoma predominante. Los trastornos de ansiedad pueden expresarse por múltiples síntomas ansiosos, siendo los más frecuentes las crisis de pánico y las fobias.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias no se diagnosticará si los síntomas aparecen durante el delirium y se diagnosticará cuando aparezca durante la intoxicación y la abstinencia; esto, si los síntomas ansiosos son claramente desproporcionados en comparación con los que habitualmente suelen aparecer en estos estados.

El trastorno puede incluir *ansiedad predominante, crisis de angustia, fobias, obsesiones y compulsiones*. Con el consumo de anfetaminas, cocaína y alucinógenos se desarrollan trastornos de ansiedad en el 50% de los pacientes (crisis de pánico).

Con la marihuana se han visto predominantemente las fobias (claustrofobia, agorafobia y acrofobia) al igual que con los opiáceos; en éstos últimos, reportándose que se presenta en el 20 al 40% de los casos. Se reporta que del 25 al 40% de los adolescentes toxicómanos tienen diagnóstico de fobia social, los que consumen más alcohol, marihuana y cocaína.

Trastornos sexuales

Aquí se agrupan todas las alteraciones de la esfera sexual, en las que se incluyen las disfunciones sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual. Se considera que el trastorno puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de la droga. Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede incluir *alteración del deseo y la excitación sexual, así como del orgasmo y producir dolor sexual*.

Generalmente en las intoxicaciones por sustancias suelen aparecer trastornos sexuales. La intoxicación aguda por sustancias de abuso, así como el abuso crónico de éstas, disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación en ambos sexos. Tras el consumo crónico de cocaína se describe disfunción eréctil y anorgasmia.

Trastornos del sueño

Es toda alteración objetiva del sueño, ya sea conductual, autonómica o electroencefalográfica; este concepto incluye el tiempo de sueño y su eficiencia. Estos se diagnosticarán sólo si aparecen durante la intoxicación y la abstinencia. Generalmente aparecen durante la intoxicación (cuadro 2). Las alteraciones que pueden presentarse son los subtipos clínicos: *insomnio, hipersomnía, parasomnía y mixto*

Trastornos de la personalidad

Un trastorno de la personalidad no es más que un patrón inflexible de comportamiento que se aparta de las expectativas esperadas para la cultura del sujeto; tiene su inicio en la adolescencia o comienzo de la adultez, es estable a lo largo del tiempo y origina malestar y prejuicios para el sujeto.

En infinidad de estudios se ha observado una relación marcada entre *personalidad antisocial* y trastornos por alcohol y drogas; inicialmente los adolescentes tienden a actuar y

despreciar las costumbres y normas sociales. El conocimiento de que los trastornos de la conducta preceden a la evidencia de una personalidad antisocial, ayuda a identificar subtipos de trastornos de la conducta promotores de alcoholismo y drogadicción, que pudieran prevenirse mediante un tratamiento precoz.

Se plantea que entre el 70 y el 86% de los adolescentes con trastornos de personalidad antisocial tienen drogadicción, prefiriendo el alcohol, marihuana, alucinógenos y opiáceos. En algunas estadísticas se señala que en el consumo de opiáceos se observan los trastornos de la personalidad en más del 70% de los adictos, predominando la personalidad antisocial en el 25 y hasta el 40% de los casos.

Uno de los criterios diagnósticos del *trastorno limítrofe de la personalidad* es la impulsividad e imprevisibilidad. Masterson aporta muchos ejemplos del empleo de una gran variedad de sustancias, tales como alcohol, anfetaminas, barbitúricos, marihuana, heroína, mescalina y alucinógenos por adolescentes con este tipo de trastorno de la personalidad.

Cuadro 4

Cafeína: Produce insomnio, pero durante la abstinencia origina hipersomnolia y somnolencia diurna. La cafeína ejerce un efecto de dosis-dependencia; o sea, que a medida que se aumenta el consumo, se incrementa el estado de vigilia y disminuye la continuidad del sueño. En los estudios de sueño nocturno se observa aumento de la latencia y disminución de ondas lentas.

Alcohol: El trastorno del sueño inducido por alcohol se expresa por insomnio. Durante la intoxicación aguda produce un efecto sedante inmediato, con aumento de la somnolencia; puede añadirse aumento de las fases 3 y 4 del sueño NREM y disminución del sueño REM. Después del efecto sedante inicial, el sujeto experimenta un aumento de las horas de vigilia, un sueño poco eficiente y a menudo, actividad onírica de carácter vívido y ansioso durante el resto del sueño. El alcohol puede agravar un trastorno del sueño relacionado con la respiración, aumentando el número de apneas obstructivas. Durante la abstinencia, el sueño se caracteriza por una franca desestructuración; presentándose continuos despertares, a lo que se añade un aumento e intensidad del sueño REM.

Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos: Los fármacos pertenecientes a este grupo producen efectos similares (aunque no idénticos), sobre el sueño. Durante la intoxicación aguda los fármacos sedantes-hipnóticos producen la esperada somnolencia; en el polisomnograma se observa reducción del sueño REM. El consumo crónico puede producir tolerancia, reapareciendo así, el insomnio. Este grupo de medicamentos puede agravar los trastornos del sueño relacionados con la respiración (apneas del sueño). La abstinencia produce insomnio, además de ansiedad, temblor, ataxia y hasta convulsiones. En la abstinencia se reporta aumento del sueño REM.

Anfetaminas: Se caracteriza por insomnio durante la intoxicación y de hipersomnolia durante la abstinencia. Durante la intoxicación aguda, las anfetaminas reducen la cantidad total de sueño, acentúa las alteraciones de la latencia y continuidad del sueño, aumenta los movimientos corporales y disminuye el sueño REM; el sueño de ondas lentas también se reduce. La interrupción del consumo crónico de anfetaminas produce hipersomnolia, con aumento del sueño nocturno y aparición de somnolencia diurna.

Cocaína: Como otros estimulantes, produce insomnio durante la intoxicación aguda e hipersomnolia durante la abstinencia. Durante la intoxicación reduce severamente la cantidad total de sueño, con breves períodos de sueño muy desestructurado. La supresión de la sustancia origina una considerable prolongación del sueño.

Opiáceos: Durante la administración aguda y de breve período, producen aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva de sueño, hay disminución del sueño REM. La administración crónica de opiáceos produce tolerancia a los efectos sedantes en la mayoría de las personas, algunos de los cuales comienzan a quejarse de insomnio. La abstinencia se caracteriza por hipersomnolia.

Estas sustancias son utilizadas para contrarrestar la angustia y evitar el aburrimiento. Loranger y Tullis reportan una alta frecuencia de alcoholismo en familias de mujeres con diagnóstico de personalidad limítrofe; el alcoholismo fue más frecuente en familiares de primer grado de pacientes con personalidad limítrofe que en parientes de pacientes bipolares y esquizofrénicos.

Trastornos por Déficit de Atención (TDA)

Los TDA se caracterizan por un patrón de distractibilidad (inatención) e impulsividad. Los subtipos incluyen *TDA con hiperactividad*, *TDA sin hiperactividad* y *TDA tipo residual*. El tipo residual es el más frecuentemente observado en la adolescencia; en éste no es tan frecuente la hiperquinesis, pero sí se mantiene la impulsividad y la inatención.

En estos pacientes siempre debe explorarse la utilización de alcohol y drogas. Algunos estudios demuestran una correlación entre TDA, trastornos de la conducta, trastornos antisociales y consumo de drogas. Otro aspecto a señalar es el relacionado con el TDA y los trastornos afectivos en cuanto a etiología se refiere. Se ha descrito que del 30 al 40% de los adolescentes consumidores de drogas, tienen antecedentes de trastornos por déficit de atención desde la infancia, observándose en éstos mayor consumo de alucinógenos.

Anorexia Y Bulimia

La anorexia y la bulimia son trastornos graves de la alimentación. Ambas han recibido atención creciente en la literatura general.

La *anorexia nerviosa* se caracteriza por un miedo intenso a aumentar de peso, con rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal para la edad y la talla (con pérdida de por lo menos el 25% del peso original) y alteración del esquema corporal. Es un trastorno que afecta fundamentalmente a sujetos del sexo femenino; además, las mujeres afectas de este trastorno sufren amenorrea. En nuestro país tiene muy baja incidencia. Se viene reportando la frecuente asociación entre anorexia nerviosa y alcoholismo.

La *bulimia nerviosa*, que no es más que la presencia de episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos (atracones o comilonas), conciencia de un patrón de alimentación anormal y temor a no poder controlarse voluntariamente; se presentan conductas compensatorias inapropiadas repetidas como provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, realizar ejercicio excesivo y acudir a ayunos o dietas estrictas con alimentos ricos en calorías y fáciles de digerir, entre los atracones. Este trastorno es más frecuente en nuestro medio. Los pacientes bulímicos pueden presentar drogadicción. No es rara la historia familiar de alcoholismo. Se ha reportado anorexia y bulimia nerviosa tras el consumo crónico de cocaína.

Tratamiento

Aun cuando los aspectos relacionados con el tratamiento de los cuadros de intoxicación, las sobredosis y la abstinencia, así como la rehabilitación del drogodependiente serán tratados en otro capítulo, queremos insistir en la importancia del *manejo psiquiátrico*.

Muchos síntomas del consumo de drogas en adolescentes se pueden confundir con enfermedades psiquiátricas. Además, cuanto más joven es la persona expuesta a las drogas, más susceptible se torna a las reacciones psiquiátricas. *Las etapas precoces de la drogadicción, a veces no se diagnostican en los adolescentes*

Es fundamental que los profesionales de la salud, padres y adolescentes entiendan la dependencia química no sólo como una *enfermedad crónica y progresiva*, sino, que es lo más importante, que es una *enfermedad tratable*. El diagnóstico precoz y preciso, mejora las intervenciones y sus resultados.

Siempre se recomienda que ante la evidencia del consumo, no se adopte una postura alarmista, sino buscar la intervención profesional. En esto último también hay discusión, porque se ha llegado a plantear que el tratamiento del toxicómano no es favorable dentro del modelo médico. La experiencia nos dice que ningún modelo puede prescindir de la terapéutica médica, independientemente del resto de los factores que han de intervenir en el tratamiento multilateral.

El médico de la familia se encuentra en una situación muy favorable con relación al diagnóstico, tratamiento y prevención de este problema. Por otra parte no se puede hablar de drogodependencia de un niño, adolescente o joven, sin hablar de la salud mental de su familia y entorno social. Hablar de salud mental, es referirse a las condiciones generales de salud y las condiciones sociales de la comunidad.

El equipo profesional es multidisciplinario, de ciencias de la salud y de ciencias sociales; la tarea es llegar al problema de la droga a través de conocer la problemática integral de un adolescente; las áreas y lugares de acción son aquellas donde se encuentra el joven. Es una tarea de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Americana de Psiquiatría Infanto-Juvenil. (1998) *Los adolescentes: el alcohol y otras drogas*. Tomado de: Información a la familia. Washington: Public Información.
2. Asociación Psiquiátrica Americana. (1995) *Trastornos relacionados con sustancias*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Editorial Masson.
3. Bukstein O. et al (1997) Practice Parameters For The Assessment And Treatment Of Children And Adolescents With Substance Use Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat*. 36 (10)spp: 177-193.
4. Frazer A, Molinoff P, Winokur A, Rogers P D (1987) *Dependencia Química*. *Clin Ped Nort*, 2: 501-522.
5. Gago Gallego G (1992) *Patrones de hábitos tóxicos en la población adolescente*. Tesis de Grado (Para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil). La Habana.
6. González Echemendía F (1991) *Estudio de la farmacodependencia en un grupo de adolescentes*. Tesis de Grado (Para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil). La Habana.

7. González Menéndez, R (1996) *Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos*. Editorial Científico-Técnica. La Habana.
8. Kumor K M, O'Brien C P (1996) *Abuso de sustancias*. En: Bases biológicas de la función normal y patológica del cerebro. Editorial Expaxs, S.A. Madrid.
9. Lorenzo P, Ladero J, Leza C, Lizasoain I (1999) *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid.
10. López Ortega A (1998) *Alcoholismo en la Adolescencia: Factores de riesgo en el Municipio Caimito-Vereda*. Tesis de Grado (Para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil). La Habana.
11. OPS/OMS (1985) *La Salud del Adolescente en las Américas*. Publicación Científica No. 489. Washington. D. C.
12. OPS/OMS (1995) *La Salud del Adolescente y el joven en Las Américas*. Publicación Científica No. 552. Washington. D. C.
13. OMS (1992) *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Editorial Meditor. Madrid.
14. Pérez de los Cobos J, Casas M (1995) *Toxicomanías y trastornos psíquicos concomitantes: El consumo de drogas en la esquizofrenia*. En: Nuevas perspectivas en Psiquiatría Biológica. Editorial Eurograf. Pamplona.
15. Rodríguez-Sacristán J, Aguilar Zambrana E (1995) *El niño y el mundo de las drogas*. En: Psicopatología del niño y del adolescente. Editorial Manuales Universitarios de la Universidad de Sevilla. Sevilla.
16. Salazar I, Rodríguez A (1995) *Tipologías toxicománicas y parámetros biológicos*. En: Nuevas perspectivas en Psiquiatría Biológica. Editorial Eurograf. Pamplona.
17. Schwebel R (1991) *Decir NO no es suficiente: Como tratar con sus hijos el tema de las drogas y el alcohol*. Editorial Paidós. Barcelona.

EL ELECTROENCEFALOGRAMA Y LA ONDA P300 EN PSIQUIATRIA: LAS TOXICOMANIAS

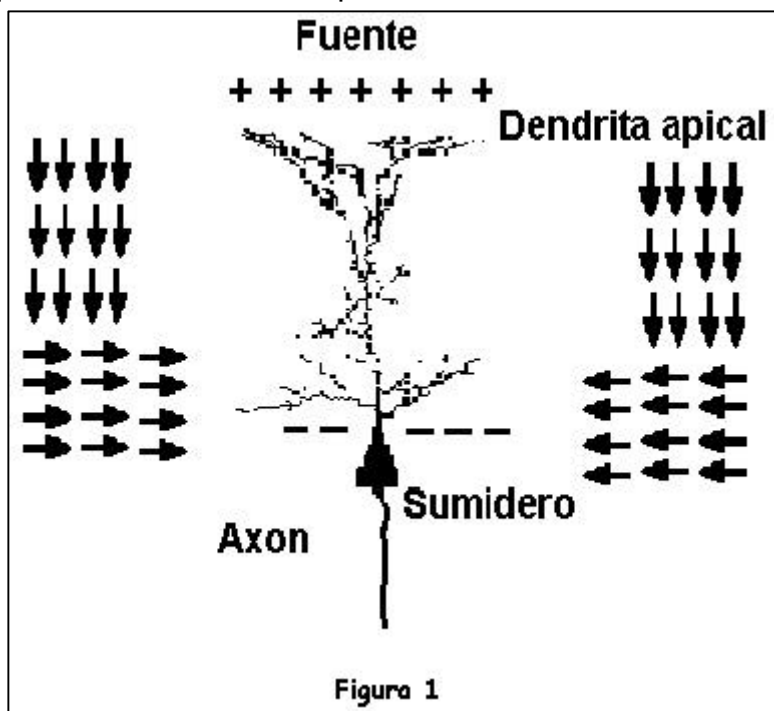
Dres. J Aquino Cías, R Aneiros Riba y L Rojas Zuaznabar.

El electroencefalograma (EEG) no es mas que el registro de la actividad eléctrica cerebral que proviene de las zonas mas próximas a los electrodos de registro aplicados a la piel de la superficie craneal. Las señales eléctricas que se recogen tienen poca energía por lo que deben ser amplificadas para obtener un gráfico aceptable de las mismas. Las ondas ocupan una escala de frecuencia medida en ciclos por segundos o en hertzios (Hz) que va desde 0.5 a 50 Hz. Esta escala ha sido subdividida en cuatro bandas: delta (0.5-3.5 Hz), theta 4-7 Hz, alfa (8-13 Hz) y beta (14 o mas Hz).

El origen de las ondas del EEG proviene fundamentalmente de la corteza cerebral, debido a las oscilaciones del flujo de corriente iónica alrededor de las células piramidales corticales, que están dispuestas perpendicularmente a la superficie de los hemisferios cerebrales (Figura 1). Los potenciales sinápticos excitatorios e inhibitorios que se producen en el soma y dendritas de millares de esas neuronas, originan dipolos entre las zonas mas superficiales y las profundas dando lugar al movimiento de cargas eléctricas y a la generación de un campo eléctrico cuya fuerza resultante se manifiesta en la superficie craneal.

Aparte de los eventos sinápticos, otros factores contribuyen al origen de las ondas cerebrales, tales como las variaciones oscilantes del potencial de membrana de las dendritas apicales y de las células de las capas superficiales

y, en menor grado, los cambios eléctricos de las membranas gliales y los potenciales de acción de las fibras nerviosas aferentes y eferentes de la corteza.



Los métodos y las técnicas empleadas para la obtención del EEG no son invasivas por lo que durante decenas de años, ha sido una prueba de gran utilidad para conocer el estado funcional del cerebro.

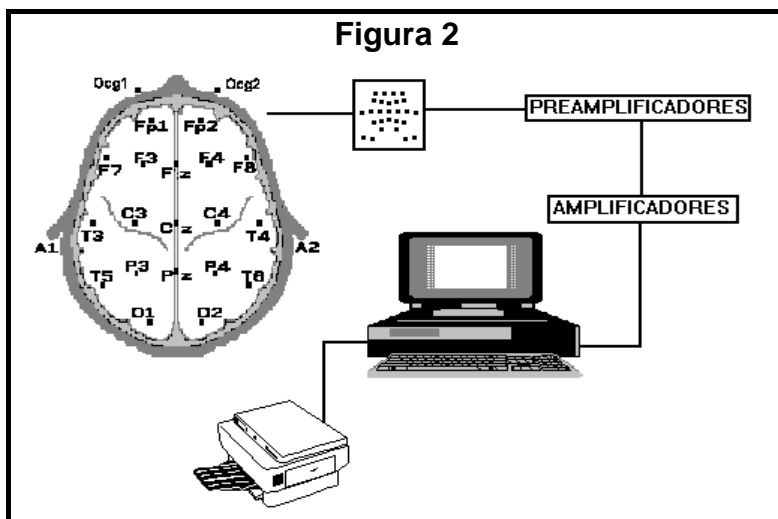
El motivo principal de la solicitud de un estudio electroencefalográfico es la búsqueda de

una causa orgánica en la etiología de las alteraciones mentales, conductuales y somáticas de los pacientes. En el caso particular de la psiquiatría los resultados de este examen resultan importantes en los enfermos en los que se sospecha una demencia, un delirio o una intoxicación por agentes farmacológicos (Hughes 1996). Otro motivo sería el aprovechar los datos del informe para decidir la posible terapéutica a seguir (por ejemplo con la terapia electroconvulsiva y el uso de medicamentos anticonvulsivantes y de aquellos que favorecen o no a los paroxismos).

El resultado de un registro electroencefalográfico, sea normal o anormal, ofrece una información valiosa para la interpretación de las posibles entidades que afectan al paciente psiquiátrico, aunque nuestra experiencia personal indica que siempre será de mayor utilidad que este tipo de examen se realice en más de una ocasión, o sea en forma evolutiva. De esta manera la información que aporta la técnica puede ser mucho mejor aprovechada por el médico de asistencia. El método usual o convencional del examen del trazado inscripto en varias hojas de papel (el electroencefalograma convencional, EEGc) es la inspección visual realizada por un especialista, capaz de reconocer los patrones de la actividad eléctrica cerebral y de decidir la normalidad o anormalidad de un registro de acuerdo a su experiencia.

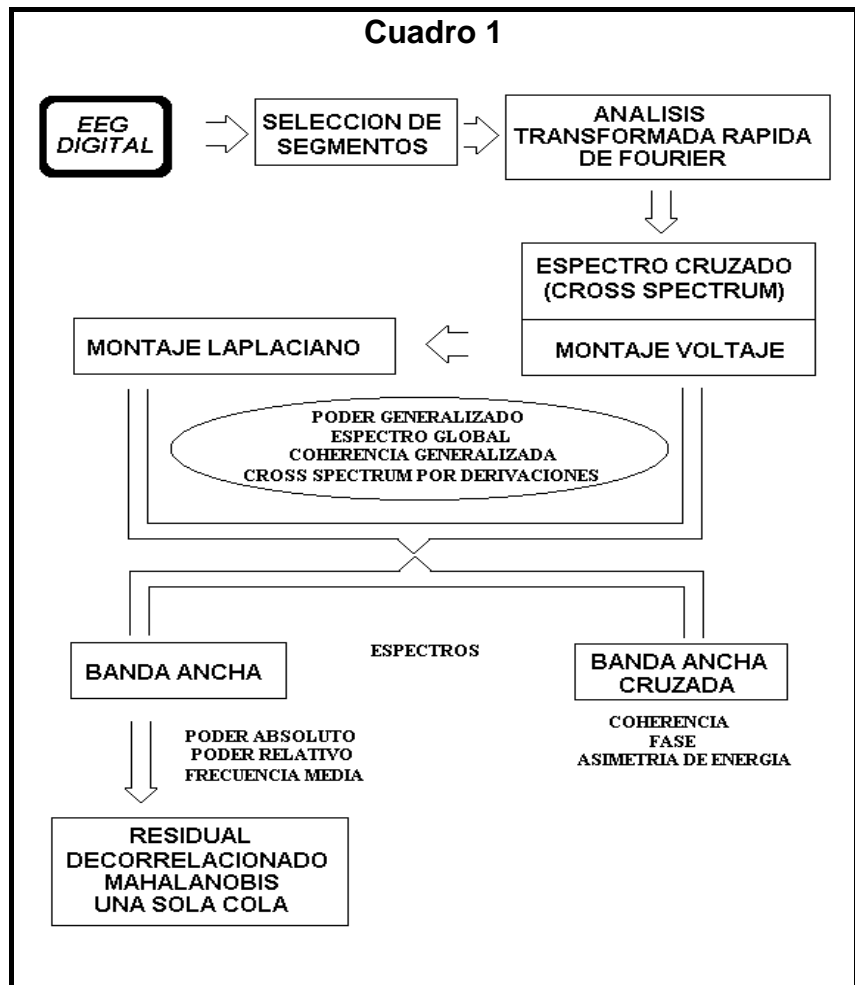
En los últimos años, con el desarrollo de la computación y de la aplicación de diversos métodos matemáticos se han podido digitalizar las señales de la actividad eléctrica cerebral y realizar los registros en las computadoras personales (figura 2) de acuerdo a procedimientos muy ingeniosos que permiten cuantificar la frecuencia y la energía de las diversas ondas eléctricas que componen el registro electroencefalográfico.

Este EEG digitalizado puede ser llevado a imágenes similares al del EEGc en la pantalla de una microcomputadora. Varios segmentos de EEG pertenecientes a diferentes estados del paciente (ojos cerrados, ojos abiertos, hiperventilación) pueden ser matemáticamente procesados obteniéndose los valores cuantificados de los datos de la actividad registrada para cada electrodo ubicado en la superficie craneal. Estos datos se pueden llevar a mapas y gráficos que reflejan las energías y las frecuencias de las bandas alfa, beta, theta y delta del EEG (curva de los espectros de energía en el dominio de la frecuencia y la cartografía cerebral o "brain mapping"). Estos mapas indican los aspectos de la actividad eléctrica del cerebro, son mapas funcionales.



Este tipo de análisis permite ver de forma integral, la distribución de las energías o poderes absolutos (micro voltios al cuadrado/Hz) y relativo (% de energía de cada banda), así como las frecuencias promedios de las diferentes bandas del EEG en las diversas regiones de la corteza cerebral, de aquí su nombre de EEG cuantitativo, (EEGq).

Este método (cuadro 1) también permite comparar los valores de los datos medidos en cada paciente con los de un grupo control o datos normados, lo que facilita reconocer de forma objetiva en cuanto se separan los valores recogidos en el paciente de los de esa norma.



Resulta útil pues, tanto para confirmar lo que el ojo del examinador obtuvo en EEGc como para agregar aspectos que no es posible detectar a través de la simple inspección ocular del trazado. El EEGq es un método de examen de la actividad eléctrica cerebral que complementa al estudio del EEG convencional.

Las sustancias utilizadas por las personas objeto de estudio en este capítulo son agentes psicoactivos (Keltner y Folks1993). Los más conocidos se resumen en el cuadro 2.

En general un por ciento sustancial de pacientes consumen y se hacen adictos a más de un psicoagente (alcohol-marihuana, alcohol-cocaína), por lo que el estudio de estos trastornos es bien complejo.

El paciente que abusa del consumo de sustancias, puede presentar alteraciones electroencefalográficas que deben ser

Cuadro 2

Alcohol	Fenciclidina
Anfetaminas	Alucinógenos
Cafeína	Inhalantes
Cannabis	Nicotina
Cocaína	Opioides
Sedativos-hipnóticos	

evaluadas con cautela, pues se debe estar seguro de que tales registros anormales están realmente relacionados con el efecto de la sustancia utilizada. Por ejemplo, puede que los trastornos de un trazado hayan estado presentes antes de iniciarse la adicción a un agente farmacológico. Otro aspecto a tomar en cuenta es que las alteraciones electrofisiológicas observadas en la mayoría de los enfermos no son específicas para identificar un tipo determinado de adicción.

No obstante lo anterior, el estudio de la actividad eléctrica cerebral de estos pacientes puede ser una herramienta auxiliar para los facultativos que atienden este campo de la salud. El examen electrofisiológico de un adicto puede brindar apoyo en aspectos tales como: el estado actual del paciente, su evolución y respuesta a la terapéutica empleada, la correlación entre los efectos de los fármacos y los estados de conciencia del adicto, la intensidad de sus efectos y el nivel de susceptibilidad a las drogas.

Podemos conocer a través de los resultados de un registro si existen factores relacionados con posibles trastornos orgánicos cerebrales que el paciente posee de base independientemente de los efectos de los fármacos.

Alcoholismo

El efecto del alcohol sobre el sistema nervioso es bien conocido y las alteraciones metabólicas y sinápticas que se producen pueden conducir a severos daños de las células nerviosas, entre otros la dependencia biológica al alcohol.

En los adolescentes el efecto de esta sustancia parece depender de factores individuales y del tiempo que el alcohol haya estado afectando a su organismo. Por regla general no ha debido ser tan prolongado como ocurre en el adicto adulto. Es por ello que los resultados del EEG son muy variados en estos pacientes, desde una probable aparente normalidad hasta alteraciones de la actividad de base, presencia de paroxismos y/o actividad lenta. Lamentablemente ninguna de estas alteraciones es específica, pero si permiten poner en aviso al terapeuta sobre el nivel funcional de la actividad eléctrica cerebral del enfermo.

El trazado del paciente adolescente con intoxicación alcohólica aguda es similar al observado en los adultos. Puede mostrar una disminución de la frecuencia de la banda alfa, así como un aumento de la cantidad de ondas theta y delta. Esta actividad lenta está en relación con la intensidad de la intoxicación. En los registros de sueño se ha reportado un inicio en la fase de sueño rápido (SR) con un aumento de las fases III y IV del sueño lento y disminución de la cantidad del SR (Hughes 1995, 1996 y Hughes y John 1996).

En el alcoholismo crónico en el EEG se observa, al igual que en los estados agudos, una actividad lenta del trazado, con reducción de la frecuencia del ritmo alfa, pero las bandas lentas aparecen con acentuación algo mayor hacia las áreas frontales y temporales bilaterales.

Estas alteraciones en muchas ocasiones no son tan evidentes en los adolescentes, los que muestran estos patrones eléctricos con menor intensidad y frecuencia. Es importante mencionar que estas observaciones varían de individuo a individuo existiendo casos inclusive en que los trastornos del trazado son escasos en la inspección visual del EEG. La actividad rápida beta entre 18 y 25 Hz suele estar presente en un alto porcentaje de los alcohólicos, observándose un aumento en el poder relativo de esta banda hacia las regiones frontal y temporal de ambos hemisferios. La presencia de esta actividad rápida parece estar asociada con factores hereditarios para el alcoholismo.

Durante los primeros días de retirada de ingestión de alcohol, en los sujetos adictos, se produce una disminución del umbral a las convulsiones con aparición de paroxismos bilaterales en los trazados, a ondas agudas, puntas y punta-ondas, ya sean focalizadas o generalizadas. Esta sensibilidad a los paroxismos puede hacerse más manifiesta al aplicar al paciente estímulos fóticos con diferentes frecuencias.

Los estudios de sueño en pacientes adictos (Adamson y Budwiel 1973 y Williams Rundell 1981) que hacen abstinencia al alcohol muestran una recuperación progresiva de las fases del sueño, que puede lograrse entre 3 meses y un año, aunque en algunos casos la normalización de los registros poligráficos puede durar más tiempo. (2 a 4 años).

Abuso de diferentes drogas

El EEG de estos pacientes puede mostrar alteraciones durante el consumo o en el período de abstinencia. Se han descrito las espigas positivas de 6-8 o a 14 ciclos por segundo, complejos de punta ondas, y espigas negativas asociadas con pruebas de resultados positivos en la orina a diversos tipos de drogas que los enfermos ingieren (Small et al 1977).

Recientemente se han reportado efectos convulsivantes de la cocaína por dos ocasiones en un mismo paciente muy bien estudiado por la clínica y por exámenes de laboratorio (Winbery et al 1998) La psilocibina se ha asociado con patrones epileptiformes difusos, aumento de anomalías focales y supresión de la actividad del EEG (Kolavic 1971). La fenciclidina (Phencyclidina, PCP) provoca alteraciones similares con predominio de descargas paroxísticas bilaterales (Fariello y Black 1978). Otros hallazgos en los drogadictos han sido la actividad theta rítmica no reactiva y andanadas rítmicas de ondas deltas.

En otras drogas los hallazgos se relacionan con cambios de la actividad de base. En la marihuana se ha reportado un aumento de la actividad lenta con disminución de las frecuencias de las bandas alfa y beta y aumento de la frecuencia de la banda theta. La amplitud de la banda alfa puede aparecer aumentada en los estados alucinatorios (Koukko y Lehman 1976). La morfina aumenta la frecuencia de la banda beta pero reduce la de la banda alfa, con o sin disminución de su amplitud (Berger 1937, y Gibbs y Maltby 1943). En la retirada de la droga la banda alfa parece ser afectada, en su porcentaje, mostrando aumento o disminución del mismo. Para la heroína se ha reportado un aumento de la fase IV del sueño lento (Zaks et al 1969).

Los EEGq de los pacientes adictos varían de acuerdo a las sustancias utilizadas. En el caso de los alcohólicos se ha reportado un aumento de la energía relativa (poder relativo) de la banda beta. En el caso de la marihuana, tanto en la fase aguda de exposición como en el tratamiento de retirada, se ha observado un aumento de la energía relativa de la banda alfa en regiones anteriores (frontales bilaterales).

En la dependencia a la cocaína (en la forma crack), se ha observado, en la fase de retirada o abstinencia, un aumento de la energía relativa de la banda alfa con disminución de las energías absoluta y relativa de las bandas lentas theta y delta y alteraciones en las relaciones interhemisféricas (Hughes 1995, 1996, Prichep et al 1996, Alpert et al 1998). Las anomalías eran mayores en las regiones anteriores y posteriores. (Prichep et al 1996 y Alpert et al 1998) señalan que la persistencia de las anomalías del EEGq en la retirada del crack-cocaína sugiere una alteración neurobiológica (una alteración persistente en la neurotransmisión) que es provocada por la exposición crónica a este agente.

El EEGq de seis niños de edad escolar que fueron expuestos intraútero a la cocaína mostró diferencias significativas con respecto al de niños no afectados. Estos trastornos eran similares a los descritos en adultos dependientes del crack, ya descrito en el párrafo anterior (Prichep et al 1995). Estos autores plantean que estas similitudes indican efectos no transitorios de la droga en la función sináptica del sistema nervioso, o quizás a otros niveles, tanto en los adultos como en los niños y que este trastorno permanece por periodos prolongados de tiempo.

Los pacientes adultos dependientes de la cocaína, en abstinencia, se han podido agrupar neurofisiológicamente en dos subtipos de enfermos de acuerdo a sus EEGq, empleando un análisis multivariado de agrupamiento (Prichep et al 1999). El grupo 1 (subtipo alfa) está caracterizado por un déficit significativo de la actividad de las bandas lentas (theta y delta), con exceso significativo de la banda alfa y una actividad beta en proporciones normales. El grupo 2 (subtipo beta), presenta una disminución de la banda delta con la banda theta normal y un exceso de la actividad beta y alfa en regiones anteriores.

No hubo datos significativos en la relación de los subtipos con factores de comorbilidad (depresión y ansiedad), ni con el tiempo de exposición a la cocaína y tampoco con factores demográficos. Sin embargo, se encontró una relación significativa en el tiempo de permanencia bajo tratamiento, ya que a los pacientes del subtipo alfa hubo que mantenerlos con la terapéutica, por un periodo de tiempo significativamente mayor que los del subtipo beta.

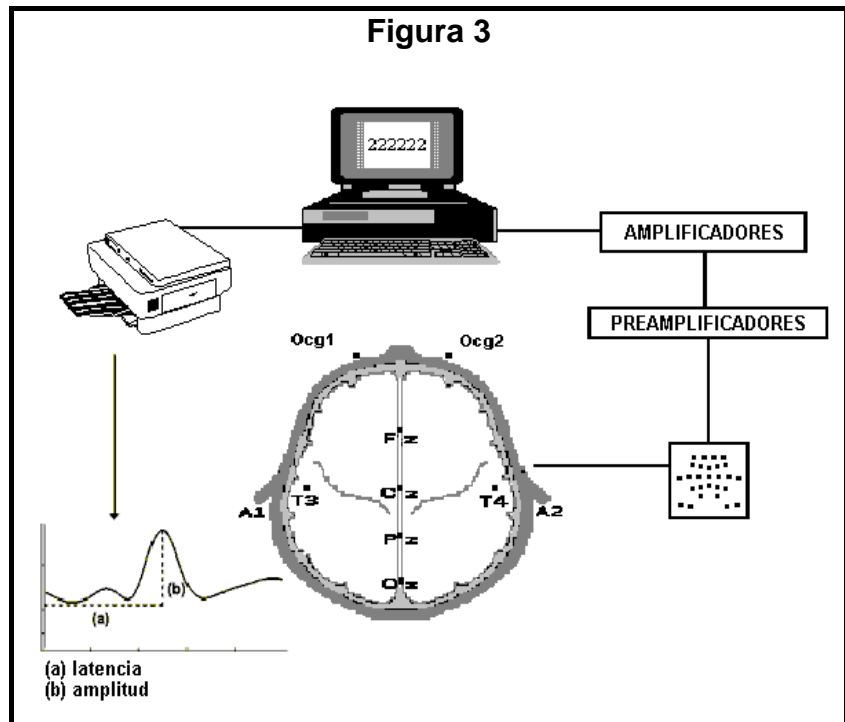
Actualmente numerosos especialistas plantean que tanto el EEGc como el EEGq presentan anomalías en los pacientes que abusan del alcohol y otras sustancias. Los resultados de estos estudios muestran en ocasiones hallazgos diferentes que pueden ser debido a que los exámenes han sido realizados bajo el efecto de diversas sustancias, en estados diferentes (intoxicación aguda, dependencia crónica, abstinencia, sueño y vigilia)

y solo tomando en cuenta a determinadas regiones cerebrales. Sin embargo se mantiene un consenso de que en la dependencia del alcohol existe un aumento del poder relativo de la energía beta, mientras que existe un aumento de la energía relativa de la banda alfa en los adictos a la marihuana y a la cocaína.

Aparte de las drogas antes mencionadas existen numerosas sustancias que afectan al sistema nervioso central que pueden crear adicción y en ocasiones el EEG puede ayudar a conocer si la sustancia está siendo usada por el paciente. No podemos entrar a describir todas ellas por lo extenso que resultaría a los efectos de este capítulo, pero como ejemplo, podemos citar el caso de los derivados de las benzodiazepinas, los que provocan un aumento notable de la actividad rápida del EEG.

Los potenciales evocados

Los potenciales evocados son respuestas eléctricas del sistema nervioso producto de la aplicación de un estímulo sensorial o motor. El potencial que se registra consiste en una secuencia de ondas, ligadas temporalmente al estímulo que las provoca, por lo que cada una de ellas posee una latencia, amplitud y polaridad específica. Los estímulos que se aplican pueden ser, auditivos, visuales, eléctricos o mecánicos a la piel, y a la corteza motora a través de la piel del cráneo (estimulación eléctrica y magnética). Los registros se hacen colocando electrodos en la superficie de las extremidades, en la espalda sobre la región en que se proyecta la médula espinal y en el cuero cabelludo.



Una sola estimulación provoca una respuesta evocada de poca amplitud que queda enmascarada por la actividad cortical eléctrica espontánea de base que no está relacionada al estímulo. Por medio de la suma promediada de varias respuestas evocadas podemos hacer evidente la señal y que el potencial evocado surja claramente de la actividad de base del trazado, la que se elimina prácticamente en esta suma promedio. El término potencial evocado se refiere precisamente al registro obtenido de la promediación de las

respuestas evocadas. El potencial evocado está compuesto por deflexiones u ondas positivas y negativas, que podemos denominar como componentes, algunos aparecen en un periodo breve de tiempo (de corta latencia) o tiempos prolongados (de larga latencia); estos últimos están formados por ondas de frecuencia baja por lo que se les llama también como componentes lentos. El término de potencial relacionado a eventos se refiere a aquellos potenciales vinculados con procesos cognitivos o de iniciativa y decisión. Los parámetros de los potenciales evocados de corta latencia (amplitud y latencia) dependen entre otros factores de aquellos relacionados con las características cualitativas y cuantitativas de los estímulos que sean aplicados, mientras que los potenciales de latencia larga si bien están condicionados por determinados estímulos su generación depende mas bien de la actividad psíquica o mental del sujeto, de aquí su nombre de endógenos. Entre ellos, el más estudiado es la llamada onda P300.

El primer reporte de la existencia de este potencial fue hace más de 30 años (Sutton et al 1965). Desde esa época la explicación de su significado se ha mantenido alrededor de los mecanismos de procesamiento de la información en la distribución de la atención y la memoria inmediata.

Este componente es un potencial cerebral endógeno relacionado a evento que está considerado como un fenómeno neuroeléctrico “cognitivo” porque es generado por pruebas psicológicas, cuando el sujeto o paciente atiende y discrimina a estímulos que se diferencian unos de otros en alguna dimensión o cualidad (Polich y Kok 1995). Tal discriminación produce en diversas áreas corticales una onda de polaridad positiva, de buena amplitud (10-20 microvoltios), y de una latencia alrededor de 250 a 600 milisegundos (figura 3); estos parámetros están influenciados por la edad, zona de registro y la vía que sea estimulada.

Estos dos parámetros son importantes a la hora de evaluar los resultados de un estudio, pues en esencia reflejan la velocidad con que es procesada determinada información por el cerebro (latencia) y la capacidad para distribuir y focalizar la atención en determinadas características de los estímulos usados en la prueba (amplitud). Este componente puede ser registrado desde cualquier zona del cráneo pero es desde los electrodos de la línea media de donde mejor se recoge en sus dos manifestaciones, una anterior, frontocentral (P3a) y otra posterior parieto-occipital (P3b). Cada una refleja procesos diferentes de la actividad cognitiva.

En la situación de ingestión aguda de alcohol se produce una disminución de la amplitud y aumento de la latencia de este componente evocado. Esto es más notable a medida que la dosis ingerida y el tiempo transcurrido sean mayores.

Estos estudios se han realizado en los “bebedores sociales habituales” en estado de sobriedad y no se han podido demostrar alteraciones de los parámetros de la onda P300 con respecto a los grupos controles de no bebedores.

En el paciente alcohólico, se ha reportado una disminución de la amplitud de la P300 con

respecto a personas controles (Chorlian et al 1995, Rodríguez Holguín et al 1999). Esta disminución de la amplitud no se recupera después de largos periodos de abstinencia. Es más, se señala que los sujetos del sexo masculino con alto riesgo (con historia familiar de alcoholismo) suelen tener amplitudes pequeñas de este componente, aún antes de haber sido expuestos al alcohol (Polich et al 1994). Estas observaciones sugieren la posibilidad de usar el estudio de la onda P300 como un medio auxiliar de diagnóstico que permita conocer la posible susceptibilidad de una persona al alcohol.

La latencia de la onda P300 se altera en los pacientes alcohólicos crónicos. Se ha reportado por varios autores un aumento de la latencia de este componente tanto en los que permanecen adictos como en aquellos que están en abstinencia (Pfefferbaum et al 1979, Misulis 1994 Biggins et al 1995). Al parecer la vía sensorial más efectiva a estimular para evidenciar las alteraciones es la visual. Para algunos autores el aumento de la latencia refleja alteraciones de la circulación intracerebral talámica en este tipo de pacientes (Mochizuki et al 1998).

Poco se conoce acerca de los efectos de la cocaína sobre las pruebas cognitivas asociadas a la P300, no obstante se han publicado artículos que indican que dicha droga aumenta la latencia de este componente en las personas adictas (Herning et al 1994) y también provoca disminución de su amplitud (Bauer 1996, Easton y Bauer 1997).

BIBLIOGRAFÍA

1. Adamson J, Budwiel JA. Sleep dry alcoholic. *Arch Gen Psychiat* 1973;28:146-149.
2. Alper KR, Pritchep LS, Kowalik S, Rosenthal MS, John ER. Persistent QEEG abnormality in crack cocaine users at 6 months of drug abstinence. *Neuropsychopharmac* 1998;19(1):1-9
3. Bauer LO. Psychomotor and electroencephalographic sequelae of cocaine dependence. *NIDA Res Monogr* 1996;163:66-93
4. Berger HA. On the electroencephalogram of man. *Arch Psychiat Nervenkr* 1937;106:577-584.
5. Biggins CA, MacKay S, Poole N, Fein G. Delayed P3A in abstinent elderly male chronic alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(4):1032-1042
6. Chorlian DB, Porjesz B, Cohen HL. Measuring electrical activity of the brain: ERP mapping in alcohol research. *Alcohol Health Res World* 1995;19(4):315-320.
7. Easton CJ, Bauer LO. Beneficial effects of thiamine on recognition memory and P300 in abstinent cocaine-dependent patients. *Psychiatry Res* 1997;70(3):165-174
8. Fariello RG, Black JA. Pseudoperiodic bilateral EEG paroxysms in a case of phencyclidine intoxication. *J Clin Psychiat* 1978, 11.
9. Gibbs FA, Maltby GL. Effects on the electrical activity of the cortex of certain depressant and stimulant drugs-barbiturate, morphine, caffeine, benzedrine and adrenalin. *J Pharmacol Ex Therap* 1943;5:143-147.
10. Herning RI, Glover BJ, Guo X. Effects of cocaine on P3B in cocaine abusers. *Neuropsychobiology* 1994;30(2-3):132-42
11. Hughes JR. The EEG in psychiatry: An Outline with summarized points and references. *Clin Electroenceph* 1995;26(2):92-101.
12. Hughes JR. A review of the usefulness of the standard EEG in psychiatry. *Clin Electroenceph* 1996;27(1):35-39.
13. Hughes JR, John ER, Buchsbaum MS, Crayton JW Conventional and quantitative electroencephalography in psychiatry. A report for the Steering Committee of the American Psychiatric Electrophysiological Association. *EEG in Psychiatry*, 1996:1-37
14. Keltner NL, Folks LG. *Psychotropics drugs*. Mosby St Louis, 1993.
15. Kolavik J Different reaction of focal and diffuse epileptic EEG activity to psilocybin. *Activitas Nervosa Superior* 1971, 13:215-216.

16. Koukkou M, Lehman D, Human EEG spectra before and after cannabis hallucination. *Biol Psychiat* 1976, 11:663-677.
17. Misulis KE. Event-related potentials, and magnetic evoked potentials, En: Spehlmann's evoked potential primer. Visual auditory and somatosensory evoked potentials in clinical diagnosis. Butterworth-Heinemann, Boston 1994:215-220
18. Mochizuki Y, Oishi M, Tajiri N, Takasu T. [Correlation between event-related potentials and regional cerebral blood flow in chronic alcoholism]. *No To Shinkei* 1998;50(4):372-4 [Artículo en Japonés]
19. Pfefferbaum A, Horvath TB, Roth WT, Kopell BS. Event-related potential changes in chronic alcoholics. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1979, 47(6):637-647
20. Polich J, Kok A. Cognitive and biological determinant of P300: an integrative review. *Biological Psychology* 1995, 41:103-146.
21. Polich J, Pollock VE, Bloom FE. Meta-Analysis of P300 amplitude: From males at risk for alcoholism. *Psychol Bulletin* 1994, 115(1):55-73.
22. Small JG, Milstein V, Golay SJ, Moore JE. EEG studies of covert drug usage in hospitalized psychiatric patients *EEG clin Neurophysiol* 1977, 42:730-731.
23. Prichep LS, Alper KR, Kowalik S, Merkin H, Tom M, John ER, Rosenthal MS. Quantitative electroencephalographic characteristics of crack cocaine dependence. *Biol Psychiatry* 1996 ;40(10):986-993.
24. Prichep LS, Kowalik SC, Alper K, de Jesus C. Quantitative EEG characteristics of children exposed in utero to cocaine. *Clin Electroencephalogr* 1995;26(3):166-72
25. Prichep LS, Alper KR, Kowalik SC, Vaysblat LS, Merkin HA, Tom M, John ER, Rosenthal MS. Prediction of treatment outcome in cocaine dependent males using quantitative. EEG. *Drug Alcohol Depend* 1999;54(1):35-43
26. Rodriguez Holguin S, Porjesz B, Chorlian DB, Polich J, Begleiter H. Visual P3a in male alcoholics and controls. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23(4):582-91.
27. Sutton S, Braren M, Zubin J, John ER. Evoked potential correlates of stimulus uncertainty. *Science* 1965, 150:1187-1188.
28. Williams HL, Rundell OH. Altered sleep physiology in chronic alcoholics: Reversal with abstinence alcoholism. *Clin Ex Res* 1981, 5:318-325.
29. Winbery S, Blaho K, Logan B, Geraci S. Multiple cocaine-induced seizures and corresponding cocaine and metabolite concentrations. *Am J Emerg Med* 1998;16(5):529-33.
30. Zaks AM, Bruner A, Fink M, Freedman AM. Intravenous diacetylmorphine (heroin) in studies of opiate dependence. *Dis Nerv Sys* 1969,330:89-92.

URGENCIA PSIQUIÁTRICA Y REHABILITACIÓN DEL DROGODEPENDIENTE

Dra. Alejandra Magalis Martínez Hurtado

El consumo ilegal de sustancias que afectan a las funciones cerebrales está causando importantes estragos en la sociedad contemporánea occidental, hacer un cálculo sobre ello es difícil debido a que algunos de sus efectos tardan décadas en manifestarse, entre ellas se incluyen los efectos sobre el desarrollo de personas cuyos padres fueron consumidores de estas sustancias, y los efectos sobre la estructura misma de la sociedad, medidas a través de las tasas de empleo, educación y pobreza.

Una de las consecuencias que se derivan, es que estas sustancias pueden producir síntomas neuropsiquiátricos, que pueden ocasionar trastornos de conductas plenamente observables, así como estados mentales percibidos internamente, indistinguibles de los que se observan en trastornos psiquiátricos, cuyas causas no se conocen (Ej. la esquizofrenia y los trastornos afectivos). Esta observación debe tenerse presente ya que sugiere que los trastornos psiquiátricos y aquellos en los que está implicado el uso de sustancias psicoactivas guardan alguna relación, siendo parte de las investigaciones neuropsiquiátricas que se desarrollan en la actualidad.

La OMS ha propuesto la utilización del término "dependencia de sustancias" para designar esta entidad la cual se presenta como dependencia conductual o como dependencia física.

La dependencia conductual hace énfasis en las actividades de búsqueda de la sustancia asociada de patrones de consumo patológicos. La dependencia física subraya los efectos fisiológicos para cada episodio en el que se consume la sustancia, teniendo en cuenta la presencia de fenómenos de tolerancia o abstinencia.

La urgencia médica en el consumo de drogas puede estar dada por cuadros de intoxicación, estados por sobredosis y manifestaciones de abstinencia por supresión brusca de su uso.

PSICOPATOLOGÍA

ANFETAMINAS (ANF)

En la actualidad las ANF están indicadas únicamente para tratar los trastornos por déficit atencional, la narcolepsia y algunos trastornos depresivos, pero son utilizadas para mejorar el rendimiento e inducir sensaciones de euforia, disminuir la fatiga y aumentar el umbral para el dolor.

Las principales ANF disponibles son la Dextroanfetamina, la Metanfetamina y el Metilfenidato. Estas sustancias se conocen en el argot popular como: crack, crystal, crystal meth y speed. El ice es la forma pura de la Metanfetamina, que puede inhalarse, fumarse o inyectarse EV, a diferencia del crack de cocaína, que debe importarse, el ice es una sustancia sintética, que puede fabricarse en laboratorios clandestinos.

Las anfetaminas estimulan todos los niveles centrales cuyos neurotransmisores son la Dopamina y la Noradrenalina ya que favorecen la liberación de estos. A dosis "terapéutica" producen excitación e hipertensión, alucinaciones visuales y auditivas, seguido de estado depresivo e hipotensión. A dosis elevadas o frecuentes producen psicosis tóxicas, excitación mantenida, seguida de postración, puede inducir síntomas similares a los que se observan en el trastorno obsesivo compulsivo, en el trastorno por angustia y en los trastornos fóbicos en particular.

Intoxicación:

Está caracterizada por cambios psicológicos y de la conducta, euforia o embotamiento afectivo, ansiedad cólera, movimientos estereotipados, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social y laboral.

Abstinencia:

El estado que aparece tras la intoxicación por ANF incluye síntomas como ansiedad, temblor, disforia, alcanzando su pico máximo en el intervalo de 2 - 4 días. Al retirar la droga tras consumo prolongado, tiende a producir **cuadros de depresión reactiva**, de máxima gravedad en la primeras 48-72 horas, puede durar varias semanas y es grave por inducir al suicidio en algunas personas.

Delirium:

Este cuadro suele ser el resultado del consumo de dosis altas de esta sustancia o de su uso continuado y en particular en personas con una afectación cerebral pre-existente.

Psicosis Anfetamínica

Se puede producir en personas completamente normales, se presenta un cuadro de inquietud, irritabilidad creciente e hipersensibilidad perceptiva, con alucinaciones auditivas y sobre todo visuales, hiperactividad, disgregación del pensamiento, con características similares a los síntomas positivos de la esquizofrenia. La resolución de estos síntomas en pocos días y los resultados positivos del análisis de orina orientan hacia el diagnóstico correcto.

BARBITÚRICOS

Los barbitúricos alteran de forma especial las neuronas del SNC afectando principalmente la transmisión sináptica, interfiriendo la liberación del neurotransmisor. Esta acción es profunda y afecta a todas las estructuras cerebrales, tanto de la corteza, como del sistema límbico y de núcleos de la base.

La duración de su actividad depende de la velocidad con que cada derivado barbitúrico se destruye en el hígado. Cuando el metabolismo es rápido, la acción es ultracorta (tio-pental); si es lento, la acción será larga (fenobarbital) y otros poseen acción de duración intermedia (pentobarbital). En el cuadro 1 se resume la capacidad adictógena de los barbitúricos, así como de otras sustancias, en una escala de 0 - 4.

BENZODIAZEPINAS

La actividad principal de las Benzodiazepinas es ansiolítica y relajante, secundariamente hipnótico. Se produce adicción cuando se utilizan repetidamente para calmar la ansiedad y conciliar el sueño.

Actúan sobre el SNC en zonas por debajo de la corteza, especialmente en el Sistema límbico y en el sistema reticular, donde bloquean los estímulos emocionales, mejorando los estados de ansiedad y provocando secundariamente sueño y relajación muscular.

Su escasa incidencia sobre los centros neurovegetativos (al contrario que los Barbitúricos) reduce el riesgo de sobredosificación, lo que no quiere decir que esta no sea peligrosa.

Cuadro 1			
CAPACIDAD ADICTÓGENA DE DIVERSAS SUSTANCIAS (Rango: 0 - 4)			
SUSTANCIA	DEPENDENCIA PSICOSOCIAL	ADICCIÓN	TOLERANCIA
Anfetaminas	3	1 - 2	3
Barbitúricos	3	3	3
Benzodiazepinas	3	3	3
Cannabis	2 - 3	0	0 - 1
Cocaína	4	?	?
Alucinógenos	2 - 3	0 - 1	0
Inhalables	2	0 - 1	2 - 3
Opiáceos/Derivados morfínicos	4	4	4

Modificado de (7)

CANNABIS (*Cáñamo trexil, Marihuana, Hachís - polvo, resina, aceite*)

La forma más potente de esta sustancia proviene de las flores, y de la resina exudada por las hojas, llamada hachis. Por su mecanismo de acción es euforizante, relajante y a grandes dosis es alucinógeno.

El individuo que la consume por primera vez suele experimentar muy pocos efectos, o ninguno, y en todo caso efectos depresores o sedantes. Cuando el organismo los recibe repetidas veces, aprende a metabolizarlos para obtener el hidroxiderivado del THC (Delta 9 - Tetrahidro Cannabinol), que es el producto estimulante y euforizante.

Los cannabinoles inhiben la síntesis de ADN, ARN y proteínas, y producen alteraciones en el metabolismo de la glucosa, lo que explica los trastornos de consolidación de la memoria y en parte la relajación y la apatía. Su uso prolongado se asocia a atrofia cortical, mayor susceptibilidad a las crisis comiciales, daños cromosómicos y alteraciones de la reactividad inmunológica.

Denominación	% THC	Potencia relativa
Cáñamo Trexil	0,5	Mínima
Grifa o Marihuana	1-2	Media
Polvo (Hachís)	4-11	Cinco veces más
Resina (Hachís)	50	Cincuenta veces
Aceite	65	Máximo

Tomado de (7)

Intoxicación:

Se caracteriza por euforia e incluso hipomanía, despersonalización, afectación de las habilidades motoras y aumenta la sensibilidad a los estímulos externos.

Delirium:

Se producen alteraciones cognitivas, perceptuales y de la atención, así como afectación de la conciencia, presentando un estado confusional y comportamiento violento.

Síndrome Amotivacional:

Este síndrome se ha asociado al consumo prolongado de dosis altas y se caracteriza por desganas, para hacer cualquier cosa, apatía, falta de afecto y proyecto de vida, enlentecimiento mental, falta de interés y de ilusiones, vacío afectivo, confusión, letargia, dificultades de relación social y empobrecimiento del lenguaje y de la sensibilidad.

Consecuencia directa: falta total de voluntad propia (estado abúlico)

Consecuencia indirecta: descenso en el rendimiento escolar o laboral, deterioro de las habilidades comunicativas (conversación, la lectura etc..)

Flashbacks, recurrencias espontáneas:

Son episodios que duran breves segundos, son vivencias desagradables, con distorsión visual, despersonalización, síntomas físicos y ansiedad intensa. En algunos sujetos, se pueden reproducir bajo los efectos del THC, similar a las alucinaciones experimentadas con el consumo de alucinógenos (LSD, Mescalina etc.)

Psicosis Cannábicas. Síndrome de Benabud:

Es un estado agudo ocasionado por la presencia de sustancias tóxicas (THC) en el SNC, capaces de interferir funciones, cuando el tóxico desaparece la psicosis también. Los síntomas que lo caracterizan son obnubilación, inquietud, confusión, aturdimiento, desorientación, pensamiento onírico, aprensión, miedo y alucinaciones e importantes trastornos del pensamiento.

El cannabis puede precipitar trastornos psicóticos prolongados y crónicos en sujetos predispuestos.

Los síntomas de abstinencia se limitan a leves incrementos de la irritabilidad, inquietud, insomnio y anorexia, sólo aparecen cuando se suspende bruscamente el consumo de altas dosis del mismo.

COCAÍNA

Es una de las sustancias adictivas de las que más se abusa y una de las más peligrosas, asociada no sólo a trastornos de conducta muy importantes, sino también a problemas médicos graves. La forma más habitual de su consumo es inhalar el polvo de cocaína (esnifar), fumar o inyecciones subcutáneas o IV.

La cocaína tiene propiedades adictivas muy poderosas. La dependencia psicológica puede aparecer a partir de una dosis única, debido a su potencia como reforzador positivo de la conducta. El crack es una forma de base libre de cocaína, extremadamente potente y adictiva, de tal manera que una o dos experiencias son capaces de ocasionar un intenso "craving".

Con el consumo repetido aparecen tanto la tolerancia como la sensibilidad a diferentes efectos de la sustancia, aunque el desarrollo de estos fenómenos parecen deberse a múltiples factores y es de difícil predicción.

Bloquea la reabsorción de Noradrenalina y de Serotonina en la sinapsis, por lo que posee una acción adrenérgica, actuando sobre los centros hipotalámicos que excitan el SN Sim-

pático. Esta acción simpaticomimética se manifiesta en la vasoconstricción, hipertensión, estimulación cardíaca, excitación simpática seguida de depresión y crisis epileptoides.

Los efectos fisiológicos de la Cocaína sobre los sistemas de los neurotransmisores se ponen de manifiesto en síntomas psicológicos y de conducta, ocasionando aumento de la energía y del estado de alerta dando lugar a la irritabilidad, agresividad, juicio social alterado y un consumo cada vez más patológico de la droga.

Intoxicación:

Caracterizada por irritabilidad, agitación, conducta sexual impulsiva y potencialmente peligrosa, agresividad y aumento de la actividad psicomotora de tipo maniforme.

Delirium:

Este trastorno es más común cuando se consumen dosis altas, en un período corto de tiempo, lo que produce rápidamente un aumento de la concentración en sangre, o cuando se mezcla con otras sustancias psicoactivas (como anfetaminas, alcohol, opioides etc.)

Síndrome de abstinencia:

Descrito por Gawin y Kleber (1986). Consta de tres fases y toma como punto de partida un período de 3 meses después de un consumo excesivo. Fase 1 - Abstinencia aguda Fase 2 - Abstinencia retardada Fase 3 - Extinción indefinida.

- § **Fase 1** - Crash (9 horas - 4 días) de abstinencia aguda, es una etapa de hundimiento psíquico y físico, con reducción progresivo del deseo de la droga.
 - § Temprana: agitación, depresión, anorexia, intenso craving (deseo de consumo)
 - § Media y tardía: fatiga, depresión, insomnio, no craving (no deseo de la droga)

- § **Fase 2** - Abstinencia retardada (1 - 10 sem) (reaparece el deseo a la droga)
 - § Temprana: sueño normal, eutimia, bajo craving.
 - § Media y tardía: Anhedonia, anergia, ansiedad, intenso craving. (recaída)

- § **Fase 3** - Extinción indefinida (con crisis esporádicas del deseo de la droga, existiendo situaciones condicionadas con peligro de recaídas) Respuesta hedónica normal, eutimia, craving condicionado.

Psicosis Cocaínica:

Las ideas delirantes paranoides y las alucinaciones pueden aparecer en el 50 % de los consumidores. La aparición de este síntoma depende de la dosis, de la duración del consumo y de la sensibilidad individual a la sustancia.

Es más común entre las personas que consumen crack o la cocaína EV, se manifiesta por inquietud, irritabilidad creciente e hipersensibilidad perceptiva, con alucinaciones auditivas y visuales, difícil de diferenciar de la Esquizofrenia Paranoide.

Este cuadro puede ir asociado además a conductas sexuales inapropiadas y a conductas homicidas y/o violentas, relacionadas con el contenido de las alucinaciones e ideas delirantes.

Síndrome de Mangan (microzoopsias):

Se trata de un cuadro alucinatorio táctil, casi específico de la psicosis cocaínica, el cual se ha relacionado con el efecto de la Cocaína en el SN Periférico, y se caracteriza porque el paciente siente pequeños animales (lombrices, hormigas, piojos etc..) en la piel de las manos y sobre todo el cuerpo.

Las alucinaciones son sentidas y también percibidas visualmente, con un aparente nivel de realidad, que el paciente se provoca laceraciones de la piel para tratar de extraer de la misma los cuerpos extraños.

Trastornos del estado de ánimo:

Puede iniciarse durante la intoxicación o durante la abstinencia. Los síntomas asociados a la intoxicación son de naturaleza maniforme, los asociados a la abstinencia son de tipo depresivo. Aparece al retirar la droga, tras consumo prolongado, con gravedad máxima en las primeras 48 - 72 horas. Los cuadros depresivos pueden durar hasta varias semanas e incrementa su gravedad porque puede inducir al suicidio en algunas personas.

ALUCINÓGENOS

También llamadas sustancias psicodislépticas, porque además de inducir alucinaciones, causan una pérdida de contacto con la realidad y una sensación de "expansión de la mente" las mismas tienen un enorme potencial de abuso.

Los alucinógenos naturales clásicos son la Psilocibina (se extrae de hongos) la Mescalina (del cactus del Peyote), La Fenciclidina, la Harmina, etc. De los alucinógenos sintéticos el más típico es el LSD. La mayoría de los alucinógenos se absorben por vía oral, algunos se inhalan, se fuman o se usan por vía endovenosa. La tolerancia se desarrolla muy rápi-

damente y desaparece muy rápido también, no producen dependencia física ni síntomas de abstinencia, aunque pueden desarrollar una dependencia psicológica a las vivencias internas que se experimentan. Los síntomas comunes que presenta están dados por : vértigos, debilidad, náuseas, parestesias, risa o llanto, ilusiones visuales, cambios del humor, hipervigilancia o retraimiento.

Intoxicación:

Se caracteriza por cambios desadaptativos en la percepción y en la conducta, el diagnóstico diferencial debe realizarse con la intoxicación por Anfetaminas, o por Anticolinérgicos y la Abstinencia del Alcohol.

La intoxicación aguda por LSD produce: vértigos, desorientación, ataxia, hipertermia, midriasis, palpitaciones, dolores torácicos, fatiga y temblores, náuseas y vómitos, hipotensión, piloerección, hiperglicemia, taquicardia, alucinaciones, euforia, manía y psicosis tóxica.

La Psilocibina produce una excitación caracterizada por taquicardia, midriasis y salivación. Las alucinaciones son generalmente visuales y de naturaleza cinética (las imágenes tienen movimiento). Mientras duran estas sensaciones el individuo se siente eufórico, pero al desaparecer el estado es de ansiedad y angustia.

El peligro de su uso puede consistir en la ejecución de actos como saltar por una ventana por creer que su cuerpo no pesa o herirse por considerarse invulnerable.

Cuadros de Flashback (trastornos perceptivos por alucinaciones):

Es experimentado por el 15 al 20 % de los consumidores, puede aparecer a partir de un estrés emocional, por privación sensorial (Ej. conducción monótona) o el uso de otras sustancias psicoactivas.

El flashback se presenta de forma espontánea y recurrente, como episodios de distorsión visual, alucinaciones geométricas, alucinaciones de sonidos o voces, falsas percepciones de movimientos en los campos periféricos, flashes de color, rastros de imágenes tras el movimiento de objetos, post imágenes o halos, macropsias, micropsias, lentificación del tiempo, síntomas físicos o emociones muy intensas, suelen durar desde unos segundos a pocos minutos.

Reacciones de Ansiedad/Pánico:

Consiste en una reacción de ansiedad aguda que con frecuencia puede parecer un episodio esquizofrénico, suele durar de 4 a 12 horas, pero puede conducir a una reacción prolongada de varios días e incluso de meses de duración, debido a que la

mayor parte de los alucinógenos son liposolubles y se almacenan en los depósitos de grasa del organismo, durante mucho tiempo después de su ingestión.

Trastorno Psicótico (reacciones psicóticas agudas):

Los efectos adversos más comunes son los “malos viajes” que se asemejan a las reacciones agudas de pánico del Cannabis. El “mal viaje” puede producir verdaderas manifestaciones psicóticas, a veces difícil de distinguir del cuadro psicótico funcional.

Sólo ocasionalmente el cuadro puede prolongarse, aparece más comunmente en personas con un trastorno esquizoide de la personalidad, en personalidades pre - psicóticas, en sujetos con un YO inestable, o con grandes niveles de ansiedad.

Trastorno del estado de ánimo:

Los síntomas de trastornos del estado de ánimo pueden ser muy variables, pueden presentar síntomas maniformes, que incluyen ideas megalomaniacas. Pueden aparecer sentimientos de tipo depresivo o ambos a la vez, los que desaparecen una vez que la sustancia ha sido eliminada del organismo.

Tratamiento :

El tratamiento de elección para los síntomas psiquiátricos agudos asociados a la intoxicación es mantener la conversación con el individuo. Si el paciente está experimentando sensaciones y vivencias intensamente desagradables es la protección y proporcionar seguridad. De manera ocasional pueden ser necesarios algunos fármacos (antagonistas del receptor dopaminérgico) para los síntomas psicóticos y Benzodiazepinas para los síntomas de ansiedad.

INHALABLES

El término “inhalable” comprende tanto gases como líquidos muy volátiles, de olor agradable e inflamables. Entre ellos los mas frecuentemente utilizados son los productos de limpieza, aerosoles, sprays, (ambientadores de pintura, desodorante, pulimentos e insecticida) barnices y esmaltes, diluyentes de pintura, eter, etc.

En dosis iniciales pequeñas, pueden tener un efecto desinhibidor y esto produce sentimientos de euforia, excitación y sensaciones agradables de estar como “volando” Otros síntomas a dosis altas incluyen temores, ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales y distorsiones de la imagen corporal. Sus efectos a corto plazo producen : pérdida de la coordinación, lenguaje ininteligible, visión doble, náuseas, vómitos etc.

Intoxicación:

Dada por apatía, empeoramiento del funcionamiento social y conductas impulsivas y agresivas.

Demencia :

Debido a los efectos neurotóxicos y a los largos y frecuentes períodos de hipoxia. Normalmente el consumo de inhalantes ocupa un corto período de tiempo en la vida de las personas, ya que dejan de tomarla o pasan a consumir otros diferentes. La detección del uso de inhalantes en los adolescentes es una indicación de que estos deberían recibir información y educación sobre el consumo de sustancias en general.

La presencia de trastornos de conducta o trastornos antisociales de la personalidad asociados, incitan al clínico a tratar la situación con profundidad, debido a la alta probabilidad de que el adolescente se involucre en el consumo de otras sustancias.

OPIÁCEOS/DERIVADOS MORFÍNICOS:

Opiáceo es cualquier sustancia natural derivada del opio y opioide es una sustancia sintética que actúa como un opiáceo, pero no está derivado del opio. Los opiáceos que se sintetizan a partir de los naturales son la heroína, la codeína, papaverina y la hidromorfina. Los más usados son la morfina y la heroína, siendo esta última la más potente. Pueden consumirse oralmente, inhalados por la nariz o en inyección subcutánea o EV.

Se han elaborado un gran número de narcóticos sintéticos como la meperidina, la metadona, el propoxifeno etc. y los antagonistas de los opioides para tratar las sobredosis y la dependencia, entre ellas se encuentran la naloxona, la naltrexona y la apomorfina.

Sus complicaciones más frecuentes son:

Síndrome de Abstinencia:

En las primeras horas, tras el último consumo, presentan craving, ansiedad, y búsqueda de la droga. A las primeras 8 a 15 horas aparece lagrimeo y sudoración, ya en las siguientes 16 a 24 horas se hace evidente la midriasis, calambres musculares, algias difusas, irritabilidad marcada y por último aparece insomnio, febrícula, enlentecimiento motor, náuseas, vómitos, hipertensión arterial etc..

Delirium por intoxicación:

Este cuadro suele aparecer cuando los opioides y los opiáceos se consumen en dosis altas, se mezclan con otros compuestos psicoactivos, los consume una persona con lesiones cerebrales pre - existentes o algún trastorno del SNC.

Trastornos del estado de ánimo:

Los síntomas pueden ser de naturaleza maníaca, depresiva o mixta, asociadas a irritabilidad, expansividad y depresión, durante la depresión presentan tendencia al suicidio, estimándose 3 veces superior a la población normal.

Síntomas psicóticos:

Por las características del cuadro es necesario descartar si se trata de un episodio esquizofrénico, un trastorno delirante orgánico o un trastorno psicótico inducido por drogas psicoestimulantes (ya que en ocasiones se consumen asociados, se produce adulteración de la heroína o se produce un consumo pasado el cual ocasiona tardíamente cuadros de flashback.

DROGAS DE SÍNTESIS O DE DISEÑO

NOMBRE	ARGOT
Alfa - metilfentanil (AMF)	China White
Derivados de la Fenciclidina (PCP)	Polvo de Angel
Metanfetamina	Speed, Crystal
Cloruro de metanfetamina recristalizado	Ice
Metilfioxianfetamina (MDA)	Droga del Amor
Metildioximentanfetamina (MDMA)	Éxtasis

Metadona - Es una sustancia sintética que sustituye a la heroína, se administra por vía oral, se le da a los adultos en vez de su sustancia de abuso habitual y elimina los síntomas de abstinencia.

La acción de la metadona es tal que 20 - 80 mgs / día es suficiente para estabilizar a un paciente. La vida media de la metadona es de más de 24 horas, con lo cual una dosis diaria es suficiente, el mantenimiento continúa hasta que el paciente pueda abandonarla.

Levo - alfa - acetilmetadol (LAMM) - Es un opiode de acción más larga que la metadona, el cual también se utiliza en la dependencia a opioides. A diferencia de la metadona que debe administrarse diariamente, la LAMM se administra en dosis de 30 - 80 mgs tres veces / semana.

Naloxona - Es utilizada en el tratamiento de la sobredosis, porque revierte los efectos de los narcóticos, al igual que la naltrexona, que es el antagonista de acción más larga (72 Horas)

DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS AL TIPO DE SUSTANCIA	Alcohol	Alucinógenos	Anfetaminas	Cannabis	Cocaína	Fenciclidina	Inhalantes	Opiáceos
Dependencia	X	X	X	X	X	X	X	X
Abuso	X	X	X	X	X	X	X	X
Intoxicación	X	X	X	X	X	X	X	X
Abstinencia	X	-	X	-	X	-	-	X
Delirium por intoxicación	I	I	I	I	I	I	I	1
Delirium por abstinencia	W	-	-	-	-	-	-	-
Demencia	P	-	-	-	-	-	P	-
Trastorno amnésico	P	-	-	-	-	-	-	-
Trastorno psicótico	I/W	I*	I	I	I	I	I	I
Trastorno de estado de ánimo	I/W	I	I/W	-	I/W	I	I	I
Trastorno de ansiedad	I/W	I	I	I	I/W	I	I	-
Disfunción sexual	I	-	I	-	I	-	-	I
Trastorno del sueño	I/W	-	I/W	-	I/W	-	-	I/W

* También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks)

I Indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (excepto el caso de delirium por intoxicación)

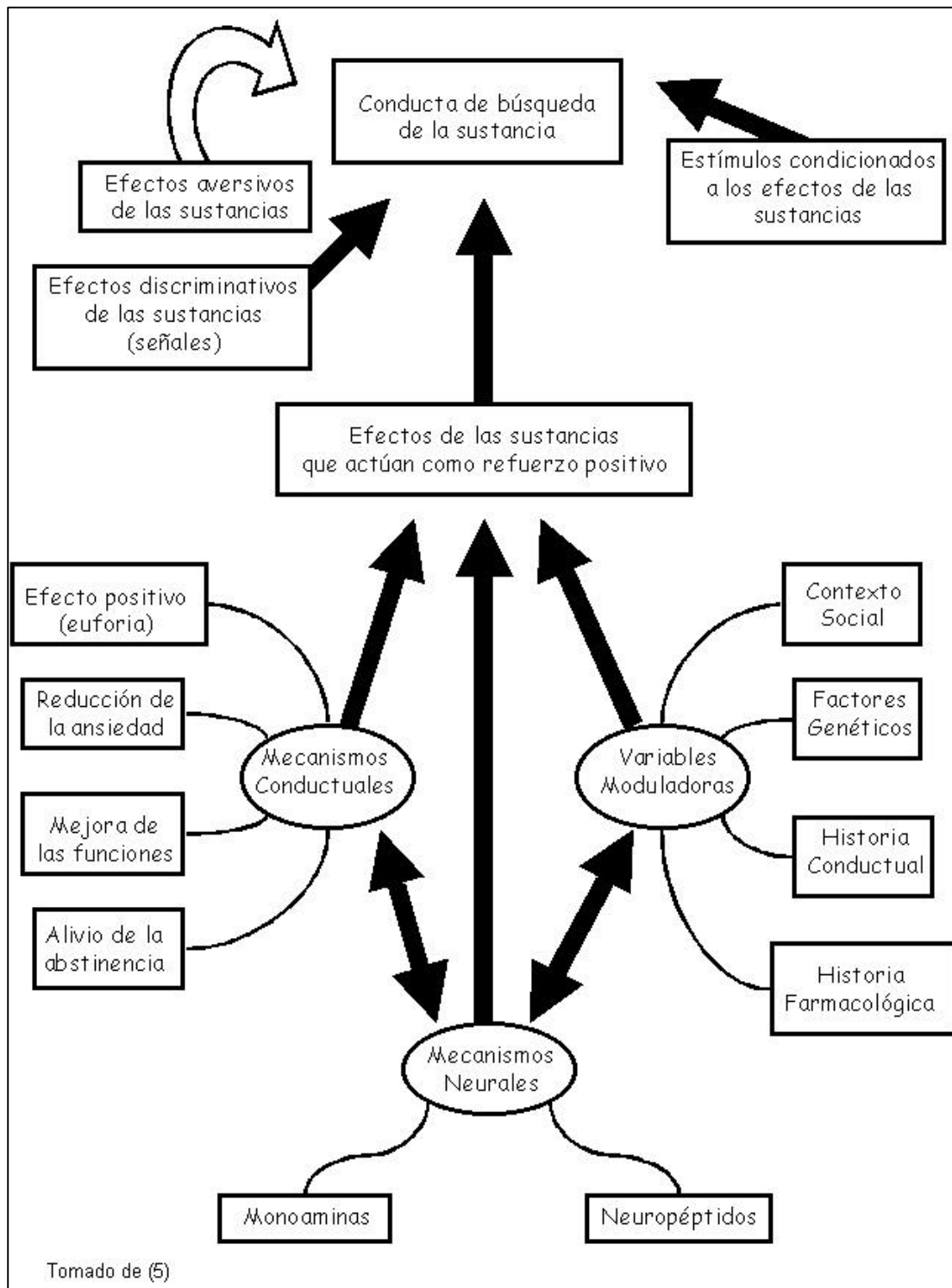
W Indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (excepto el delirium por abstinencia)

I/W Indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia.

P Indica que el trastorno es persistente.

Modificado de (5)

Un modelo psicofarmacológico de la dependencia como una conducta de búsqueda de sustancia, mantenida por cuatro procesos principales: refuerzo positivo y efectos discriminativos de la sustancia, o de los estímulos asociados a ella (facilitación de la conducta de búsqueda) y efectos aversivos de la sustancia (que dificultan que se de la conducta) Estos cuatro procesos se dan sea cual sea la sustancia en cuestión (ver esquema siguiente).



TRATAMIENTO

Las acciones terapéuticas frente al abuso de sustancias varían en función de las mismas, de su pauta de consumo, de la disponibilidad de sistemas de apoyo psicosocial y de las características individuales de cada paciente.

En general los programas de tratamiento persiguen dos objetivos principales, el primero de ellos es la abstinencia de la sustancia y el segundo objetivo es el bienestar físico, psíquico y social del paciente.

El tratamiento inicial puede llevarse a cabo tanto ambulatoriamente como en régimen de hospitalización. Aunque un tratamiento ambulatorio es más natural en el sentido de que no aísla al sujeto de la vida cotidiana, también es cierto que existen más “tentaciones” y esto puede obstaculizar el mismo.

El tratamiento hospitalario está indicado en aquellos casos en que existen patologías médicas o psiquiátricas graves, antecedentes de fracasos con diversos tratamientos ambulatorios, una desestructuración de los sistemas de apoyo psicosocial mínimos o una historia de abuso particularmente grave.

Tras un período inicial de desintoxicación, el paciente necesita pasar a un programa de rehabilitación.

La **desintoxicación** está orientada a que el paciente deje de consumir la droga sin presentar manifestaciones de abstinencia aguda, este cuadro es expresión de la dependencia física, la cual puede ser superada por medios farmacológicos o con medidas paliativas de otro tipo, como ejercicios físicos, soporte psicoterapéutico, etc.) El fenómeno clave de la drogodependencia no es la dependencia física, sino la dependencia psicológica, por eso el proceso más importante y más complejo es el de la deshabituación.

La **deshabituación** está orientada a que el paciente se enfrente al problema con esperanzas de éxito. La deshabituación es un proceso multidimensional en el que se ponen en juego medidas farmacológicas, higiénicas, psicoterapéuticas, socioterapéuticas, etc.. a veces necesita de un régimen de internamiento (hospitalización, comunidades terapéuticas etc..). También las personas del entorno más próximo (padres, hermanos, otros familiares e incluso amigos) deben participar en muchas de estas terapias, pues en general están muy afectadas, e involucradas psicológicamente en todo el comportamiento desarrollado por el adicto.

Durante el tratamiento suelen ser de gran utilidad las terapias individuales, familiares y de grupos. La educación sobre el abuso de sustancias y el refuerzo de los pequeños logros son aspectos fundamentales del tratamiento.

TERAPEÚTICA DE DESINTOXICACIÓN:

Anfetaminas y otros simpaticomiméticos

El tratamiento de elección para el trastorno psicótico inducido por Anfetaminas es el uso durante un corto período de tiempo de agonistas de los receptores dopaminérgicos Ej. Haloperidol.

- Para la agitación: se utiliza de 5-10 mg de Diazepam (vía intramuscular u oral) c/3 horas.
- Para las arritmias: se emplea de 10-20 mg de Propranolol (v.o.) c/4 horas + 0.5 gr de Vit C 4 veces al día (v.o.)

El tratamiento de los trastornos relacionados con Anfetaminas, presenta dificultades para ayudar al paciente a mantenerse abstinentes, por ser una sustancia que posee efectos reforzantes muy potentes, que inducen a su búsqueda “craving” La hospitalización y el uso de múltiples abordajes terapéuticos (terapia individual, familiar y de grupo) son necesarios para lograr la abstinencia del paciente.

El tratamiento específico en el trastorno psicótico o en el trastorno por ansiedad son los neurolepticos y los ansiolíticos, los cuales pueden prescribirse durante los primeros días. En ausencia de psicosis el Diazepam es útil para tratar la agitación y la hiperactividad.

Cannabis

Este tratamiento sigue las mismas directrices que el tratamiento del abuso de cualquier otra sustancia: abstinencia y apoyo. La abstinencia puede seguirse a través de actuaciones directas, como la hospitalización o a través de un control muy detallado mediante análisis de orina, en los que se puede detectar Cannabis, entre 3 y 4 semanas después de la última toma.

El apoyo se proporciona en forma de psicoterapia individual, familiar y grupal. La educación debe ser la piedra de toque de la abstinencia y de los programas de apoyo ya que el paciente que no entiende las razones por las cuales aparecen problemas de abuso, tienen una baja motivación para cesar el consumo.

Para algunos pacientes puede ser de utilidad el uso de ansiolíticos, durante un período de tiempo corto, para aliviar los síntomas de abstinencia. En otros sujetos el consumo puede estar relacionado con un trastorno depresivo subyacente que puede responder bien al tratamiento antidepresivo.

Cocaína

La mayor dificultad a la que debe hacer frente el tratamiento de este trastorno es el intenso “craving” que produce esta sustancia. Para tratar la abstinencia debe recurrirse a la hospitalización completa o parcial. La intervención psicológica suele consistir en terapias individuales, familiares y de grupo. La terapia individual es más efectiva si se centra en las razones que llevan al consumo, de la percepción de los efectos positivos del consumo y en como estos objetivos pueden obtenerse por vías diferentes.

La terapia de grupo y los Grupos de Apoyo (como Narcóticos Anónimos) incluyen a menudo charlas con otros consumidores en las que se comparten experiencias pasadas y métodos efectivos para hacer frente al problema.

La terapia de familia es un componente esencial del tratamiento, las cuestiones que se tratan son, entre otras, como la conducta del paciente ha afectado a la dinámica familiar y además otras familias pueden explicar como hicieron frente a los mismos problemas. No obstante los objetivos deben centrarse en el futuro y en como ciertos cambios en las familias pueden ayudar al consumidor a mantenerse abstinente.

Se han utilizado gran variedad de estrategias farmacológicas para contener el "craving" se han usado los agonistas dopaminérgicos y algunos tipos de tricíclicos. Los agonistas dopaminérgicos más utilizados son la Amantadina, (100 mgs 2 veces al día) y la Bromocriptina (2.5 mgs 2 veces al día).

La Carbamazepina también se ha utilizado en estos pacientes y resulta útil para reducir el "craving"

Opiáceos y Opiodes (opio, morfina, heroína, Meperidina y Metadona)

Para una abstinencia gradual:

- 5 - 10 mg de Metadona c/ 6 h (24 horas); después reducir la dosis durante 10 días.
- La Levo - alfa - acetilmetadol se administra en dosis de 30 a 80 mgs tres veces por semana.

Para la sobredosis: Tres dosis de 0.4 mg de Naloxona (IM) una c / 20 mts.

Alucinógenos (LSD, Psilocibina y Mescalina)

Apoyo emocional (hablar): para la agitación leve, cuatro dosis de 10 mg de Diazepam, vía oral, una c / 12 h.

Para la agitación más intensa: 1.5 mg de Haloperidol, intramuscular c/ 6 h, Puede continuarse con 1 - 2 mg (v.o.) durante 7 días, para prevenir el Síndrome de Flash-back. Las Fenotiazinas pueden utilizarse únicamente con el LSD. Puede tener efectos fatales, si se mezclan con otros alucinógenos, como el DET, y la DMT.

Depresores del SNC (Barbitúricos, Metaqualona, Meprobamato, Benzodiazepinas y Glutetimida)

Para los Barbitúricos: sustituir cada 100 mg del barbitúrico que se ha tomado por 30 mg de Fenobarbital líquido, administrarlo en 4 dosis, una c/ 6h . Después reducir en un 20 % la dosis, cada uno de los días siguientes. También puede sustituirse por Diacepam 10 mg c/ 2 - 4 h, durante 24 horas, y después reducir la dosis.

Para las Benzodiazepinas: reducción gradual diaria de la sustancia, durante 10 días.

Fenciclidina (PCP)

Las Fenotiacinas están contraindicadas, durante la primera semana, tras la ingestión. Para las alucinaciones violentas: 1 - 4 mg de Haloperidol (vía intramuscular u oral) c/ 2-4 horas, hasta que el paciente se calme.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN

Los programas de rehabilitación emplean todas las modalidades psicoterapéuticas, tales como la Terapia Conductual, la Terapia Cognitivo - Conductual, la Terapia de Familia, los Grupos de Apoyo y el Entrenamiento en las Actividades Sociales.

RECURSOS PARA EL TRATAMIENTO

Recursos asistenciales

Centros o equipos de atención a drogodependencias (CAD)

Son centros que desempeñan ambulatoriamente tareas de orientación, evaluación, desintoxicación, deshabitación y cooperan en la reincorporación social.

Unidades hospitalarias de desintoxicación

Son recursos hospitalarios destinados a la desintoxicación en régimen de internamiento. Pueden ser unidades cuya estructura ha sido creada específicamente para tal fin, o simplemente camas destinadas a la desintoxicación pero incluidas en otros servicios (Psiquiatría, Medicina Interna etc..)

Pisos de apoyo a la desintoxicación

Son recursos donde acuden adictos para iniciar un proceso de desintoxicación y carecen de apoyo socio-familiar o conviven con otras personas también con problemas relacionadas con las drogas. Estos pisos permiten que se lleve a cabo el proceso de desintoxicación, aportando el control externo necesario, las actividades ocupacionales, la puesta en práctica de nuevos hábitos de vida saludable.

Centros de día

Son centros destinados al tratamiento en régimen intermedio, es decir la persona duerme en su casa, pero pasa varias horas del día en el centro. Proporciona al usuario una atención intensiva (media jornada o jornada completa) y frecuente (asistencia diaria) sin los inconvenientes de la separación total del medio socio-familiar. Siempre tienen una orientación terapéutica, independientemente de los modelos de intervención, estrategias o programas utilizados.

Comunidades terapéuticas

Son centros residenciales en los que se lleva a cabo la rehabilitación terapéutica, en régimen de internamiento, separados del medio habitual del sujeto. Suelen estar ubicadas en zonas rurales, o en ocasiones en áreas urbanas.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud (APS) entendida como la atención esencial de salud accesible a todos los individuos y familias, inserta dentro de la comunidad y como el nivel asistencial con el que contacta la población, debe tener una relación muy directa con los problemas derivados del abuso o dependencia de drogas.

Estos pacientes acuden con relativa frecuencia a los equipos de atención primaria, son en ocasiones mal comprendidos e incluso desorientados y desinformados respecto a las posibilidades de tratamiento de su enfermedad. Por tanto los médicos de familia van a ser en la mayoría de los casos, los primeros en contactar con estos pacientes, que llegan con propósitos diversos, a saber:

Buscando un sustituto a su consumo. El paciente acude a consulta realizando una demanda de urgencia, para ello pone en marcha sus dotes manipuladoras, pudiendo presentar actitudes de seducción y de agresividad. Esto produce en el médico sentimientos de rechazo, que son vividos como inseguridad, desconfianza, miedo etc.. ante estos pacientes.

Por querer ponerse un tratamiento. Si existe una clara motivación hacia el tratamiento, el médico debe derivar al paciente hacia un "recurso específico", la motivación puede ser un impulso momentáneo, o ser una decisión de carácter consistente y duradero.

Por problemas de salud. Esto debe ser aprovechado, para motivarle a ponerse en tratamiento en un centro especializado.

FUNCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA

Los médicos de familia deben:

- Realizar una detección precoz de la drogodependencia, bien directamente o a través de los familiares del paciente.
- Escuchar al paciente y a su familia. Es importante reducir la ansiedad con la que acuden, así como mostrarse firmes ante la demanda de medicación.
- Dar una información fiable a los usuarios y familiares que la demanden, de los medios y recursos disponibles para su atención.
- Informar al paciente y a su familia de los riesgos de su patología y de la importancia de ponerse en tratamiento.
- Derivar al paciente al centro de atención al drogodependiente (CAD) previa información de las características y objetivos del recurso.
- Valorar su estado somático, diagnosticando las patologías asociadas y sus complicaciones, realizando un correcto tratamiento y seguimiento de las mismas
- Proponer pautas alternativas al tratamiento, si el paciente manifiesta su intención de no abandonar la droga.
- Colaborar en los programas de rehabilitación y reinserción social
- Realizar una educación sanitaria y prevención de las drogodependencias, en el ámbito de la atención primaria de salud.

BIBLIOGRAFÍA

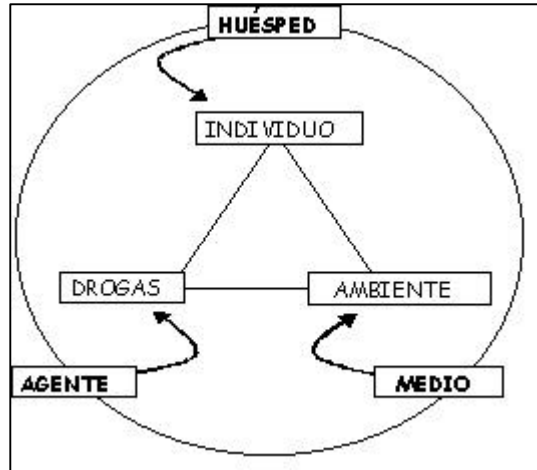
- 1 González Menéndez, R. Clínica y Terapéutica de las Adicciones para el Médico General. Ediciones de San Luis. Ministerio de Desarrollo Humano y Social. Dirección Provincial de Salud Mental. San Luis argentina. 1999
- 2 González Menéndez, R. El Enfoque Sistémico de los Programas Antidrogas. Revista Sinopsis. Asociación de Psiquiatras Argentinos 11 (3) 37 - 40, 1993
- 3 González, R. Como Liberarse de los Hábitos Tóxicos. Revista Española de Drogodependencia 19 (1) 61 - 71, 1994
- 4 Greenspoon, L. Bacalar, J. Marihuana The Forbidden Medicine. Yale University Press, 1993
- 5 Kaplan, H. Sadock, B. Grebb, J. Trastornos relacionados con sustancias. Sinopsis de Psiquiatría. 7ma Edición. Editorial Médica Panamericana William & Wilkins 1996 XXII 396 – 470
- 6 Lorenzo, P. Ladero J. M. Leza, Juan C. Lizasoain, I. Drogodependencias Editorial Médica Panamericana S.A. 21 - 46 1999
- 7 Olcina Rdguez, J. Casas Ros, A. Pérez Gerada, R. Manual de Intervención Médica en Drogodependencias. Artes Gráficas Soler S.A. Valencia 1994.

PREVENCIÓN DE LAS TOXICOMANÍAS

Dr. Antonio Bandera Rosell

El consumo de sustancias es el resultado de la interacción del individuo (huésped), el ambiente y las drogas (agente). El conocimiento de las características de cada uno de ellos y de las situaciones de riesgo determinarán las estrategias a seguir para prevenir su consumo.

Es tarea del Médico de Familia prevenir el uso de sustancias químicas por lo que es necesario desarrollar estrategias que contribuyan a un mayor conocimiento de sus efectos y a desarrollar redes de apoyo para su control, por lo que hay que fomentar la participación de la familia, la escuela y la comunidad.



Ejemplos de estrategias (algunas de las cuales ya se aplican en nuestro medio)

- Programas de enseñanza en las escuelas sobre los efectos negativos del consumo, y desarrollo de capacidad para resistir el consumo.
- Campañas publicitarias para prevenir el consumo de cigarrillos.
- Promover una generación libre de drogas.
- Aumento del precio de cigarrillos y bebidas alcohólicas
- Prohibición de fumar en los lugares de trabajo y escuelas

La toxicomanía es vista como una senda determinada por una multitud de factores incluyendo la vulnerabilidad genética, estresores sociales, problemas psiquiátricos y características individuales de la personalidad (condición bio-psico-social)

Condición genética (estudios genéticos)	Condición psicológica
<ul style="list-style-type: none"> • Gemelos, familias, adopción • Historia familiar • Genograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos de conducta: Rebeldía, pobres resultados académicos, delincuencia, actividad criminal • Rasgos de personalidad: Pobre autoestima, ansiedad, depresión, falta de autocontrol

Condición social

- Conductas desviadas
- Predisposición hacia la inconformidad, rebelión e independencia
- Bajos resultados académicos y falta de motivación
- El uso de alcohol y drogas en la familia (predicción poderosa)
- El hogar como variable importante
- El grupo social con quien se reúne (paraiguales)

Para la prevención es importante construir perfiles de adolescentes que abusan de drogas y de alcohol para poder predecir quienes de ellos están en riesgo:

Problemas en el seno familiar

- Reglas poco claras o firmes acerca del comportamiento.
- Reacciones incongruentes hacia el comportamiento de los hijos.
- Poca supervisión o vigilancia de estas conductas.
- Disciplina estricta y patrones de comunicación negativa, incluyendo críticas constantes y falta de elogios.
- Familias disfuncionales.

Comportamiento antisocial precoz

- Hay una relación estrecha entre los trastornos de conducta en la escuela y el abuso de drogas en la adolescencia. Estos trastornos se caracterizan por agresividad, retraimiento, hiperactividad, falta de atención, actitudes negativas.

Malas calificaciones y poco interés por la escuela.

Rebeldía y falta de interés en la sociedad

- No adoptan los valores sociales predominantes. Se rebelan contra la autoridad sobre todo de padres y maestros.

Amigos que usan drogas

- Este es uno de los factores más potentes. Existen pruebas muy evidentes de que la iniciación suele ocurrir por la influencia de amigos.

Cuanto más joven sea la persona al empezar a usar una droga, mayor será la frecuencia con que la use y más elevada las dosis, más frecuente también es que la persona pase al empleo de la siguiente droga en la secuencia: **alcohol - tabaco - marihuana - cocaína**. En un trabajo de tesis realizado en la Clínica del Adolescente la edad promedio de inicio es a los 13 años.

Las responsabilidades de los adultos respecto al comportamiento de los adolescentes se expresan en la familia, así como en las leyes y la religión. Ellos son controles sociales impuestos sobre la conducta motivada por la búsqueda de placer.

Si el adulto no asume las responsabilidades claras, a menudo el adolescente no adquiere autocontrol sobre su comportamiento con la consiguiente aparición y continuación de los “trastornos impulsivos”.

Hay que preparar a las familias para que estén atentos, día a día, a cualquier cambio en el comportamiento de sus hijos y aconsejar a los padres que se muestren en todo momento como amigos que tratan a sus hijos con cariño, sobre todo en sus crisis.

La pérdida de control por parte de los adultos sobre el comportamiento de los adolescentes, es la causa fundamental del deterioro global del estado de salud de este grupo.

La permanencia del adolescente en el hogar y el calor familiar serán decisivos en la batalla por salvar a los jóvenes de cualquier peligro, sea de caer en la delincuencia, o de dejarse arrastrar por las drogas o por el alcohol. El regaño airado no funciona, hace falta una dosis grande de paciencia y comprensión.

Es prevención:

- § Hacer esfuerzos para disminuir la distribución de drogas y prohibir la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 16 años.
- § La aplicación de leyes en contra del uso y venta de drogas
- § Los esfuerzos educativos para ofrecer información sobre las drogas a niños y adolescentes en las escuelas.
- § El uso de los medios masivos de comunicación para educar
- § Desarrollar Proyectos de Atención Integral a la salud de los adolescentes donde se contemple:
 - § Promoción de la autoestima entre los adolescentes para alejarlos de la droga.
 - § Promoción de conocimientos sobre otros aspectos de la salud de los adolescentes.
 - § Capacitación a maestros, personal de salud y promotores adolescentes
 - § Escuelas de padres
 - § Promoción de hábitos de higiene y mental, la practica de nuevos estilos de vida

La **promoción de salud** es la modalidad rectora para atacar no solo los problemas de la toxicomanía, sino los demás problemas de salud de los adolescentes, en especial en el ámbito local, y es justamente en el seno familiar y en la escuela donde mas exitosamente se pueden estimular las actividades de promoción de salud. Este es el objetivo mas importante de la

Ejemplos de factores protectores

- Familia contenedora con buenas relaciones interpersonales
- Un satisfactorio nivel educacional general y de la salud en particular
- Buen saneamiento ambiental
- Acceso a recreación sana y oportunidades de emplear el tiempo libre positivamente.
- Tener amigos sin conductas de riesgo
- Autoestima elevada
- Proyecto de vida elaborado y deseado
- Resiliencia alta
- Pertenecer a grupos juveniles, deportivos o culturales

atención primaria en el mundo actual.

El fundamento de este tipo de prevención es el fortalecimiento de los factores protectores para evitar o controlar los riesgos.

La promoción de varios factores protectores, en forma simultánea y continuada, producen un gradual cambio positivo del estado de salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes. Los objetivos que persigue esta modalidad de atención son los siguientes:

- Promover estilos de vida saludable, logrando progresivamente la capacidad de autocuidado,
- Desarrollar actividades de promoción y prevención primaria en forma intersectorial y con participación comunitaria: **Educación, Cultura, Ministerio del Trabajo, Ministerio del Interior, etc.**
- Identificar y contribuir a modificar los factores que inciden en la salud-enfermedad del adolescente (Factores de riesgo)
- Brindar capacitación continua en salud del adolescente a los profesionales, maestros y otros incorporando un enfoque integral y enfoque de riesgo.

¿Qué aspectos se deben tener en cuenta para desarrollar un Proyecto de promoción de salud para adolescentes?

- Delimitar la población objeto de atención por el medico de la familia.
- Distribuir por grupos de edades y sexo. Se sugieren conjuntos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años
- Caracterizar esta población en cuanto a
 - Vinculación escolar o laboral
 - Posibles factores de riesgo de
 - Deserción escolar
 - Bajo rendimiento académico
- Características de la población joven no incorporada a ninguna actividad socialmente útil
- Tipificación de las familias según:
 - Situación socioeconómica
 - Hábitos que puedan influir sobre la Salud de sus miembros
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Drogadicción

- Ingestión de fármacos no prescritos de manera habitual
- Estructura familiar y vinculación laboral de sus miembros
 - Dinámica familiar
 - Patologías en el núcleo familiar que distorsionen la dinámica familiar
 - Conductas sociales que puedan afectar al grupo familiar
- Características de las viviendas:
 - Hacinamiento
 - Promiscuidad
 - Malas condiciones en general

ESTRATEGIAS GENERALES DEL PROYECTO

- § Promoción y prevención
- § Enfoque de riesgo
- § Enfoque familiar
- § Abordaje integral (bio-psico-social)
- § Intersectorialidad
- § Mejoría del acceso de los adolescentes al sistema de salud
- § Participación juvenil y comunitaria
- § Fomento de promotores juveniles

Actividades de promoción

El desarrollo de estas actividades es de responsabilidad de todos los niveles de atención y serán ejecutadas en coordinación con los demás sectores del desarrollo. Las actividades de promoción que competen al sector salud son las siguientes:

Promoción de la familia:

Desarrollo de Escuelas de padres. Los módulos propuestos para desarrollar son:

- § La familia
- § La niñez
- § La adolescencia
- § Sexualidad y roles de genero
- § Autoestima y habilidades sociales
- § La educación de los hijos
- § La toxicomanía

Educación para la salud integral

Debe iniciarse con mas facilidad en los grupos de escolares. También debe desarrollarse en los grupos no escolarizados por ser de mayor riesgo. Se proponen los siguientes temas entre otros:

- § Nutrición y alimentación
- § Higiene personal y saneamiento ambiental
- § Sexualidad y paternidad responsable
- § Control de accidentes y violencia
- § Uso indebido de drogas
- § Desarrollo social-afectivo
- § Enfermedades de transmisión sexual. VIH-SIDA
- § Salud bucal
- § otros

Recreación

Organización del tiempo libre y fomento de la creatividad, a través de:

- La promoción de espacios de intercambio entre los adolescentes y niños (clubes, encuentros, festivales, actividades culturales, deportivas) realización de concursos
- La promoción de la organización juvenil y el apoyo técnico a los grupos organizados.

Actividades de prevención

Están dirigidas a controlar los factores de riesgo con la finalidad de evitar la aparición de la enfermedad, detectar y tratar precozmente el daño y de identificar los grupos de riesgo dentro de la comunidad.

Se consideran factores de riesgo:

- Problemas de interrelación o desmembramiento del hogar
- Tabaquismo o alcoholismo
- Uso indebido de otras drogas
- Fugas del hogar
- Deserción escolar, bajo rendimiento o repitencia
- Desempleo de los padres
- Inicio temprano de relaciones sexuales
- Conductas agresivas o delictivas
- Aislamiento, depresión o gesto suicida
- Desnutrición o malnutrición
- Presencia de enfermedades crónicas infecciosas en la familia
- Malos hábitos higiénicos-dietéticos
- Carencia de facilidades para la practica del deporte y la cultura

Las actividades de prevención se diferencian de acuerdo a los problemas mas prevalentes de salud del adolescente en tres prioritarios:

Salud reproductiva
Salud psicosocial
Crecimiento y desarrollo

En **Salud Psicosocial** las actividades van dirigidas a:

- Prevenir el uso indebido de drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco, mediante orientación y consejería en los grupos de riesgo detectados.
- Prevenir las situaciones generadoras de violencia familiar y manejo de las situaciones de agresión y riesgo fuera del hogar, en coordinación con las familias, la escuela y otros sectores.
- Prevenir otros factores de riesgo como la deserción, bajo rendimiento académico o repitencia.

Papel de la escuela en las actividades de prevención

¿Qué ventajas tiene la escuela para la prevención del abuso de las drogas?

- § El niño y el adolescente asisten a la escuela precisamente en la edad en que resulta mas educable, por una parte, y por la otra mas vulnerable a las drogas.
- § El niño y el adolescente pasa la mayor parte de su vida y del tiempo en la escuela u ocupado en actividades escolares.
- § El niño y el adolescente están confinados a unas personas, en principio, preparadas para educarlos con los medios adecuados.
- § El maestro tiene la posibilidad de organizar los programas adecuados a cada nivel, con fácil acceso a los alumnos y la posibilidad de tratar el tema de las drogas con espontaneidad a través de los temas de clase y a lo largo de todo el curso.
- § La escuela fácilmente puede obtener la colaboración de las instituciones sociales (CDR, FMC y otras), de salud y educativas de la comunidad en que está integrada.
- § La escuela puede conseguir fácilmente la detección precoz de los individuos o grupos de alto riesgo en el abuso de las drogas, dado su conocimiento y contacto con los niños.

§ La escuela, finalmente, puede orientar, coordinar y llevar a cabo alternativas mas interesantes que el abuso de las drogas .

¿Cómo poder hacer consciente a los profesores de la importancia de ésta tarea?

En primer lugar, hay que proporcionarles información objetiva sobre el problema de las drogas para la educación de niños y adolescentes. El maestro quiere la mejor formación de sus alumnos y si tiene a mano los recursos adecuados, no dudará en utilizarlos.

Esta responsabilidad ante el problema debe cultivarse durante la formación para el ejercicio del magisterio, por lo que ya existe la asignatura de Educación Sanitaria en su formación.

En cuanto a los maestros ya en ejercicio, hay que ofrecerles medios de actualización, tales como cursos, seminarios, conferencias, publicaciones, etc., así como facilidades de tiempo para su participación en estas actividades.

¿Qué aspectos debe abarcar ésta formación?

No creemos que el maestro deba ser un especialista en el campo de las drogas para poder actuar con eficacia. Junto a unos conocimientos elementales sobre el tema, conviene ante todo que posea una serie de valores, actitudes y hábitos básicos sobre las drogas para poder ser educador.

La UNESCO ha propuesto:

1. La educación sobre las drogas debe formar parte de todo el programa de formación que preparen a individuos para profesionales relacionados con el bienestar físico, mental y social de otras personas (ej. médicos y educadores)
2. Todos los estudiantes deben tener la oportunidad de cursar estudios sobre drogas.

Los estudiantes mismos y las organizaciones juveniles (UJC, FEEM), deben desempeñar un papel activo y positivo en la lucha contra las mismas. Resulta conveniente que existan maestros, psicólogos y demás personal que trabajan en la escuela, especialmente preparados sobre el tema. Ellos pueden actuar como coordinadores, programadores y orientadores, pero siempre en perfecta conexión con los maestros, padres y con los estudiantes. Estos coordinadores pueden trabajar tanto dentro de la escuela como en toda la comunidad conjuntamente con los médicos de la familia.

Hay que estar consciente que la falta de recursos humanos puede dificultar la presencia continua en las escuelas de personal especializado. Dada estas limitaciones, el maestro debe asumir esta responsabilidad.

Este coordinador conjuntamente con el personal de salud tiene a su cargo convocar a los maestros para elaborar los programas educativos adecuados, preparar o buscar los materiales requeridos, es decir, tiene a su cargo coordinar todo aquello que facilite el trabajo educativo sobre las drogas, que llevarán sus compañeros.

Hasta ahora se ha demostrado que los programas educativos más eficaces sobre drogas son aquellos en los que participan padres, representantes de la escuela y de la comunidad, e incluso los estudiantes. Estas actividades educativas no tienen por qué dedicarse exclusivamente al tema de las drogas, pueden abordar otros de interés como es la sexualidad.

Pueden crearse comisiones integradas por padres, representantes de la escuela y de la comunidad y por estudiantes para lograr la mayor participación en todas las actividades educativas.

Funciones que pudieran desempeñar los coordinadores conjuntamente con el personal de salud:

- § Ayudar al desarrollo de procedimientos para la detección del uso y abuso de drogas.
- § Preparar procedimientos para orientar y tratar a los estudiantes que usan drogas.
- § Apoyar el desarrollo de programas educativos adaptados a los diferentes niveles de enseñanza y a la comunidad donde se desarrolle el programa.
- § Ayudar al desarrollo de programas educativos para padres
- § Apoyar y reforzar los programas de formación previa de los maestros
- § Colaborar en la selección del especialista sobre drogas
- § Proporcionar asistencia en los estudios de la incidencia de las drogas, para determinar la extensión del problema entre los estudiantes.
- § Asistir en la selección del material de formación
- § Ayudar a diseñar procedimientos para evaluar el programa

El problema de las drogas a veces resulta un problema legal, muchas veces médico y siempre un problema educativo.

¿Qué importancia tiene la tarea educativa en la prevención?

El consumo de drogas es una forma de conducta del individuo. Los valores, sentimientos, creencias y motivaciones aparecen como elementos básicos para su comprensión, sin olvidar los conocimientos

educativos y sociales.

Algo no funciona en la familia, en la escuela y en la sociedad, cuando el individuo ha perdido el deseo de crecer y se implica en una conducta autodestructiva. Detrás de las drogas hay un malestar y, a veces, una búsqueda.

La prevención del abuso de drogas puede realizarse con diferentes enfoque pero el educativo constituye en estos momentos uno de los mas válidos, y su importancia es reconocida por el Comité de Expertos de Prevención del Consejo de Europa (Estrasburgo, Marzo de 1980)

Señala dicho Comité, que un enfoque educacional que tome en cuenta los factores psicológicos, socioculturales y socioeconómicos es preferible al modelo legal y médico.

¿Qué entendemos por educación sobre drogas?

“Es la puesta en marcha de los medios adecuados para asegurar la formación o el desarrollo de los individuos y grupos sociales dentro de una óptica de promoción de la salud colectiva”.

Se debe siempre separar la información de la educación.

En principio queda claro que una buena información facilita la toma de decisiones racionales ante el uso de las drogas. Esto es claro en teoría, pero en la practica, todos actuamos muchas veces guiados por las costumbres o la presión social. En el caso de los adolescentes y jóvenes, de todos es conocida la tremenda fuerza que ejerce el grupo de compañeros en el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas.

Hay que reconocer también, que la información por si misma no protege cuando se dispone con facilidad de la droga. Además, existen diferentes factores personales y sociales que favorecen el consumo de drogas.

Por otra parte, en muchas ocasiones una información mal planteada puede provocar una mayor curiosidad y, en definitiva, favorecer el consumo de drogas. Con todo, la información resulta básica en cualquier programa educativo.

Objetivos generales de la educación sobre drogas en las escuelas:

- § Distribuir una información básica sobre el tema para niños, adolescentes, padres, educadores, y comunidad en general.
- § Promover una mejor comprensión de los problemas causados por las drogas, así como de los factores que llevan a su consumo (factores de riesgo)

- § Proponer a niños, jóvenes y adultos soluciones y alternativas capaces de responder a sus necesidades y aspiraciones.
- § Establecer mecanismos de formación y conocimientos sobre las drogas de educadores y personas que puedan influir en su radio de acción.
- § Concientizar al niño, joven y adulto ante sus problemas relacionados con la droga, para que con un sentido crítico pueda crear alternativas adecuadas a sus necesidades.
- § Orientar hacia los recursos personales y de la comunidad que existan, para que se enfrenten con el problema de la droga.

¿Qué papel juegan los medios de comunicación en la prevención?

En el momento actual no se puede afirmar que los medios de comunicación masiva ayuden en la prevención. En general hay medios de comunicación que contribuyen a crear un clima de aceptación general de las drogas como medio de relajación y de placer.

Unas veces presentan el uso de drogas legales en los anuncios como decisión inteligente del hombre para aliviar sus incomodidades físicas o psíquicas. Otras veces nos presentan el abuso de drogas ilegales de forma sensacionalista y despiertan en la audiencia una mayor curiosidad. En ocasiones explican con todo lujo de detalles la forma de conseguir y de utilizar la droga, lo que propicia el deseo de probarla. Además, en lugar de explicar las razones profundas del problema, los medios de información lo orientan hacia cauces ficticios o bien hacia soluciones parciales, presentando solo un aspecto de la cuestión, dejando de lado los mas importantes y manteniendo casi siempre tópicos falsos sobre las drogas.

Es verdad que los medios de comunicación pueden llevar adelante grandes campañas de orientación general para el público, sobre todo en el caso de las drogas legales. Las experiencias de algunos países demuestran como la televisión puede ser un método creador de actitudes adversas al tabaquismo en los niños y de como es posible reclutar entre ellos miembros capaces de persuadir a sus padres para que abandonen el habito de fumar.

Definiciones

Enfoque integral

Es el abordaje en forma conjunta, por un equipo interdisciplinario, de los procesos de crecimiento y desarrollo normales y de cualquier problemática que los adolescentes presenten independientemente de si este problema se origina o se manifiesta en la esfera biológica, psicológica o social. Implica además la combinación de acciones de promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria. Este enfoque integral conlleva necesariamente la coordinación intersectorial.

Intersectorialidad

Promover la coordinación con sectores tales como Educación, Trabajo, Cultura, Deporte, Organizaciones Juveniles, Justicia, Ministerio del Interior y otros.

Enfoque de riesgo

Actuar fundamentalmente sobre los grupos de adolescentes particularmente vulnerables. Identificarlos a través de investigaciones que permitan conocer cuales son los factores de riesgo que inciden en estos grupos.

BIBLIOGRAFIA

1. Baldivieso LE, Oliva M, Pinelo D. Quiero llegar ser alguien. Manual de prevención contra el abuso de drogas (11-14 años) La Paz, CESE, 1988.
2. Bertoni N, Forselledo,AG. Encuentro juvenil de participación en la prevención de las farmacodependencias. Guía para su desarrollo. Montevideo, Instituto Interamericano del niño
3. De la Garza F, Vega A. La juventud y las drogas. Editorial Trillas, México, 1990.
4. Gago Gallego G. Patrones de consumo de hábitos tóxicos en la población adolescente de un área de salud del Municipio Playa. Trabajo de terminación de la residencia, La Habana, 1992.
5. Gilchrist V, Alexander E. Asistencia preventiva de los adolescentes. Tomado de Northeastern Ohio Universities College of Medicine, Rootstown, Ohio (VG), and Michigan State University, East Lansing, Michigan (EA)
6. González Menéndez R. Cómo librarse de los hábitos tóxicos. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1993.
7. González Menéndez R. Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos. Editorial Científico-Técnica, La Habana, 1996..
8. Herrell IC, Herrell JM, Katatsty ME. Prevención del abuso de drogas: Conceptos y estrategias. Washington, DC. OPS. Documento mimeografiado PNSP/85-27, 1985.
9. Herrera JC, Gamboa CI. Tiempo para la creatividad. Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, (1987)
10. Kramer S. Prevención de la farmacodependencia a través de la educación participativa de la familia y la escuela. Presentado en el taller sobre técnicas participativas para la promoción de la salud del adolescente, celebrado en Washington, DC. Del 12 al 16 de Junio 1989
11. La oportunidad de crecer: La educación frente al abuso de drogas. Washington, DC. Monografía educativa, OEA 12, 198
12. OPS. Familia y adolescencia. Indicadores de salud. W.K. Kellogg Foundation.. Foundation, Washington, 1996
13. OPS. Informe de la reunión de consulta sobre prioridades, estrategias y planes relacionados con la salud del adolescente. Washington, DC. 9-13 de Enero/89 (Documento interno), 1989.
14. OPS. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas, escribiendo al futuro. Comunicación para la Salud No. 6 Washington, DC. 1995
15. OPS. Lineamientos y criterios para la programación y evaluación de Programas de Salud integral del adolescente. Washington, DC. 1989
16. OPS. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes (1998) OMS. Foundation W. K. Kellogg
17. OPS. Manual para la educación en Salud Integral del adolescente (1997) OMS. Programa de Salud de la familia y población
18. OPS. Salud integral de los adolescentes (Documento CD 36/16) Washington, DC. 1992
19. Organización Panamericana de la Salud-OMS. Manual de medicina de la adolescencia. 1997
20. Perspectivas generales sobre la drogadicción en jóvenes. J. Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry, 1989, 28, 2: 151-162
21. Prevención de la Dependencia química en los adolescentes. **Clin. Ped. N.A.** 2, 537-548. 1987
22. Programa de prevención en Stgo de Chile. Alcoholismo y abuso de drogas:. Of Sanit Panam. 107: 577-589. 1989.