

Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta

A. Terán Prieto*, E. Mayor Toranzo*, L. García García**

*Centro de Atención a Drogodependientes, San Juan de Dios. Palencia.

**Hospital Medina del Campo, Valladolid



Resumen

La última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas en jóvenes entre 14 y 18 años: "Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria" (ESTUDES 2014-2015) muestra como el consumo de drogas es una práctica habitual entre los jóvenes de nuestro país. El problema es aún mayor al comprobar que estos tienen una baja percepción de peligro en el uso de algunas de ellas, las de consumo más habitual, como el alcohol, sin que se aprecie un cambio en su forma de pensar en los últimos años. Los conocimientos actuales de las ciencias de la salud, por el contrario, nos sitúan en una realidad muy diferente a la percibida por los adolescentes-jóvenes. Los efectos tóxicos de las drogas afectan, de una u otra forma, a los diferentes órganos y sistemas de nuestro organismo, mucho más, si como en el grupo de edad que nos ocupa, estamos en un momento de crecimiento y maduración física y psicológica de especial vulnerabilidad. La existencia de planes de prevención destinados, de forma específica, a los adolescentes-jóvenes, junto con la adecuada formación de los profesionales de la salud en el diagnóstico y el tratamiento precoz del consumo de drogas y de sus complicaciones asociadas evitarán la progresión a la adicción y la presencia de patologías que interfieran en el proceso madurativo y limiten la capacidad funcional y la calidad de vida de los futuros adultos.

Abstract

The latest survey of the National Drug Plan for young people between the ages of 14 and 18: "Drug Use in Secondary Students" (ESTUDES 2014-2015) shows how drug use is a common practice among young people in our country. The problem is even greater to see that these have a low perception of danger in the use of some of them, the most habitual consumption, such as alcohol, without appreciating a change in their thinking in recent years. The current knowledge of the health sciences, on the other hand, places us in a reality very different from that perceived by teenagers. The toxic effects of drugs affect, in one way or another, the different organs and systems of our body, much more, if as in the age group that occupies us, we are in a moment of growth and physical and psychological maturation of special vulnerability. The existence of specific prevention plans for adolescents and young people together with the adequate training of health professionals in the diagnosis and early treatment of drug use and its associated complications will prevent the progression to addiction and the presence of pathologies that interfere in the maturation process and limit the functional capacity and life's quality of future adults.

Palabras clave: Adolescentes; Drogas y prevención.

Key words: Teenagers; Drugs and prevention.

Pediatr Integral 2017; XXI (5): 343–349

Introducción

Las drogas en adolescentes son habituales y la percepción de su riesgo es baja. Es importante conocer signos y síntomas de su consumo para posibilitar una rápida intervención a todos los niveles.

El consumo de drogas en la población de adolescentes-jóvenes de nuestro país es una práctica habi-

tual dentro de sus usos y costumbres, relacionados principalmente con los tiempos y espacios de ocio, lo que se ha dado en denominar "uso recreativo". Sin embargo, no por este uso "festivo" están exentas de problemas y complicaciones. Las drogas actúan sobre el sistema nervioso central de los jóvenes en un momento evolutivo en el que se están produciendo cambios fundamen-

tales en la transición a la vida adulta. La adolescencia es un momento crítico en el proceso de maduración, que puede verse afectado por los efectos tóxicos de las drogas, provocando problemas físicos, psíquicos y los relacionados directamente con los procesos de neuroadaptación cerebral, origen de la enfermedad adictiva. La detección y tratamiento del uso y abuso de drogas, pasa por ser

uno de los problemas más complejos en la práctica clínica diaria, ya que a las características de la propia enfermedad adictiva se suma, en la mayor parte de las ocasiones, la negativa del afectado y/o el desconocimiento o rechazo del medio familiar del problema. En el caso del paciente, es frecuente escuchar afirmaciones del tipo: “en contadas ocasiones”, “como todo el mundo”, “lo tengo controlado” o “puedo dejarlo cuando quiera”; mientras por parte de los padres, ante los primeros signos y síntomas de sospecha, la respuesta más habitual es minimizar y atribuirlo a: “cosas de jóvenes, de la edad”, “la tonte-ría, la edad del pavo” o “ya se le pasará”.

El conocimiento e identificación de los signos y síntomas relacionados con el consumo de drogas es de gran utilidad para padres, profesores y médicos, al permitir un diagnóstico precoz del problema y posibilitar la intervención inmediata que evite la cronificación del consumo y las complicaciones asociadas.

Drogas clásicas vs drogas nuevas

El consumo de “drogas nuevas” va en aumento y disponemos de escasos datos, tanto del término “mercado de drogas” como de sus consecuencias reales para la salud.

La Organización Mundial de la Salud define como droga: “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, por cualquiera de los medios de administración clásicos o nuevos, es capaz de modificar la actividad del sistema nervioso central y el comportamiento del individuo receptor, así como crear una situación de dependencia o adicción⁽¹⁾. Existen múltiples clasificaciones de las drogas, entre las que hemos optado por una sencilla, que incluye las drogas “clásicas”, que facilite la comprensión del texto y cumpla con el objetivo de acercar al especialista en Pediatría al conocimiento del fenómeno del consumo de drogas en los adolescentes. Las drogas se agruparían en tres grandes grupos:

1. Drogas depresoras (alcohol, opiáceos, barbitúricos e hipnótico-sedantes).
2. Drogas estimulantes (cocaína, anfetaminas y xantinas).

3. Drogas psicodélicas (cannabis, alucinógenos, sustancias volátiles y metanfetaminas).

Frente a las drogas consideradas “clásicas”, existe un consumo cada vez más importante de las denominadas “drogas sintéticas”, “drogas de diseño” o “drogas emergentes” con una amplia distribución a través de internet, que ha llevado al Plan Nacional sobre Drogas a la elaboración, por su comisión clínica, del documento: “Drogas emergentes”, en el que se las define como: “conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y eludir el control normativo al que estas últimas están sometidas” y que se clasifican en: feniletilaminas y derivados de las anfetaminas, triptaminas, piperazinas, pirrolidinofenonas, derivados de los opiáceos, arilciclohexilaminas/ketamina, derivados de la metacuolona, derivados cannabinoides/“spice drugs” y GHB/GBL⁽²⁾. Su denominación podría llevarnos a pensar que estamos ante “drogas nuevas”, sin embargo, nada más lejos de la realidad. Por lo general, se trata de sustancias sintetizadas por la industria farmacéutica a finales del siglo XIX y principios de siglo XX, que han ido resurgiendo en la medida que no están incluidas en las listas de sustancias estupefacientes, no están fiscalizadas internacionalmente y, por tanto, no son ilegales. El consumo de estas drogas por los jóvenes españoles es experimental y sus usuarios suelen ser consumidores de drogas legales e ilegales, con baja percepción de riesgo y una alta percepción de disponibilidad. Los varones, las consumen con más frecuencia que las mujeres y su uso aumenta con la edad⁽³⁾. El problema del consumo de estas drogas por los jóvenes radica en la ausencia de estudios toxicológicos que aporten información veraz sobre las consecuencias para la salud más allá de los existentes en internet con claros intereses comerciales. No menos importante es conocer tanto por parte de los profesionales de la salud como de los padres y profesores el término “mercado de drogas”, que hace referencia a la cadena completa de acontecimientos que van desde la producción en los paí-

ses de origen, hasta su adquisición por el consumidor, el adolescente en este caso. También hace referencia a las pautas de consumo y factores culturales y sociales, así como a su relación con la delincuencia⁽⁴⁾.

Epidemiología

Tabaco, alcohol y cannabis siguen siendo las drogas más consumidas por los adolescentes-jóvenes que, además, las consideran poco peligrosas, al tiempo que manifiestan la capacidad de control sobre su consumo.

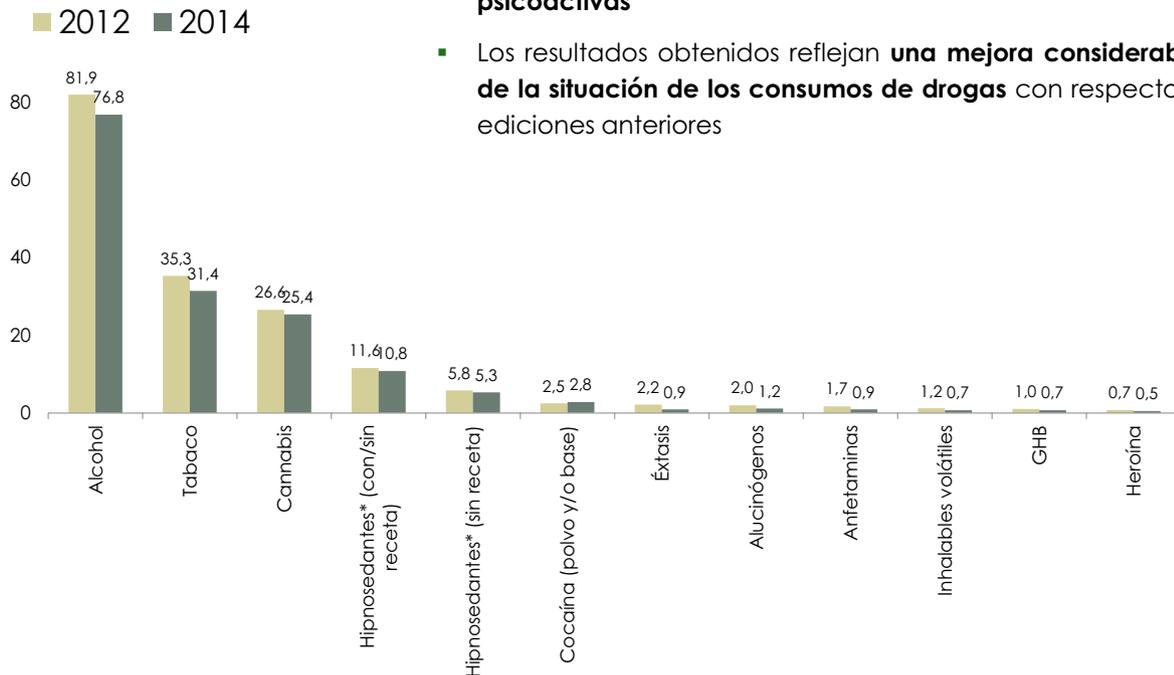
A pesar del interés despertado en los últimos años por las “nuevas drogas”, no debemos perder el foco de atención sobre las sustancias de uso más habitual en nuestro entorno y que son la causa de la demanda de atención en la consulta, bien por los problemas directos de su uso o por las complicaciones asociadas. La encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria entre 14-18 años (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas⁽³⁾, en la que se incluyen un total de 37.486 estudiantes de 941 centros educativos públicos y privados, nos acerca a la realidad del consumo de drogas de los adolescentes-jóvenes en el momento presente. Los resultados de la encuesta realizada cada dos años desde 1994, son concluyentes (Fig. 1):

- Aunque se observa un descenso en el consumo de todas las drogas, tabaco, alcohol y cannabis siguen siendo las más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen por este orden: hipnótico-sedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína.
- Los hombres consumen drogas ilegales en mayor proporción que las mujeres, entre las que está más extendido el uso de drogas legales: tabaco, alcohol e hipnótico-sedantes.
- La prevalencia del consumo de alcohol entre los adolescentes-jóvenes sigue siendo muy elevada a pesar de detectarse un descenso en el consumo, más acusada para los consumos intensivos (borracheras y atracciones). El 78,9% de los estudiantes han probado el alcohol alguna vez en la vida. El 76,8% han consumido en el último año y el 68,2% lo ha hecho

Proporción consumidores drogas

2012-2014

Últimos 12 meses



- En esta encuesta se han analizado **18 sustancias psicoactivas**
- Los resultados obtenidos reflejan **una mejora considerable de la situación de los consumos de drogas** con respecto a ediciones anteriores

ESTUDES 2014/15. USID. DGPNSD. MSSSI



Figura 1. Encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria entre 14-18 años, (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

en el último mes. El porcentaje de jóvenes que beben se incrementa los fines de semana. Uno de cada tres escolares ha consumido alcohol en forma de “atracción” en los últimos treinta días y el 57,6% ha participado alguna vez en un “botellón” en los últimos doce meses, patrón de consumo que aumenta con la edad. Finalmente, las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, al tiempo que el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos.

- El consumo de tabaco mantiene una caída continua desde hace aproximadamente diez años, reduciéndose en cerca de un 60%. A pesar de ello, en el último año, 137.000 escolares se iniciaron en el consumo de esta sustancia.
- Los hipnótico-sedantes siguen siendo consumidos en mayor frecuencia por las chicas, que dupli-

can a los chicos (13,8% *vs* 7,7%), diferencias que se incrementan con la edad. A pesar de ello, se aprecia un descenso en el consumo de estas drogas con y sin receta.

- El cannabis sigue siendo la droga ilegal más utilizada por los jóvenes, a pesar de haberse reducido el consumo en la última década en más del 33%. Tres de cada diez estudiantes han probado cannabis alguna vez en su vida y, uno de cada cuatro, lo ha consumido en el último año. El consumo problemático está más extendido entre los varones y aumenta con la edad (de 7,9% a los 14 años a 18,2% a los 18 años). Sin embargo, la encuesta refleja un descenso de esta forma de consumo de dos puntos. Los hombres consumen cannabis en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.
- El consumo de cocaína no muestra cambios significativos respecto de la

encuesta realizada hace dos años. El 3,5% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, el 2,8% en el último año y el 1,8% en los últimos treinta días.

- Anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables mantienen la tendencia decreciente de encuestas anteriores, situándose en el nivel más bajo de la serie histórica. El consumo de heroína se produce en el 0,5% de los encuestados.
- Las drogas emergentes habían sido consumidas por el 4% de los escolares alguna vez en su vida, con la siguiente distribución por droga: *spice* (0,8%), ketamina (0,7%), salvia (0,7%) y mefedrona (0,5%).

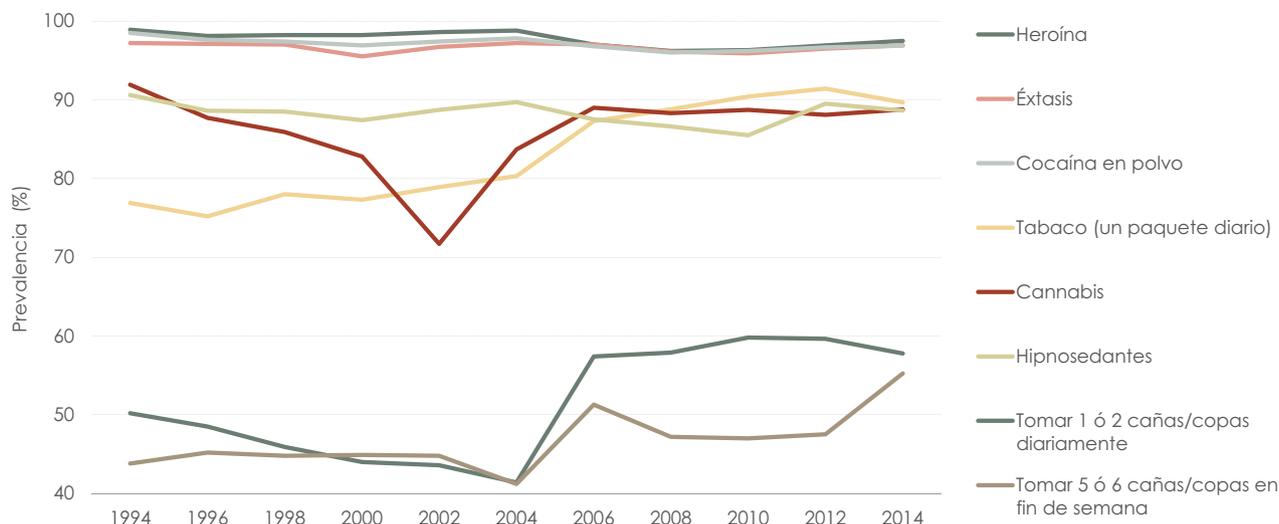
Junto a la prevalencia de consumo de las diferentes drogas, llama poderosamente la atención la valoración de los jóvenes respecto de su uso. Así, perciben el alcohol como la sustancia

Riesgo percibido



- El **alcohol** es la sustancia que se percibe como **menos peligrosa**
- Persiste (desde 2010) la consideración del **tabaco como más peligroso** que el **cannabis**
- **Mayor riesgo percibido (para el consumo habitual) por mujeres** que por hombres

Porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que opinan que consumir cada una de las siguientes sustancias (al menos una vez por semana) puede producir muchos o bastantes problemas.



ESTUDES 2014/15. USID. DGPNSD. MSSSI



Figura 2. Valoración de los jóvenes respecto a la peligrosidad del uso de las diferentes drogas. Así, perciben el alcohol como la sustancia menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis, no habiéndose producido un cambio apreciable en la forma de pensar de los escolares en los últimos años, (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis, no habiéndose producido un cambio apreciable en la forma de pensar de los escolares en los últimos años (Fig. 2). No parece, por tanto, que la experiencia acumulada en nuestro país, después de más de treinta años de lucha contra el consumo de drogas o los avances experimentados en el conocimiento de las complicaciones asociadas a su uso, sean tenidos en cuenta o generen un mínimo eco en los jóvenes de enseñanzas secundarias. La sensación de control, de saber hasta qué límite pueden consumir o de poder dejarlo a voluntad, junto a la frase manida de “por un día no pasa nada”, suelen ser lo más habitual en su discurso, incluso cuando terminan en el servicio de urgencias por un cuadro de intoxicación aguda o en la consulta de su pediatra, conducidos por sus padres

una vez descubierto el problema. La escasa o nula conciencia del problema o enfermedad es un hecho que debemos tener en cuenta a la hora del abordaje de estos jóvenes en la consulta.

Motivaciones de los jóvenes para el consumo de drogas

La curiosidad sobresale entre las múltiples motivaciones para justificar el consumo.

Son múltiples las motivaciones esgrimidas por los jóvenes para justificar el consumo de drogas. La encuesta realizada por *The European Opinion Research Group* a principios del siglo XXI en jóvenes europeos (Eurobarómetro), destacaba los motivos siguientes: curiosidad (61,3%); presión de grupo (46,6%); búsqueda de emociones (40%);

efectos esperados (21,5%); y la existencia de conflictividad familiar (29,7%)⁽⁴⁾. Motivaciones en gran medida, semejantes a las señaladas por Navarro en los jóvenes de nuestro país quince años antes y en las que también se incluían: el hedonismo, las modas, la desmotivación y falta de expectativas y la existencia de trastornos mentales⁽⁵⁾.

Del consumo experimental a la adicción a drogas

Del consumo a la adicción solo hay un pequeño, pero modificable, paso.

¿Qué factores son los que influyen en el desarrollo de la adicción?, ¿qué hace a unos jóvenes diferentes a otros en su relación con las drogas?, son preguntas que de forma permanente nos hacemos los profesionales que trabaja-

mos en el campo de las drogodependencias al objeto de encontrar las claves en el desarrollo de programas preventivos eficaces. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) señala un conjunto de “factores de riesgo”: biológicos-genéticos, ambientales y relacionados con las características de las drogas, que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación) origen de la adicción (Fig. 3). Entre todos ellos, subraya en los adolescentes-jóvenes, los factores de riesgo siguientes: comportamiento agresivo temprano, habilidades sociales deficientes, ausencia de supervisión parental, consumo temprano de drogas, disponibilidad y fácil acceso a las drogas y pobreza⁽⁶⁾.

Consecuencias asociadas al consumo de drogas

Está documentado que el consumo de drogas es sinónimo de problemas y de todo tipo de enfermedades.

Existe una amplia literatura con el máximo nivel de evidencia científica que relaciona el consumo de drogas con todo tipo de problemas de salud, familiares, sociales, económicos, legales, etc. Los adolescentes-jóvenes no son ajenos a ellos y, por el contrario, son especialmente vulnerables por el momento madurativo en el que se encuentran. En el área de la salud, debido a que los tiempos de consumo, por la edad de inicio, no suelen ser prolongados, encontraremos principalmente cuadros agudos: intoxicaciones relacionadas con las dosis utilizadas o la mezcla de drogas, y reacciones adversas inesperadas asociadas a susceptibilidad individual o patologías preexistentes. El cuadro clínico puede ser predominante orgánico: anorexia, taquicardia, arritmias, convulsiones, vómitos, hipertermia, fallo hepático, coma, etc.; o psicopatológico: ansiedad, pánico, agresividad, psicosis, etc. No debemos olvidar que de estas situaciones agudas pueden producirse complicaciones potencialmente letales. El consumo más prolongado se manifiesta por síntomas que afectan a diferentes aspectos: apetito, sueño, rendimiento cognitivo, estado de ánimo, comportamiento, etc. (ver signos y síntomas de sospecha) (Tabla I).

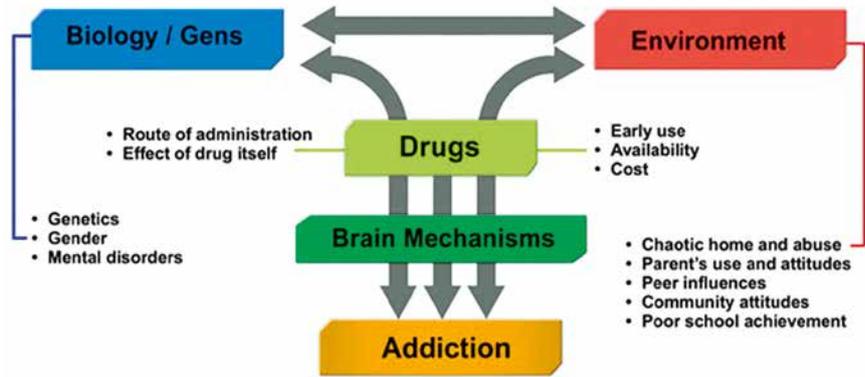


Figura 3. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) señala un conjunto de “factores de riesgo”: biológicos-genéticos, ambientales y relacionados con las características de las drogas, que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación) origen de la adicción (*National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services – NIDA - Pub No. 08-5605. 2008*).

Diagnóstico: signos y síntomas de sospecha

La detección se basa, en la mayoría de las ocasiones, en las sospechas bien fundamentadas.

Con frecuencia, los padres relatan en la consulta todo un listado de signos, síntomas y cambios de actitud que observan en el adolescente, como novedosos que, con frecuencia, se asocian al consumo de drogas y pueden ayudarnos en la aproximación diagnóstica⁽⁷⁾. En ningún caso, pueden considerarse patognomónicos y sí orientativos. El NIDA resume estos hallazgos en los apartados siguientes: desempeño escolar; interés y motivación en las actividades; rutinas cotidianas; selección de amigos, personalidad, comportamiento y objetos no habituales en las pertenencias del adolescente-joven (Tabla I)⁽⁸⁾. De cualquier forma, debemos confirmar

la existencia del consumo de drogas a través de pruebas objetivas, como son las de laboratorio, que permiten la detección en diferentes muestras orgánicas: sangre, orina, fluidos orales, sudor, pelo y uñas, etc. En la elección de uno u otro método de análisis, tendremos siempre en cuenta la persistencia de la droga en la muestra. Lo más habitual por su rapidez y seguridad es el control de orina, aunque, recientemente, se han incorporado por la Dirección General de Tráfico los analizadores de fluidos orales.

Tratamiento

Es fundamental un abordaje multidisciplinar, donde la motivación y la empatía son aspectos claves para el éxito.

Durante mucho tiempo las adicciones han sido consideradas “enfermedades huérfanas”, debido a que son escasos

Tabla I. Resumen (signos y síntomas de sospecha) NIDA 2001

- **Desempeño escolar:** malas calificaciones, faltas a clase, mal comportamiento
- **Interés en actividades:** pérdida de interés en pasatiempos habituales, deportes y/o actividades favoritas
- **Rutinas cotidianas:** comiendo demasiado o dejando de comer, durmiendo demasiado o dejando de dormir
- **Selección de amigos:** cambiando de amigos, o juntándose con jóvenes que se sabe que utilizan drogas
- **Personalidad:** mal humor, nerviosismo, agresividad o rebeldía persistente
- **Comportamiento:** cerrando con llave su cuarto, cajas, etc.
- **Hallazgos entre sus cosas de:**
 - Papeles para liar cigarrillos, pipas...
 - Frascos pequeños de medicinas, pastillas, comprimidos con adornos...
 - Envoltorios de papel con múltiples dobleces, bolsitas de celofán, etc.

los tratamientos farmacológicos específicos, reduciéndose su utilización al control de síntomas. Por otra parte, las técnicas psicoterapéuticas no contaban con las evidencias científicas suficientes. En definitiva, la intervención era muy limitada. Los avances experimentados en las ciencias de la salud de los últimos años, han propiciado el desarrollo de protocolos de tratamiento en los diferentes momentos de la adicción y de sus complicaciones, que abren una puerta a la esperanza. En todos los casos, se trata de intervenciones multiprofesionales y multidisciplinares, en las que se incluyen: lo biológico, lo psicológico, lo social y todas aquellas áreas implicadas en la adicción. Especial relevancia han adquirido, en los últimos años, los programas de prevención con una amplia implementación en nuestro país. El dicho popular de “*más vale prevenir que lamentar*”, adquiere su máximo significado en el fenómeno de la droga.

Un elemento de capital importancia a la hora de tratar con éxito un problema de drogas, es valorar el “*estadio del cambio*” en el que se encuentra el afectado (Prochaska y DiClemente)⁽⁹⁾. Este marcará la conciencia de problema-enfermedad, la motivación e implicación en el tratamiento y la disposición para el cambio. Cada uno de los estadios: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento orientarán la negociación con el paciente y la determinación de objetivos a cumplir. En los adolescentes-jóvenes, lo más habitual es que nos encontremos en situación de PRECONTEMPLACIÓN, es decir; obligados a la consulta por los padres, con ausencia de conciencia de enfermedad-problema, negando el consumo o minimizándolo y rechazando cualquier posibilidad de cambio y tratamiento. Es en este momento, es cuando adquiere una gran importancia en la aproximación al adolescente-joven la “entrevista motivacional”.

Papel del especialista en Pediatría en el tratamiento de las adicciones

El conocimiento del pediatra de los problemas del consumo de drogas es esencial por la trascendencia de intervenir en las fases iniciales.

El pediatra tiene una importancia capital en el tratamiento de los problemas de drogas al ser la puerta de entrada, el primer paso, si exceptuamos la urgencia hospitalaria, en el acceso de los adolescentes al sistema sanitario. Es en este momento, “*el primer contacto*”, cuando adquieren gran importancia aspectos como: la motivación, la información, el consejo sanitario (intervención breve) y la propuesta de tratamiento específico, así como el tratamiento de la patología específica presente en cada momento⁽¹¹⁾. La preparación para la derivación a otras especialidades por la existencia de comorbilidades, es otro elemento muy importante, especialmente cuando hace referencia a la existencia de comorbilidad psiquiátrica (Tabla II).

Recomendaciones

Para concluir con este breve repaso a los problemas de drogas en los adolescentes-jóvenes y su abordaje desde la consulta del pediatra, describiremos de forma resumida lo que puede hacerse y lo que debe evitarse.

El pediatra en su práctica clínica con jóvenes adolescentes puede:

1. Detectar, captar y motivar para la consecución de un plan terapéutico completo. ¡¡La importancia del “*primer contacto*”!!
2. Informar y orientar sobre las posibilidades de tratamiento.
3. Desintoxicar en los casos de consumos no complicados y que exista un adecuado apoyo familiar.

Tabla II. Papel del pediatra en el tratamiento de las adicciones

- Detectar
- Captar
- ¡¡Valorar estadio del cambio!!
- Motivar
- Proponer
- Informar
- Consejo sanitario/intervenciones breves
- Escuela de salud: reducción de riesgos/daños
- Tratamiento/seguimiento de patología psico-orgánica
- Derivación
- ¡¡Formar parte del “itinerario terapéutico”!!

4. Derivar a dispositivos específicos de tratamiento de las adicciones.
5. Detectar, tratar y seguir, en colaboración con otras especialidades, las patologías físicas y psíquicas asociadas al consumo de drogas.
6. Educación para la salud al objeto de minimizar los riesgos y daños asociados al consumo de drogas.
7. Información, apoyo y asesoramiento a la familia del adolescente consumidor de drogas.

Al mismo tiempo debe evitar:

- Mostrar rechazo o una actitud enjuiciadora o moralizante.
- Ver al consumidor como un problema de la asistencia especializada en el que no tiene nada que hacer.
- Evitar paternalismos
- Presentar una actitud compasiva o complaciente con el fin de evitar enfrentamientos o problemas en la consulta.
- Prescribir psicofármacos sin ningún tipo de control.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. 2004. Disponible en: <http://bit.ly/1pZW8Mp>.
2. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Drogas emergentes*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2011.
3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES 2014-2015)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016.
4. Marina C. Crítica de libros. Informe sobre los mercados de drogas en la Unión Europea. Visión de conjunto estratégica 2016. *Pediatría Integral*. 2016; XX(4): 276e5.
5. The European Opinion Research Group. *Attitudes and Opinions of Young people in the European Union on drugs*. European Commission, Eurobarometer. 2002. 57: 2.
6. Navarro J. Motivaciones y factores de riesgo en el consumo de drogas. *Reinserción social y Drogodependencias*. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social. Madrid. 1987.
7. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Drugs, brains and behavior. The science of addiction*. National Institutes of Health

- U.S. Department of Health and Human Services. 2008.
8. Terán A. Detección del consumo de drogas en la edad escolar. En: Problemas médicos en la escuela y su entorno. Ed.: Gil Verona JA. Servicio de Apoyo a la Enseñanza. Universidad de Valladolid. 1997.
 9. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Hable con sus hijos sobre las drogas y sus peligros. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. 2001.
 10. Prochaska JO y DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982; 19: 267-88.
 11. Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*. 2013; XVII(3): 205-16.
- Bibliografía recomendada**
- <http://www.socidrogalcohol.org>. Página de la Sociedad Científica española de Estudios sobre el Alcohol y otras Toxicomanías, ofrece información actualizada sobre los diferentes tipos de tóxicos, programas de prevención, guías y todo lo necesario para un abordaje integral de este grave problema.
 - Kliegman R, Stanton B, Geme J, Schor N. Substance abuse. *Nelson Textbook of Pediatric, 20th Edition*. 2015. Elsevier. Vol. 1. Part. XIII; Chapter 114. ISBN: 9781455775666.
- Buen libro de Pediatría, donde el abordaje de las sustancias de abuso es claro y conciso.

Caso clínico

Varón de 14 años que acude a la consulta del pediatra de Atención Primaria, acompañado y “obligado” por su madre, por presentar desde hace aproximadamente seis meses un cuadro clínico caracterizado por: molestias digestivas inespecíficas, cambios en los hábitos alimenticios, alternando periodos de hiperorexia con otros de hiporexia, náuseas y vómitos de presentación episódica, por lo general, en los días posteriores al fin de semana, cambios en el ritmo sueño-vigilia, acostándose muy tarde y presentando serias dificultades para levantarse por la mañana y cumplir con los horarios académicos. Al mismo tiempo, se muestra somnoliento y ensimismado a lo largo del día, mostrando escasa atención e interés, por lo que se le dice, tanto en el ámbito académico como familiar. Coincidiendo en el tiempo, su madre, relata la existencia de un llamativo cambio de carácter. De ser un muchacho tranquilo, cariñoso y obediente, se ha tornado en suspicaz, desconfiado, malhumorado, irritable, al tiempo que presenta problemas de comportamiento, hasta el momento, desconocidos para su familia: enfrenta y rechaza la autoridad parental, amenaza de forma verbal a sus padres cuando se resisten a sus demandas continuas de mayor libertad, autonomía y disponibilidad de dinero para cubrir sus necesidades, no cumple horarios ni las obligaciones de la vida familiar, sale de casa de forma injustificada e imprevista y, sorprendentemente, ha abandonado una de sus grandes pasiones, el fútbol, y el grupo de amigos con los que entrenaba y salía los fines de semana. A nivel académico, son múltiples las amonestaciones que llegan a casa por faltar a clase, llegar tarde, “dormirse” en clase, incumplir las obligaciones y enfrentarse a los profesores cuando le llaman la atención por su actitud. Paralelamente se ha producido un marcado descenso del rendimiento académico. Durante un tiempo, los padres minimizaron y quitaron importancia al cuadro descrito, relacionándolo con el cambio puberal, pero la gravedad y la pérdida del control sobre la situación, junto con la sintomatología digestiva, les ha llevado a la consulta del pediatra.

No se detecta la existencia de antecedentes personales ni familiares de interés.

Durante la exploración realizada a solas con el adolescente, este se muestra poco comunicativo, aunque colaborador, minimizando o negando los síntomas físicos relatados por su madre. Se trata de un muchacho bien formado y constituido, buena coloración de piel y mucosas, deficiente higiene y aseo personal, halitosis. Exploración por aparatos sin hallazgos de interés. Llama la atención la presencia de hematomas en diferentes estadios evolutivos en EEII, que justifica en “*algún problema del fin de semana*” y posteriormente reconoce, bajo la condición de no delatarle a sus padres, como consecuencias de verse involucrado en peleas y reyertas bajo los efectos del alcohol. También reconoce la existencia de cuadros de intoxicación por alcohol (calimocho o cerveza), principalmente en fin de semana, que ha ocultado a sus padres llegando más tarde a casa y esperando a que estos estén dormidos para evitar su control. En todo momento niega que tenga problemas con el alcohol y, por el contrario, asegura que bebe “*lo mismo que sus colegas*”. Se inició en el consumo hace aproximadamente un año, pero ha sido en los últimos meses, cuando a raíz de dejar su grupo de amigos del instituto para relacionarse con otros que comparten un local donde pasan gran parte del tiempo: “*escuchando música, jugando a la play o a las cartas*”, ha empezado a faltar a clase y a tener problemas de relación con sus padres que intentan saber y controlar sus movimientos. Finalmente, reconoce experiencias con otras drogas en los últimos meses: “M” (metilendioximetanfetamina-MDMA) y el consumo diario de cannabis “*dos-tres porros/día de maría*” que comparte con sus amigos. En todo momento, niega problemas con las drogas, sobrevalorando su capacidad para “*controlar y saber hasta dónde debe consumir*”, al tiempo que minimiza el potencial adictivo de estas, tachándolas de “*blandas*”. Las pruebas complementarias solicitadas: hemograma, bioquímica completa, serologías de VHB y VHC dieron resultados dentro de los límites de la normalidad. También se realizó control de tóxicos en orina, tras explicar y convencer al paciente de la necesidad de confirmar la presencia de drogas en su organismo al objeto de valorar las consecuencias para su salud. El resultado del análisis múltiple de drogas fue POSITIVO únicamente para cannabis.



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Drogodependencias en el adolescente, actuación desde la consulta

33. Dentro de la clasificación de las drogas, el ALCOHOL se incluye en el grupo de las:
- Drogas psicodélicas.
 - Drogas euforizantes.
 - Drogas depresoras.
 - Drogas estimulantes.
 - Drogas de síntesis.
34. Una de las siguientes NO se incluye entre las conocidas como drogas de diseño:
- Feniletilaminas y derivados de las anfetaminas.
 - Cocaína.
 - Triptaminas,
 - Piperazinas.
 - Derivados cannabinoideos/"spice drugs".
35. Señala la respuesta CORRECTA, respecto de la encuesta sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Secundaria entre 14-18 años (ESTUDES 2014-2015) del Plan Nacional sobre Drogas:
- El consumo de drogas ha experimentado un importante incremento en los jóvenes entre 14 y 18 años en los últimos años.
 - En este grupo de edad, las mujeres presentan una mayor prevalencia de consumo que los hombres.
 - Tabaco, alcohol y cannabis son las drogas más consumidas por los estudiantes españoles.
 - Los jóvenes perciben el alcohol como la sustancia más peligrosa.
 - Anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables mantienen la tendencia creciente de encuestas anteriores.
36. Entre las MOTIVACIONES esgrimidas por los jóvenes para justificar el consumo de drogas, destaca por su mayor frecuencia:
- Curiosidad.
 - Presión de grupo.
 - Búsqueda de emociones.
 - Los efectos esperados.
 - La existencia de conflictividad familiar.
37. El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) destaca un conjunto de "factores de riesgo" que influyen en el consumidor favoreciendo el desarrollo de cambios cerebrales (neuroadaptación) origen de la adicción. Señala el NO incluido entre ellos:
- Comportamiento agresivo temprano.
 - Habilidades sociales deficientes.
 - Consumo temprano de drogas.
 - Disponibilidad y fácil acceso a las drogas.
 - Adecuada supervisión parental.
38. La presencia de consumo de drogas en un adolescente/joven que es llevado por sus padres a la consulta del pediatra, señala la CORRECTA:
- Es reconocida desde el primer momento por el paciente en presencia de sus padres.
 - Se acompaña de conciencia de problema por el adolescente y de petición expresa de ayuda profesional.
 - Suele ir acompañada de la minimización de los efectos tóxicos de las drogas, al tiempo que de sobrevaloración de su capacidad de control.
 - Responde muy bien a la reprimenda por parte del médico.
 - Suele ser suficiente para el diagnóstico, el relato del paciente.
39. El diagnóstico de un problema de consumo de drogas en un adolescente/joven, señala la INCORRECTA:
- No presenta un cuadro clínico específico o patognomónico que ayude en su detección.
 - Por lo general, suele tratarse de cuadros agudos: intoxicaciones relacionadas con las dosis utilizadas o la mezcla de drogas y reacciones adversas inesperadas asociadas a susceptibilidad individual o patologías preexistentes.
 - Puede ser orgánico o psiquiátrico.
 - Es fundamental la información aportada por los padres.
 - No precisa de confirmación a partir de pruebas objetivas de laboratorio.
40. El tratamiento de un adolescente/joven con un problema de drogas, señala la CORRECTA:
- Debe ser multidisciplinar.
 - Es fundamentalmente psicofarmacológico.
 - Se fundamenta principalmente en aspectos biológicos.
 - Se realizará al margen de las posibles patologías orgánicas o psíquicas acompañantes.
 - No tiene que contar con la voluntariedad y compromiso del paciente.