

## CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

**Antonio Terán Prieto.** Especialista en Psiquiatría. Adicciones. Ejercicio privado.

**Correo electrónico:** aterpri@gmail.com

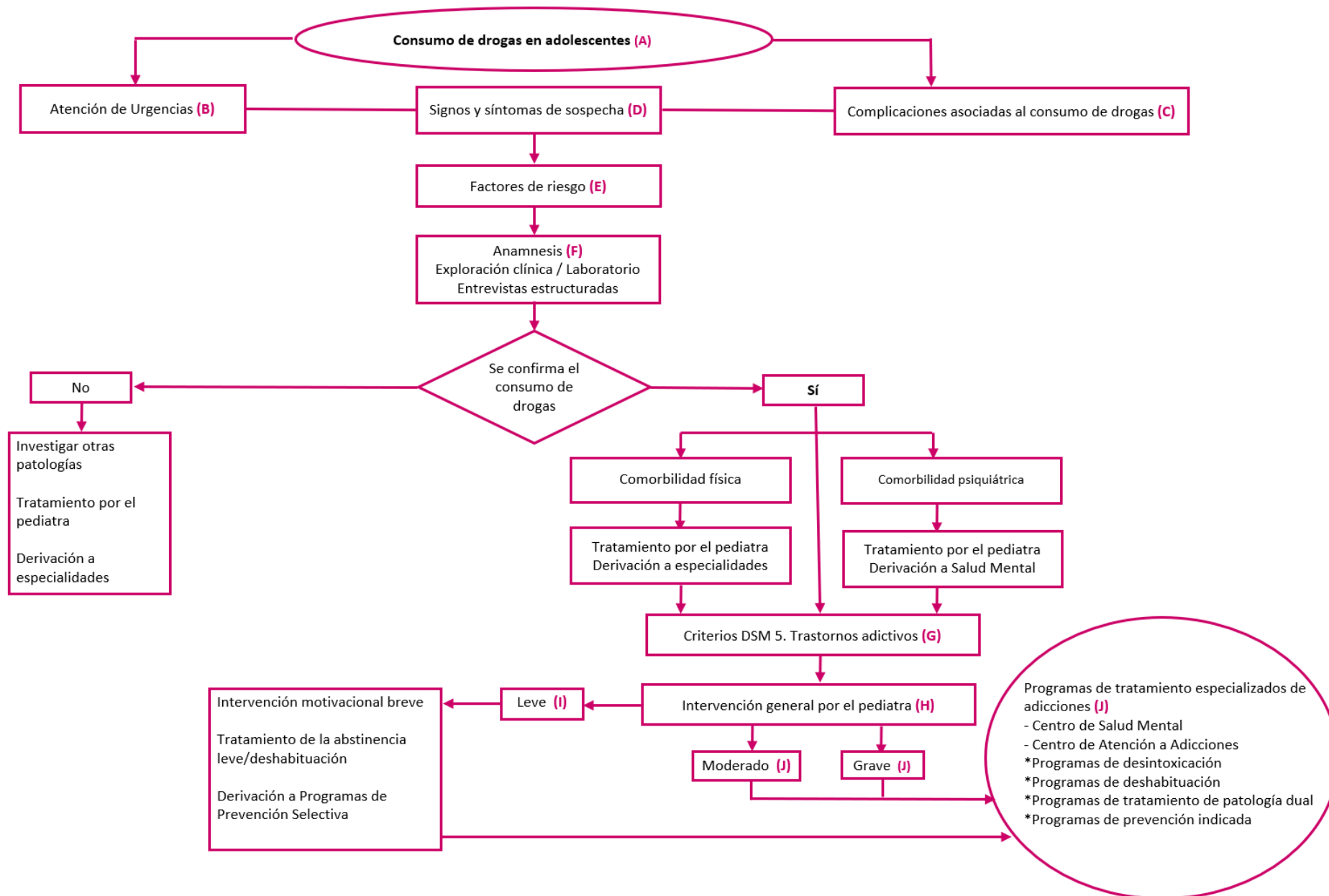
**Palabras clave:** Adolescentes. Consumo de drogas. Uso temprano de drogas. Factores de riesgo.

**Key words:** Adolescents. Drug consumption. Early drug uses. Risk factors.

**Sección principal:** Trastornos mentales en la infancia-adolescencia.

**Sección específica:** Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

**Cómo citar este algoritmo:** Terán Prieto A. Consumo de drogas en la adolescencia. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/101/>



## A. APROXIMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES-JÓVENES

1. **El consumo de drogas** es una práctica extendida entre los adolescentes-jóvenes de nuestro país, tal y como señala la encuesta ESTUDES 2021 del Plan Nacional sobre Drogas en estudiantes de 14 a 18 años que cursan enseñanzas secundarias en España. Los datos confirman que en la población entre 14 y 18 años las sustancias más consumidas, en el último año, son las legales. En primer lugar, el **alcohol** (73,9%) y en segundo lugar el **tabaco** (38,2%). Los **hipnosedantes** con o sin receta médica representan el 19,6%. Entre las drogas ilegales destaca el **cannabis** como la más consumida (28,6%) seguida del **éxtasis** (3,1%) y la **cocaína** polvo y/o base (2,7%). El resto de sustancias ilegales estudiadas tienen unas prevalencias de consumo en los últimos doce meses por debajo del 2%. Analizada la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según el sexo de los estudiantes, observamos cómo las chicas presentan prevalencias más altas que los chicos para las drogas legales: alcohol, tabaco e hipnosedantes. Por el contrario, las sustancias ilegales registran mayores prevalencias de consumo entre los chicos<sup>1</sup>.
2. **El policonsumo**, consumo de diversas drogas de carácter legal y/o ilegal dentro de un mismo periodo temporal, se produce en el 46,3% frente al 21,6% que declara no haber consumido droga alguna. La presencia de policonsumo recae fundamentalmente en el alcohol, tabaco e hipnosedantes (con y sin receta), alcanzando un mayor protagonismo a medida que aumenta la edad de los estudiantes. Asimismo, podemos observar cómo tiene una mayor presencia dentro del grupo de las chicas, independientemente del tramo temporal analizado. Por el contrario, si el análisis se realiza con las drogas ilegales, son los chicos los que presentan policonsumo más frecuente con independencia del intervalo de edad<sup>1</sup>.
3. **La edad de inicio** de consumo para las diferentes drogas varía desde los 14 años para el alcohol, 14,1 años para el tabaco y 14,4 años para los hipnosedantes (semejante en chicos y chicas). Los 14,9 años es la edad de inicio del cannabis y de inhalables volátiles; 15 años del gamma-hidroxitirato (GHB); 15,4 años del éxtasis; 15,3 años de anfetaminas y cocaína, y 15,6 años de los alucinógenos. Finalmente, el consumo de heroína y analgésicos opioides se sitúa entre los 14,7-15,1 años. Se observa una relación directa entre el incremento de la edad y la prevalencia de consumo<sup>1</sup>.

## B. URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS

- **Consumo intensivo.** Fenómeno de especial relevancia en los adolescentes-jóvenes, principalmente en el consumo de alcohol. Su elevada prevalencia, así como las consecuencias asociadas a la ingestión de elevadas cantidades de alcohol en un corto periodo de tiempo: “consumo por atracón” o *binge drinking* (5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas) suponen un importante riesgo para la salud y comprometen el proceso de maduración cerebral vital en este momento evolutivo. Más de la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años ha bebido alcohol recientemente (en los últimos 30 días), de los cuales el 27,9% había realizado *binge drinking*, y el 23,2% había presentado algún episodio de intoxicación etílica –borrachera– en este periodo<sup>1</sup>. Asimismo, los datos muestran cómo el consumo de otras

drogas tiene una mayor prevalencia entre los estudiantes que realizaron botellón en los últimos 12 meses, en especial cuando se trata de tabaco y de cannabis; 56,2 y 43,4% respectivamente, seguidos de hipnosedantes (17,7%), cocaína (4%) y éxtasis (3,8%)<sup>1</sup>. La mezcla de alcohol con otras drogas incrementa la neurotoxicidad y favorece los estados de intoxicación.

- **La intoxicación por drogas** puede afectar al nivel de conciencia, a la capacidad cognitiva y a la toma de decisiones, además de incrementar los riesgos de presentar otros problemas para la salud<sup>2,3</sup>:
  - Coma/muerte.
  - Broncoespasmo agudo, neumotórax, edema agudo pulmonar, insuficiencia respiratoria aguda.
  - Dolor torácico, taquicardia, arritmias ventriculares, hipo-hipertensión, síndrome isquémico agudo, neumopericardio.
  - Hipertermia maligna.
  - Síndrome neurológico polimorfo: ataxia, diplopía, *nistagmus*, disartria, incoordinación motora, vértigos, hiperreflexia, distonías, discinesia bucal, convulsiones, etc.
  - Insuficiencia hepática aguda.
  - Insuficiencia renal aguda.
  - Ictus isquémico - hemorrágico cerebral.
  - Rabdomiólisis/nefritis intersticial, necrosis tubular aguda, insuficiencia renal aguda.
  - Accidentes de tráfico.
  - Traumatismos, fracturas y contusiones por caídas o reyeratas.
  - Violencia sexual (abuso/violación).
  - Trastornos mentales agudos: cuadros confusionales, *delirium*, crisis de pánico, psicosis, cuadros de agitación/agresividad, etc.
  - Ideación/gestos autolíticos.

La atención hospitalaria de urgencia y la consiguiente llamada e informe a la familia suele ser el momento en el que se descubre el problema de consumo o se toma conciencia de su gravedad. El alta hospitalaria va acompañada de la indicación y derivación a la consulta del pediatra de Atención Primaria.

### C. COMPLICACIONES ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES<sup>3,4</sup>

1. **FAMILIARES:** aislamiento, incomunicación, desconexión y ausencia de preocupación por los problemas familiares, enfrentamiento y rechazo a las normas, hurtos, venta de recuerdos y objetos personales/familiares, violencia filiofamiliar.
2. **ACADÉMICAS:** bajo rendimiento, absentismo, incumplimiento de normas y disciplina académica, abandono de los estudios.
3. **LEGALES:** consumo en espacios públicos, tenencia de drogas, tráfico/"trapicheo", peleas-agresiones, enfrentamiento a la autoridad, pequeños robos, acoso, etc.
4. **SALUD:**
  - **Inespecíficos:** astenia, cefalea, cambios de apetito, problemas digestivos (náuseas, vómitos, estreñimiento), pérdida de peso, problemas de sueño (insomnio-hipersomnia, cambios en los ritmos nictamerales), ronquera, anosmia, problemas de concentración y memoria a corto plazo, hiperactividad y comportamiento acelerado.
  - **Física:**
    - Digestivo: dispepsia, hiperémesis, gastritis, hepatopatías, enfermedad periodontal, candidiasis oral.
    - Respiratorio: neumonías, bronconeumonía.
    - Cardiovascular: hipo-hipertensión, arritmias, endocarditis.
    - Renal: glomerulonefritis, nefritis, trastornos del equilibrio hidro-electrolítico y ácido-base.
    - Genitourinario: enfermedades de transmisión sexual, dismenorrea-amenorrea, embarazos no planeados, prematuridad, abortos, muerte fetal intrauterina.
    - ORL: rinitis, sinusitis, laringitis, hemorragias nasales, bruxismo, xerostomía química.
    - Sangre: anemias, coagulopatías.
    - Piel: dermatitis, vasculitis, esclerodermia, ulceraciones.
    - Enfermedades infecciosas: virales (VIH, VHB, VHC, etc.), bacterianas (endocarditis, enfermedades de la piel y partes blandas, etc.).
    - Otros: inmunidad (inmunosupresión), oftalmología (conjuntivitis, xerosis, etc.), etc.

- **Mental:** baja autoestima, presencia de cambios frecuentes de estado de ánimo, comportamientos inadecuados (apatía, desinterés, negatividad, agresividad, rebeldía, baja tolerancia a la frustración), trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de la alimentación, deterioro de las funciones cognitivas, problemas de aprendizaje, desarrollo de dependencia de drogas, etc.
- **Neurodesarrollo:** el abuso de alcohol en la adolescencia altera el desarrollo normal de la sustancia gris y la mielina en diferentes áreas del cerebro: corteza prefrontal, hipocampo y otras regiones cerebrales, alterando su función e interfiriendo en capacidades básicas que se adquieren en esta etapa vital. Muchos de estos efectos son permanentes y se mantienen en la edad adulta<sup>5</sup>. Hallazgos similares han sido señalados para otras drogas como el cannabis<sup>6,7</sup>.
- **Enfermedades preexistentes:** evolución deficiente o agravamiento de patologías previas (físicas y/o mentales).

## D. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA DEL CONSUMO DE DROGA<sup>8-10</sup>

1. **Desempeño escolar:** malas calificaciones, faltas a clase, mal comportamiento, actitud negativa, etc.
2. **Interés en actividades:** pérdida de interés en pasatiempos habituales y hobbies, deportes y/o actividades favoritas.
3. **Rutinas cotidianas:** abandono de la higiene personal, cambio en los hábitos alimenticios y de sueño, cambio en la forma de hablar con un lenguaje cargado de expresiones y palabras del argot, cambios en la forma de vestir, etc.
4. **Aspecto general:** temblor, somnolencia, midriasis (pupilas dilatadas) o miosis (pupilas puntiformes), inyección conjuntival (ojos enrojecidos sin causa aparente), ojeras, coriza persistente, tos seca, olor inusual en el aliento, el cuerpo o la ropa, pérdida de peso, palidez, facies inexpresiva, movimientos involuntarios de la mandíbula, rascado repetido, marcas de pinchazos en los brazos o en otras partes del cuerpo, etc.
5. **Selección de amigos:** cambio de amigos y lugares de ocio, rechazo a los amigos de siempre e inicio de nuevas amistades, tendencia a ocultar amistades, etc.
6. **Cambio de actitudes:** indiferencia y crítica a las normas, insolencia, pérdida de la propia escala de valores, chantaje afectivo, parasitismo y explotación familiar.
7. **Personalidad:** empobrecimiento afectivo, mal humor, nerviosismo, demandas de mayor autonomía e independencia, suspicacia, agresividad, rebeldía persistente, egoísmo, egocentrismo, pasotismo, reiteración en la mentira, etc.
8. **Comportamiento:** aislamiento, distanciamiento del contacto familiar pasando largo tiempo en su dormitorio, salidas injustificadas de casa, ausencias no autorizadas (fugas), incumplimiento de horarios y citas, necesidad y búsqueda continua de dinero, uso de candados o cierres de seguridad para sus objetos personales, secretismo en las llamadas telefónicas o los lugares habituales de ocio, etc.

## 9. Hallazgos entre sus cosas de:

- Botellas/botes de diferentes alcoholes.
- Papeles para liar cigarrillos, pipas.
- Semillas o restos de “picadura” de tabaco en los bolsillos.
- Envases, blíster o cajas de fármacos, cápsulas, comprimidos de diferentes formas, colores y grabados.
- Bolsas de celofán con adornos llamativos.
- Bolitas de papel celofán, papel de aluminio arrugado, envoltorios de papel con múltiples dobleces o “papelinas”.
- Inyectables: agujas, jeringuillas, etc.
- Papel de aluminio quemado (en consumidores que fuman/inhalan algunas drogas: heroína, cocaína, benzodiazepinas, etc., utilizan un trozo de papel de aluminio para la combustión de la sustancia y posterior inhalación de los valores que expele).

Estos signos y síntomas pueden ser debidos a otras circunstancias personales del adolescente, por lo que, en ningún caso, pueden considerarse patognomónicos, aunque sí orientativos.

## E. FACTORES DE RIESGO FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS

Los factores de riesgo no son condición inexcusable en la existencia de un problema de drogas en el adolescente, pueden estar presentes o no, aunque sí representan las condiciones individuales o sociales que incrementan la probabilidad de que aparezcan. Tenerlos en cuenta es fundamental a la hora del diagnóstico y tratamiento.

### 1. FACTORES INDIVIDUALES

- **Edad.** El consumo temprano de drogas es un fuerte factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos por uso de sustancias y la aparición posterior de otras enfermedades mentales<sup>11</sup>. Cuanto menor es la edad de consumo de drogas mayor es la vulnerabilidad del cerebro a los efectos neurotóxicos de las drogas.
- **Genética y epigenética.** Las investigaciones sugieren que los factores ambientales interactúan con la vulnerabilidad genética durante periodos particulares del desarrollo para aumentar el riesgo de enfermedades mentales y adicciones<sup>12</sup>.
- **Género.** La mujer presenta mayor sensibilidad y vulnerabilidad a los efectos tóxicos de las drogas relacionadas con las diferencias a nivel biológico, psicológico y social<sup>1,13</sup>.

- **Comorbilidad psiquiátrica.** Tener un trastorno mental en la infancia o la adolescencia puede aumentar el riesgo de consumo posterior de drogas y el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias. Las investigaciones sugieren que los adolescentes con trastornos por uso de sustancias también tienen altas tasas de enfermedades mentales concurrentes<sup>11</sup> (**Tabla 1**).
- **Valoración del riesgo.** La baja percepción de riesgo es una de las variables de mayor impacto en el inicio y mantenimiento del consumo<sup>1,14</sup>.

**Tabla 1. Trastornos mentales y consumo de drogas<sup>11</sup>**

- Trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático)
- Trastornos depresivos
- Trastorno bipolar
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
- Trastornos de conducta (trastorno oposicionista negativista desafiante)
- Trastornos psicóticos
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad

La presencia de comorbilidad psiquiátrica en los adolescentes incrementa la probabilidad del consumo de drogas, del inicio a edades más tempranas y la evolución a la adicción. Los estudios epidemiológico-clínicos muestran altas tasas de trastornos por uso de sustancias en los trastornos mentales de los adolescentes<sup>11</sup>.

## **2. FACTORES EN EL CONTEXTO SOCIAL**

- **Influencia de amigos.** La prevalencia de consumo es más elevada en los alumnos que cuentan con amigos que también consumen<sup>1</sup>. La presión del grupo es una de las constantes en el inicio del consumo de drogas y otros comportamientos del adolescente<sup>14</sup>.
- **Ámbito familiar.** Desestructuración familiar/baja cohesión familiar, apego inexistente o inseguro, ausencia de roles parentales, deficiente o inexistente comunicación padres/hijos, excesiva sobreprotección que dificulta el proceso madurativo y la autonomía, comportamientos



agresivos a nivel físico/psicológico, abusos físicos/sexuales, modelos parentales/familiares de consumo de drogas legales e ilegales y presencia de trastornos mentales en los padres son facilitadores del consumo de drogas<sup>2,15</sup>.

- **Ámbito escolar.** Experiencia escolar negativa, fracaso escolar y autopercepción y valoración negativas de la capacidad intelectual, tamaño del centro/escuela/colegio, clima escolar y estilo educativo, contacto e interacción con las familias, existencia de normas que prohíban el consumo en la comunidad educativa, conducta antisocial en la escuela, presencia de drogas en el centro o los espacios aledaños, sufrir *bullying* (acoso) a través de Internet o por otros medios<sup>2,16</sup>.

### 3. FACTORES RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN SOCIOCOMUNITARIA

- **Entornos socialmente desfavorecidos** (vivir en barrios con alta prevalencia de consumo de drogas y delincuencia), pobreza, marginación/exclusión social/sin techo, inactividad/desempleo/aburrimiento/falta de expectativas de futuro, aculturación ligada a los fenómenos migratorios, disponibilidad y facilidad para acceder a las drogas, formar parte/proceder de culturas en las que el consumo de drogas está normalizado, baja percepción social del riesgo del consumo de drogas, problemas para acceder a programas de prevención, desconocimiento de los servicios de apoyo y/o tratamiento, influencia de las redes sociales en la banalización del consumo y consumo de sustancias con fines no médicos<sup>2,15</sup>.

## F. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN CLÍNICA<sup>17</sup>

Al objeto de facilitar el relato por parte del adolescente, debiéramos ofertarle la entrevista en solitario, indicándole la privacidad y confidencialidad de la información aportada. Las preguntas deben ser abiertas y posibilitar que pueda explicar en detalle las características de su relación con las drogas, así como sus conocimientos, actitudes y creencias respecto del consumo, fundamentales en el diseño del tratamiento. El profesional sanitario presentará una actitud empática y de escucha activa, con un tono de voz firme y seguro a la vez que acogedor y próximo. La entrevista será tranquila, calmada, estrictamente profesional y alejada de juicios de valor y actitudes moralizantes. Toda la información se contrastará y completará con la aportada por los familiares o personas del núcleo de relación cercano al paciente. La evaluación clínica deberá incluir:

- Situación primera consulta:
  - Motivo de consulta/demanda de tratamiento.
  - Consumos en el mes previo: droga principal (reconstrucción de un día típico de consumo). Estado de intoxicación/abstinencia en el momento de la valoración.
  - Problemas de salud acompañantes (físicos/psíquicos).
  - Problemas familiares y sociales acompañantes (factores de riesgo-protección).
  - Funcionamiento global del adolescente.

- Historia clínico-toxicológica:
  - Historia toxicológica: edad de inicio, droga/s consumida/s, frecuencia de consumo, cantidad, tiempo de consumo, vías de consumo, “escalada” por las diferentes drogas, periodos de abstinencia, factores relacionados con el consumo-abstinencia, presencia de tolerancia, etc.
  - Historia clínica: patologías físicas y psiquiátricas comórbidas y relación temporal con el consumo de drogas.
  - Tratamientos previos.
  - Antecedentes personales y familiares (físicos y psiquiátricos).
- Entrevista a informantes externos (familiares núcleo de convivencia habitual).
- Cuestionarios y entrevistas estructuradas. Instrumentos destinados a evaluar el consumo de sustancias y sus complicaciones en adolescentes (**Tabla 2**).
- Evaluaciones complementarias:
  - Exploración física y psicopatológica.
  - Analítica hemática/orina (metabolitos de drogas en orina).
  - Pruebas complementarias en función de sospecha o existencia de otras patologías físicas acompañantes.
  - Evaluación psicológica: disposición para el cambio, funcionamiento neurocognitivo, trastornos mentales comórbidos (patología dual), etc.

**Tabla 2. Instrumentos de cribado y evaluación en adolescentes consumidores de drogas (Referencias. Validación al español)**

<b>CRIBADO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernández-Artamendi S, <i>et al.</i> Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. <a href="#">Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012;7:13.</a></li> <li>• Pérez Gómez A, Scoppetta Díaz-Granados O. El CRAFFT/CARLOS como Instrumento para la Identificación Temprana de Consumo de Alcohol y Otras SPA: una Adaptación al español. <a href="#">Revista Colombiana de Psicología. 2011;20(2):265-274.</a></li> <li>• Fernández-Artamendi S, <i>et al.</i> Spanish adaptation and validation of The Adolescent-Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A). <a href="#">Adicciones. 2012;24(1):41-9.</a></li> <li>• Gual A, <i>et al.</i> <b>Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test.</b> <a href="#">Alcohol Alcohol. 2002;37(6):591-6.</a></li> <li>• Mariño MC, <i>et al.</i> Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT). <a href="#">Salud Mental. 1998;21(1):27-36.</a></li> <li>• López-Núñez C, <i>et al.</i> Spanish adaptation and validation of the Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). <a href="#">International Journal of Clinical and Health Psychology. 2012(2):251-64.</a></li> <li>• Rubio Valldolid G, <i>et al.</i> Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). <a href="#">Psicothema. 2014;26(2):180-5.</a></li> </ul>
<b>ADICCIÓN Y COMPLICACIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Díaz R, <i>et al.</i> Clinical and research utility of Spanish Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). <a href="#">Addict Behav. 2008;33(1):188-95.</a></li> <li>• Martín G, <i>et al.</i> The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. <a href="#">Drug Alcohol Dependence. 2006;9(1):90-3.</a></li> <li>• Saldivia V, <i>et al.</i> Validación de la entrevista diagnóstica estructurada DISC-IV para la identificación de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile. <a href="#">Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria. 2013;51(1):70-8.</a></li> <li>• Torrens M, <i>et al.</i> Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. <a href="#">Am J Psychiatry. 2004;161(7):1231-7.</a></li> <li>• Ulloa R, <i>et al.</i> [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. <a href="#">Actas Esp de Psiquiatr. 2006;34(1):36-40.</a></li> <li>• Secades R, <i>et al.</i> FRIDA. Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes. Madrid: TEA Ediciones; 2006.</li> </ul>

## G. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5: TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS<sup>18</sup>

1. Se consume droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.) con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.), consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.).
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la droga en cuestión a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia psicoactiva.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la droga (alcohol, tabaco, cannabis, etc.) para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la droga en cuestión.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a) Presencia del síndrome de abstinencia característico de la droga en cuestión (véanse los criterios de la abstinencia en el DSM-5).
  - b) Se consume la droga en cuestión (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Gravedad actual del trastorno:

- Leve: presencia de 2-3 síntomas.
- Moderado: presencia de 4-5 síntomas.
- Grave: presencia de 6 o más síntomas.

## H. TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS POR EL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

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), la propuesta de tratamiento específico, así como el tratamiento de la patología específica presente en cada momento<sup>2</sup>.

### INTERVENCIÓN GENERAL<sup>2</sup>

- Detectar, captar y motivar para la consecución de un plan terapéutico completo.
- Informar y orientar sobre las posibilidades de tratamiento.

En ambos casos pueden utilizarse estrategias como: **Intervención Motivacional Breve o Intervenciones Breves modelo – FRAMES (Tabla 3)**.

- Psicoeducación (Educación para la salud al objeto de minimizar los riesgos y daños asociados al consumo de drogas).
- Información, apoyo y asesoramiento a la familia del adolescente consumidor de drogas.
- Detectar, tratar y seguir, en colaboración con otras especialidades, las patologías físicas y psíquicas asociadas al consumo de drogas.

### I. INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO ADICTIVO LEVE<sup>2</sup>

- Apoyo farmacológico “sintomático” en la desintoxicación de los casos de consumos no complicados (abstinencias leves) y que exista un adecuado apoyo familiar.
- Apoyo farmacológico con supervisión parental en la deshabitación de consumos no complicados.
- Derivación a programas de prevención selectiva-indicada (Tabla 4).
- Si existiera evolución deficiente, continuidad de consumo de drogas y/o nuevas complicaciones o agravamiento de las existentes: derivación a programas de tratamiento especializado de adicciones.

**Tabla 3. Intervención motivacional****Intervención motivacional breve**

Entrevista de corta duración basada en los postulados de la Entrevista Motivacional de Miller and Rollnick, destinada a abordar conductas de riesgo y promover cambios en el estilo de vida de los pacientes orientados a la salud. Aprovecha los recursos personales de los adolescentes a partir de la información que se les facilita sobre su propia situación, como motor de reflexión y motivación para el cambio<sup>19,20</sup>. Consta básicamente de evaluación y consejo, aunque es deseable un cierto seguimiento, de variable duración, habitualmente no superior al año<sup>21</sup>. Se puede describir como una “conversación guiada” sobre un problema de salud que cumple las características siguientes: breve, estructurada, modelo teórico de referencia, estilo comunicacional no enjuiciador, busca motivar y apoyar al individuo a planificar un cambio de hábito<sup>22</sup>. Este modelo asienta en cuatro principios básicos:

- Empatía
- Desarrollar las discrepancias
- Trabajar, “rodar”, con las resistencias
- Apoyar la autoeficacia

**Intervención breve (FRAMES)<sup>23</sup>**

Deriva de la integración de los modelos del cambio de Prochaska y DiClemente y del abordaje motivacional en los que se fundamenta la intervención breve en un sentido genérico. Consta de los siguientes pasos y elementos para la intervención:

- *Feedback* (Retroalimentación). Comunicación de la información personalmente relevante pertinente al usuario, proporcionada por el trabajador de la salud de manera objetiva.
- *Responsibility* (Responsabilidad). Reconocer y aceptar que ellos son los únicos responsables de su conducta y los que tomarán las decisiones sobre el consumo de drogas y el curso de la intervención breve.
- *Advice* (Consejo). Brindar un consejo claro, objetivo e imparcial con respecto a cómo reducir los daños asociados con el consumo continuo.
- *Menu of Options* (Opciones de cambio). Menú de alternativas para reducir el consumo de drogas, que abarcarán desde sugerencias conductuales hasta la derivación a tratamiento, si no puede cambiar solo.
- *Empathy* (Empatía). Enfoque imparcial y de aceptación que intenta comprender el punto de vista del usuario y evita el uso de etiquetas. Es especialmente importante evitar la confrontación y culpar o criticar al usuario.
- *Self-efficacy* (Autoeficacia). Reforzar la confianza de los pacientes en su capacidad de reacción para afrontar los cambios necesarios.

## J. INTERVENCIÓN EN EL TRASTORNO ADICTIVO MODERADO-GRAVE<sup>2</sup>

- **Derivar a dispositivos especializados de tratamiento de las adicciones.** La existencia aún en varias Comunidades Autónomas de dos redes asistenciales paralelas que se ocupan por una parte del tratamiento de los trastornos por uso de drogas y en la otra de los otros trastornos mentales pueden suponer un problema a la hora de la derivación: Centros de Salud Mental o Centros de Atención a las Adicciones. Debemos optar por lo establecido en los criterios y protocolos de derivación existentes en cada Comunidad Autónoma para el desarrollo de programas especializados de desintoxicación, deshabituación, tratamiento de la patología dual, prevención indicada (**Tabla 4**), etc.

**Tabla 4. Tipos de prevención en consumidores de drogas**

### **Prevención universal**

Dirigida a la totalidad del grupo diana sin distinción (ej.: población infanto-juvenil; beneficia a todos por igual). Programas destinados a menores en el marco de la educación para la salud.

### **Prevención selectiva**

Dirigida a un segmento de población concreto que, por características personales, del entorno social, familiar, sociocultural y de relación, se halla expuesto a diversos factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas. Empieza a evidenciarse un consumo problemático, tanto por las cantidades, frecuencias y sustancias consumidas, como por los problemas que comienzan a aparecer: trastornos de conducta, disminución del rendimiento escolar, conflictos familiares, relacionales, etc. El objetivo es conseguir que este consumo, a veces esporádico, no pase a convertirse en habitual todos los fines de semana.

### **Prevención indicada**

Dirigida a menores que ya están haciendo consumos sistemáticos de drogas y con importantes trastornos de conducta y autocontrol además de déficits adaptativos potenciados por su consumo problemático. Personas de alto riesgo. Se pretende actuar antes de que el menor pueda llegar a sufrir deterioros mayores. Se trata de menores que necesitan la acción directa de diferentes profesionales, intentando cubrir todos los aspectos relacionados con el problema en centros asistenciales especializados y con estrategias de intervención tanto grupales como individuales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). 1994-2021. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2021 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en ESTUDES\_2021\_Informe\_de\_Resultados.pdf
2. Terán A. Adolescentes y consumo de drogas. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editores. Congreso de Actualización en Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p.167-75 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en 167-176\_adolescentes\_y\_drogas\_libro\_18\_congreso\_aepap\_2022.pdf
3. Abuso de sustancia. Consecuencias para la salud según el tipo de droga. En: Organización Panamericana de la salud. 2022 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en [www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias](http://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias)
4. Climent B, Alonso F, García A, Lorente O. Comorbilidad Física. En: Manual de Trastornos Adictivos. 3ª edición. Bobes J, Casas M y Gutiérrez M (Eds). ADAMED. 2020.
5. Guerri C. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo intensivo. Investigación básica en animales. En: Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Barcelona: Socidrogalcohol; 2015. p. 59-67.
6. Puighermanal E, Marsicano G, Busquets-García A, Lutz B, Maldonado R, Ozaita A. Cannabinoid modulation of hippocampal long-term memory. [Neurosci. 2009;12: 1152-8.](https://doi.org/10.1016/j.neurosci.2009.12.1152-8)
7. Ricart M. ¿Regular el cannabis? La paradoja de la marihuana: efectos negativos y propiedades medicinales. En: La Vanguardia. 18 de octubre 2021 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en [www.lavanguardia.com/vida/20211018/7796747/paradoja-marihuana.html](http://www.lavanguardia.com/vida/20211018/7796747/paradoja-marihuana.html)
8. Better knowledge for better care. En: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). 2019 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en [www.unodc.org/drugs/en/june-26/june-26.html](http://www.unodc.org/drugs/en/june-26/june-26.html)
9. Los adolescentes, el alcohol y otras drogas. En: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en [www.aacap.org/aacap/families\\_and\\_youth/facts\\_for\\_families/fff-spanish/los-adolescentes-el-alcohol-y-otras-drogas-003.aspx](http://www.aacap.org/aacap/families_and_youth/facts_for_families/fff-spanish/los-adolescentes-el-alcohol-y-otras-drogas-003.aspx)
10. Terán A. Detección del consumo de drogas en la edad escolar. En: Problemas médicos en la escuela y su entorno. Ed.: Gil Verona JA. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 189-202.



11. Part 1: The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness. En: National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2020 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>
12. Genética y epigenética de la adicción-DrugFacts. En: National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2019 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/genetica-y-epigenetica-de-la-adiccion>
13. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Women with drug problems. En: Health and social responses to drug problems. A European Guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017. p. 105-110.
14. García JA. De la prevención universal a la indicada e intervención. En: Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Barcelona: Socidrogalcohol; 2015: p. 121-9.
15. Becoña E, Cortes M. Factores psicológicos en las adicciones. En: Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. Barcelona: Edit. Socidrogalcohol. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España; 2011. p. 45-64.
16. Peñafiel E. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. [Pulso 2009;32:147-73.](#)
17. Mayor E, Noval, Cepello, Terán A. Historia Clínica en Adicciones. En: Guía de Adicciones para especialistas en formación. Pereiro C, Fernández-Miranda (Eds). Valencia: Socidrogalcohol;2018. p:21-40.
18. American Psychiatric Association - APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
19. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. [Behavioural Psychotherapy. 1983;11:141-172.](#)
20. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2002.
21. Rodríguez-Martos A. Lo bueno, si breve, dos veces bueno ... a veces. [Revista Española de Drogodependencias. 2007;32\(1\):68-76.](#)
22. Lacey J. Alcohol Brief Interventions and Motivational Interviewing: an exploratory overview. North East London NHS Foundation Trust: Institute of Health Visiting. 2015 [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en <https://ihv.org.uk/for-health-visitors/resources/resource-library-a-z/alcohol-brief-interventions-and-motivational-interviewing/>

23. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: manual para uso en la atención primaria. En: OMS [en línea] [consultado el 28/08/2023]. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85401>
24. Arbex C, Mora C, Moreno G. Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Madrid: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales (ADES), Editores. JUMA; 2002.