



## **Trastorno por Abuso de Sustancias en la Infancia y la Adolescencia.**

### **¿Qué entendemos por “sustancias”?**

El término “sustancia” o “droga” hace referencia a aquellas sustancias con capacidad de producir abuso o dependencia. Se emplea con la intención de actuar sobre el sistema nervioso central para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o con la pretensión de modificar el estado psíquico de quien la toma. Así pues, se pretende conseguir la autogratificación, pero al mismo tiempo tiene un efecto dañino para el sujeto que la consume.

Entendemos por “sustancia psicoactiva” todas aquellas sustancias con capacidad para producir cambios psíquicos no necesariamente asociados a adicción.

Las sustancias que se utilizan con fines terapéuticos son denominadas fármacos o medicamentos.

### **¿A qué nos referimos cuando hablamos de “abuso de sustancias”?**

Entendemos por “abuso de sustancias” un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo y recurrente relacionado con el consumo repetido de sustancias. Este patrón se manifiesta durante al menos un mes, en condiciones peligrosas o sin considerar los problemas asociados con su uso. No indica necesariamente dependencia, dado que a diferencia de ésta, no requiere de la presencia de tolerancia, ni síndrome de abstinencia a la retirada, ni tampoco presenta un patrón de uso compulsivo, pero si existen consecuencias dañinas de su consumo.

Se ha de diferenciar el uso del abuso de sustancias. Aunque el uso de sustancias es un prelude necesario para el abuso, el uso de sustancias por sí solo no es suficiente para un diagnóstico de abuso.

### **¿Qué es la dependencia?**

Es un síndrome cerebral manifestado por un patrón comportamental en el cual el uso de una sustancia dada, o clase de sustancias, es de mucho más valor para el sujeto que otros comportamientos que alguna vez tuvieron alto valor. Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existiendo un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia.

Los adolescentes a menudo muestran tolerancia, sin embargo, no suelen padecer síndromes de abstinencia u otros síntomas de dependencia fisiológica.

### **¿Qué entendemos por tolerancia?**

Se entiende por tolerancia el estado de neuroadaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o la necesidad de dosis mayores para producir el mismo efecto. Se trata de un proceso farmacocinético y farmacodinámico. No toda droga que causa dependencia llevará a la tolerancia.



### ***¿Qué es el síndrome de abstinencia?***

Hace referencia a la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicas y cognoscitivas debido al cese o reducción del uso prolongado de la sustancia de la que el sujeto es dependiente. Su intensidad y curso temporal dependen de la frecuencia del consumo, de la cantidad de droga consumida y de las propiedades farmacocinéticas de la sustancia (absorción, unión a proteínas, liposolubilidad, metabolización, excreción, vida media...).

### ***¿Cuándo hablamos de intoxicación?***

Entendemos por intoxicación un comportamiento maladaptativo debido a la ingestión reciente de una droga que lleva a niveles séricos de la misma cercanos o superiores a los tóxicos con gran peligro para la vida del paciente o gran riesgo de secuelas posteriores. Depende de factores como la dosis, circunstancias que rodean al hecho y personalidad subyacente. Se desarrolla en el curso de minutos a horas y posterior al consumo masivo de la droga o del uso repetido.

Las manifestaciones psicológicas más frecuentes son: Trastornos de orientación, conciencia y pensamiento, acompañados de trastornos del afecto, del movimiento, del ciclo sueño-vigilia, trastornos perceptivos y del lenguaje y convulsiones.

### ***¿Cuál es la epidemiología del Abuso de Sustancias en Niños y Adolescentes?***

#### ***¿Cuál es su prevalencia?***

El uso de gran variedad de sustancias psicoactivas es común entre los adolescentes. No obstante, y por lo que respecta al trastorno por abuso de sustancias, se calcula que la prevalencia está entorno al 6%.

La existencia de este trastorno en poblaciones específicas de adolescentes a menudo es más alta, especialmente entre adolescentes con problemas emocionales serios. En algunos estudios de delinquentes juveniles o adolescentes con trastornos de conducta, la existencia de abuso de sustancias sobrepasa el 80%.

#### ***¿Cómo se distribuye?***

Los adolescentes varones muestran de manera uniforme cuotas más altas de uso y abuso de sustancias que las hembras.

Algunos estudios han hallado diferencias de sexo también en la población general; para los hombres, la progresión hacia el uso de drogas ilegales depende del uso del alcohol, mientras que para las mujeres, o bien un cigarro o bien el alcohol son una "condición suficiente" para la progresión a la marihuana.

### ***¿Cómo cursa el Trastorno por Abuso de Sustancias?***

#### ***¿Cuándo se inicia este trastorno?***

Recientes investigaciones indican que la edad de inicio de este trastorno se sitúa en la adolescencia, pese a que la mayoría de adolescentes que consumen drogas no progresan hacia el abuso o la dependencia.



El período adolescente se caracteriza por un proceso de crecimiento cognitivo, emocional, social y físico. Debe formar una identidad separada y prepararse para relaciones apropiadas en la sociedad y en las relaciones individuales, incluyendo trabajo, matrimonio y familia. Dentro de este contexto, los adolescentes experimentan un amplio rango de actitudes y comportamientos. Entre estos comportamientos experimentales está el uso de sustancias psicoactivas. En primer lugar, las experiencias con el uso de sustancias la mayoría de veces tienen lugar en un contexto social con el uso de sustancias de "entrada" como el alcohol y los cigarrillos, que son legales para los adultos y están casi disponibles para los menores. Casi todos los adolescentes experimentan con las drogas "blandas"; progresivamente algunos adolescentes avanzan a niveles más serios de uso de sustancias, incluyendo el uso de la marihuana y otras drogas ilegales. El uso inicial puede suceder a causa de curiosidad o la disponibilidad de una sustancia. Parece haber una progresión predecible del uso de sustancias. El inicio temprano del uso de las sustancias y un progreso rápido son factores de riesgo para el desarrollo del Trastorno por Abuso de Sustancias.

Los factores que contribuyen a el uso temprano o a el uso continuado incluyen sentimientos adolescentes de omnipotencia, influencias de amigos o "presión de los amigos", y factores culturales como la disponibilidad de sustancias.

### ***¿Existen factores de riesgo para este Trastorno?***

Existen factores de riesgo para el desarrollo del uso y abuso de sustancias en niños y adolescentes.

- Los factores de riesgo familiares hacen referencia al uso paternal de sustancias, creencias de los padres y actitudes sobre el uso de sustancias, la tolerancia de los padres, falta de apego entre padres e hijo o adolescente, falta de involucración paternal en la vida del niño, y falta de supervisión y disciplina apropiada.
- Los factores de riesgo relacionados con los amigos incluyen el uso de sustancias por parte de estos y las actitudes de los amigos hacia el uso de las sustancias.
- Los factores de riesgo individuales incluyen características tempranas de la niñez, como problemas de comportamiento tempranos, especialmente un comportamiento agresivo, fracaso escolar, comportamientos de riesgos, y creencias favorables y actitudes sobre el uso de sustancias.
- Las características de la comunidad o vecindario incluyen un estatus socioeconómico bajo, alta densidad de población, y nivel de crimen alto, que están asociados con un mayor uso de sustancias durante la adolescencia.

Los factores de riesgo se relacionan dinámicamente con factores de protección; algunos factores parecen actuar de manera proteccionista, incluyendo la inteligencia, la habilidad de resolución de problemas, la autoestima positiva, las relaciones familiares satisfactorias, los modelos de funcionamiento positivos, y la regulación del afecto.

### ***¿Cuál es el pronóstico de este trastorno?***

El uso de sustancias puede interrumpir el correcto desarrollo del adolescente. Generalmente, el consumo de sustancias disminuye en la adolescencia tardía o al principio de la época adulta, sugiriendo así un proceso de maduración. La mayoría de adultos jóvenes descubren que no pueden desenvolverse de forma natural mientras continúan con el uso de sustancias. Los acontecimientos de la vida como son el matrimonio, paternidad o empleo disminuyen las probabilidades del consumo de sustancias.

El pronóstico de este trastorno está muy relacionado con las conductas derivadas del abuso de sustancias más que con el propio abuso. Los adolescentes que usan y abusan de las sustancias son más propensos a participar en comportamientos de riesgo, como conducir mientras están intoxicados. También los adolescentes víctimas y perpetradores de violencia, tanto con como sin armas, a menudo están bajo la influencia de alguna sustancia o han tenido historias de abuso de sustancias.



El comportamiento sexual de alto riesgo es también más común entre los adolescentes que usan y abusan de las sustancias. La reducción de la capacidad de juicio y el aumento de la impulsividad a menudo producidas por la intoxicación conducen a una actividad sexual sin protección e insegura, con el subsiguiente embarazo o enfermedad de transmisión sexual .

Aunque no todos los adolescentes que usan o abusan de las sustancias poseen alto riesgo para el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), el uso de sustancias por un adolescente plantea la cuestión de los factores de riesgo específicos del VIH y la consideración de unas pruebas apropiadas. Aunque los adolescentes constituyen un pequeño porcentaje de casos de VIH, los que abusan de la drogas intravenosas y el *crack* están entre los subgrupos de adolescentes con el mayor riesgo para contraer VIH.

Por último, las complicaciones médicas del uso de las sustancias son poco comunes entre los adolescentes. Las secuelas a largo plazo del uso crónico de sustancias pueden no ser aparentes hasta bien entrada la época adulta. Los especialistas deben estar familiarizados con los efectos principales psicoactivos y fisiológicos de las sustancias comunes de abuso.

### **¿Cuál es la manifestación clínica de este trastorno?**

Los pacientes que presentan uso o abuso de sustancias, y frecuentemente padecen intoxicaciones, padecen alteraciones significativas del humor, conocimiento y comportamiento:

- Los cambios de comportamiento incluyen desinhibición, letargo, hiperactividad o agitación, somnolencia e hipervigilancia.
- Los cambios en el conocimiento se manifiestan en un deterioro de la concentración, alteración de la atención y de la percepción.
- Los cambios de humor pueden ir desde la depresión hasta la euforia.

Las manifestaciones sobre el uso de sustancias y la intoxicación varían con el tipo de sustancia(s) usada(s), la cantidad utilizada durante un periodo de tiempo dado, el emplazamiento y el contexto del uso, y las características del individuo, como la experiencia con las sustancias, las expectativas y la presencia o ausencia de otras psicopatologías.

En los adolescentes también se observa un deterioro en el funcionamiento psicosocial y académico. El deterioro puede incluir conflictos familiares o mal funcionamiento, conflictos interpersonales y fracaso escolar.

La preocupación por el uso a menudo se demuestra dejando las actividades que antes eran importantes y aumentando el tiempo utilizado en actividades relacionadas con el uso de sustancias.

### **¿Cuáles son las causas del Trastorno por Abuso de Sustancias?**

Mientras que el consumo de sustancias es más un comportamiento relacionado con factores sociales, el abuso está más relacionado con factores biológicos y psicológicos.



### ***¿Es hereditario?***

Los estudios sobre gemelos y adopciones han señalado la probable contribución de los factores genéticos o de constitución como factor de riesgo para padecer este trastorno. Los marcadores biológicos específicos pueden diferenciar los individuos de alto riesgo frente a los de bajo riesgo para el Trastorno por Abuso de Sustancias. Ciertos rasgos de comportamiento con una base biogenética pueden subyacer una vulnerabilidad hacia el trastorno en los adolescentes.

No obstante, pese a que se postulan mecanismos genéticos, ningún gen por si solo provoca una tendencia hacia el trastorno. El abuso de sustancias puede ser uno de los muchos y posibles comportamientos problemáticos que surgen en los individuos de alto riesgo.

### ***¿Existen individuos “de riesgo”?***

Los niños de alto riesgo a menudo demuestran varias características que probablemente tienen un substrato biológico y una influencia indirecta sobre el riesgo. Algunos de estas características son disfunciones cognitivas o trastornos de auto-regulación del comportamiento; alteración de la atención y del razonamiento abstracto, falta de previsión y juicio.

Las características temperamentales también influyen en el riesgo, como por ejemplo la búsqueda de sensaciones y dificultades que afectan la regulación.

### ***¿Y familias “de riesgo”?***

Las investigaciones recientes concluyen que hay factores familiares que actúan como mediadores vulnerables hacia el consumo de sustancias. Si éste está presente en las figuras parentales representa un gran riesgo para el abuso de sustancias en sus descendientes. La psicopatología paterna está también asociada con el abuso de sustancias en los descendientes.

### ***¿Cómo se evalúa este trastorno?***

El objetivo de la evaluación es determinar si existe un uso de sustancias o si el trastorno reúne criterios diagnósticos para el abuso de sustancias o dependencia. Debe realizarse una evaluación cuidadosa donde se incluya la historia sobre el consumo y abuso de la/s sustancias, junto a exámenes psiquiátricos y físicos. Debe determinarse también el funcionamiento psicosocial del paciente y el efecto que tiene el consumo de la sustancia sobre las diferentes áreas de su vida. También es importante determinar la presencia de trastornos asociados o concurrentes, como el comportamiento antisocial o los trastornos de humor, y la existencia de estresantes familiares o medioambientales.

Se debe determinar la presencia de problemas en una o más áreas de la vida del adolescente. Ha de establecerse el comportamiento de abuso de sustancias, los problemas psiquiátricos y de comportamiento, funcionamiento escolar o vocacional, funcionamiento familiar, competencia social y relaciones sociales, y el tiempo libre y el recreo. Tras analizar cada área a través de la entrevista u otro instrumento, cada área que demuestre algún nivel de déficit o mal funcionamiento debe ser evaluada más profundamente utilizando otros instrumentos o preguntas detalladas.

Por lo que respecta a la conducta de abuso de sustancias, la historia clínica debe cubrir:

- La conducta de consumo: cantidad, frecuencia [especialmente en los últimos 30 días], inicio, y tipos de sustancias utilizadas.
- Consecuencias negativas del consumo: escolar / vocacional, social / familiar, emocional / comportamiento, legal y física.
- Contexto del consumo: tiempo / lugar, uso con los amigos / actitud, consecuencias, expectativas, y medio social.
- Control sobre el consumo: percepción del abuso como un problema, intentos de detener o limitar el uso.



A causa de la naturaleza del trastorno, así como del componente negativo, el especialista debe esperar la evitación y la negación por parte del adolescente. Así pues, los instrumentos de análisis (para detectar el uso) incluyen medidas de laboratorio y cuestionarios de auto-informe.

### ***¿Qué medidas de laboratorio conviene utilizar?***

La toxicología del serum y de la orina puede detectar la presencia de sustancias psicoactivas. La monitorización toxicológica está limitada por el tiempo necesario para obtener resultados. Existe una falta de correlación entre la concentración de drogas y los resultados observados, y riesgo de los resultados falso-positivo y falso negativo. Los métodos toxicológicos, sin embargo, proporcionan un chequeo de la veracidad del adolescente. Una monitorización positiva sobre la droga no prueba el abuso o la dependencia de sustancias pero indica el uso de las mismas. La efectividad de las monitorizaciones sobre la sustancia puede verse limitada por la breve presencia en el cuerpo de la mayoría de las sustancias del abuso y sus metabolitos. Los estimulantes son detectados en la orina durante 1 o 2 días. La cocaína y su metabolito principal están presentes al menos varios días. Las sustancias sedantes-hipnóticas son muy variables; su detección va de 1 día a 1 semana para las benzodiazepinas de larga duración hasta aproximadamente 2 meses de los barbitúricos de larga duración. Los opiáceos, como la codeína o la heroína, pueden ser detectados hasta 2 días después. El cannabis, que es un lípido soluble, puede ser detectado hasta un mes o más si su uso es crónico.

Los adolescentes a menudo atentan los especímenes adulterados de la orina, por ejemplo, por el uso de diuréticos o hidratos para descender la concentración de las sustancias en la orina. La cromatografía fina es un método común utilizado como un monitor de amplio espectro para las sustancias del abuso. Los métodos de inmunoensayo, como la técnica de inmunoensayo de la encima multiplicada, se utilizan a menudo en prácticas clínicas para indicar la presencia de drogas específicas. Para obtener un resultado válido, un resultado positivo sobre el inmunoensayo se sigue por la confirmación por un método más sensible, como la cromatografía de gas / espectrometría de masas.

### ***¿Cuáles son los cuestionarios más utilizados?***

Los instrumentos que se muestran válidos y eficaces en este trastorno son los siguientes:

<i>Medida</i>	<i>Tipo de medida</i>
Diagnóstico del abuso de drogas en adolescentes (ADAD)	Entrevista estructurada, evaluación comprensiva: uso de drogas / alcohol y seis áreas de contenido relacionadas.
Entrevista para un diagnóstico adolescente (ADI)	Entrevista estructurada: basada en criterios DSM-IV.
Índice de severidad de problemas adolescentes (APSI)	Entrevista semiestructurada: evaluación comprensiva, identifica modelos de uso de drogas, factores psicológicos, información acerca del motivo de consulta.
Programa de entrevistas de diagnóstico para niños (DISC)	Entrevista estructurada: incluye criterios DSM-IV.
Inventario de personalidad Multifásico de Minnesota – Adolescentes (MMPI-A)	Cuestionario autoadministrado: identifica y describe los problemas relacionados con las drogas y el alcohol; incluye la escala Mentiras.
Inventario de experiencias personales (PEI)	Evaluación comprensiva, autoadministrada: identifica modelos de uso de drogas y alcohol, factores psicosociales.



Cuestionario de preguntas de problemas personales (PESQ)	Examen autoadministrado: identifica el uso de drogas y alcohol.
Instrumento de evaluación orientado a los problemas para adolescentes (POSIT)	Examen autoadministrado: identifica el uso y problemas de drogas y alcohol en 9 áreas relacionadas.
Inventario de evaluación para el abuso de sustancias (SASSI)	Examen autoadministrado: identifica el uso de las drogas y alcohol.
Índice de severidad de la adicción en jóvenes (TASI)	Entrevista estructurada, evaluación comprensiva: uso de drogas y alcohol y seis áreas de contenido relacionadas.

## ¿Con qué otros trastornos puede coexistir el Trastorno por Abuso de Sustancias?

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es muy frecuente en los niños y adolescentes con Trastorno por Abuso de Sustancias. Dada la naturaleza de este trastorno, debe determinarse si los síntomas del trastorno comórbido estaban presentes antes o después del abuso de sustancias, ya que los efectos farmacológicos agudos y crónicos de las sustancias de las cuales se abusan pueden simular la mayoría de los síntomas psiquiátricos. Es importante, por tanto, que el especialista observe al paciente durante un periodo de abstinencia, antes de hacer un diagnóstico de comorbilidad. Se debe considerar la posibilidad de un trastorno inducido por sustancias, en el que los síntomas psiquiátricos son directamente atribuibles al abuso de una sustancia o una combinación de sustancias.

Numerosos estudios sugieren un alto grado de comorbilidad entre el Abuso de Sustancias y el *Trastorno de Conducta*. Entre los adolescentes que presentan un diagnóstico de Abuso de Sustancias, aproximadamente un 60% cumplen criterios diagnósticos de Trastorno de Conducta.

También se ha observado una elevada comorbilidad entre el Abuso de Sustancias y el *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDAH). No obstante, ésta probablemente sea debida al alto grado de comorbilidad de ambos trastornos con el Trastorno de Conducta. Las investigaciones más recientes muestran que el Abuso de Sustancias es comórbido al TDAH sobre todo en aquellos pacientes en los que éste último persiste en la edad adulta.

Los *trastornos del humor*, especialmente la depresión, se manifiestan entre un 30% y un 50% de los adolescentes con Abuso de Sustancias. Algunas investigaciones señalan que la depresión suele ser secundaria al abuso. No obstante, la naturaleza de la relación entre los trastornos de humor y el Abuso de Sustancias es confusa, complicada en parte por los efectos que alteran el humor de muchas sustancias de las que se abusa.

Así mismo, los adolescentes con Abuso de Sustancias presentan mayor riesgo para un *comportamiento suicida*, desde el pensamiento a su realización.

Diversas investigaciones muestran altos grados (43%) de *trastornos de ansiedad* entre los adolescentes con Abuso de Sustancias. El orden de aparición de ambos trastornos parece ser variable, dependiendo del trastorno de ansiedad específico. La fobia social a menudo precede al abuso de sustancias, mientras que los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico suelen ser posteriores al abuso.

Otros trastornos que son comórbidos al Abuso de Sustancias son los *trastornos bipolares*, el *trastorno de estrés postraumático* y la *esquizofrenia*.

Existen diferencias respecto a la comorbilidad en función del género. Así, los trastornos externalizados se manifiestan en mayor grado en los chicos, mientras que los trastornos internalizados, como la depresión y el trastorno de estrés postraumático, se manifiestan más frecuentemente en chicas.



## **¿En qué consiste el tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias?**

### **¿Cuáles son los objetivos del tratamiento para este trastorno?**

El primer objetivo del tratamiento de los adolescentes con Abuso de Sustancias es obtener y mantener la abstinencia del consumo. Aunque la abstinencia debe permanecer como el objetivo a largo plazo, debemos tener en cuenta la cronicidad del trastorno. Por ello, la reducción del daño puede ser un objetivo interno e implícito aceptable para el tratamiento. Entendemos por reducción del daño una disminución en el uso y efectos adversos de las sustancias, una reducción en la importancia y la frecuencia de las recaídas, y la mejora en uno o más dominios del funcionamiento del adolescente, incluyendo el rendimiento académico o el funcionamiento familiar. No obstante, este objetivo se plantea como un objetivo interno, "el uso controlado" de cualquier sustancia de abuso no debe ser nunca un objetivo explícito en el tratamiento de adolescentes.

La abstinencia no es el único objetivo del tratamiento. El concepto de rehabilitación incluye el tratamiento de los problemas asociados y la mejora de las diferentes áreas de funcionamiento del paciente. Las intervenciones dirigidas a los trastornos comórbidos, a la mejora del funcionamiento familiar, relaciones interpersonales y rendimiento académico producen no solo mejoras generales en el funcionamiento psicosocial sino que también contribuyen a un mejor resultado en el cumplimiento del objetivo principal, consistente en obtener y mantener la abstinencia.

### **¿Cuáles son las características de este tratamiento?**

Diversas investigaciones muestran las siguientes características del tratamiento como las más óptimas para obtener la abstinencia y grados de recaída más bajos:

- Debe ser intensivo y de suficiente duración para obtener los cambios necesarios en la actitud del paciente y su comportamiento en relación al uso de la sustancia y las conductas relacionadas. El nivel de intensidad y duración dependen de las características específicas del paciente, como la frecuencia y cantidad de consumo de la sustancia, grado de motivación del adolescente y su familia, calidad de los apoyos sociales, presencia de otros trastornos psiquiátricos, y existencia o no de otras áreas de apoyo (vocacionales o psicosociales).
- Debe ser tan comprensivo como sea posible y enfocar las múltiples áreas de disfunción en la vida del adolescente.
- Debe implicar la familia y potenciar la mejora de la comunicación entre los miembros familiares. Es necesario incrementar y fomentar la habilidad de los padres para proporcionar de manera consistente una guía adecuada y establecer unos límites para sus hijos. En caso de que así sea, se ha de establecer el modelo de adicción de los padres y, si es posible, tratado.
- Debe ayudar a los adolescentes y sus familias a desarrollar un estilo de vida libre de alcohol y drogas. Esto incluye la participación en actividades lúdicas y prosociales con amigos que no utilicen sustancias.
- Debe animar a los adolescentes a asistir a grupos de autoayuda.
- Debe estar sensibilizado con la realidad cultural y socioeconómica de los adolescentes, sus familias, y su medio ambiente.
- Los programas de tratamiento deben participar, en la medida de lo posible, en el sistema local de servicios sociales, justicia juvenil (si es aplicable) y el sistema escolar.
- Es esencial el seguimiento, una vez finalizado el tratamiento requiere un seguimiento en el cual se refuerce la mejora y cambios obtenidos durante la fase de tratamiento.
- El tratamiento del Abuso de Sustancias en adolescentes debe ser multimodal.

### **¿Cómo debe realizarse el tratamiento?**



Existen dos elementos básicos en el plan de tratamiento: valorar el emplazamiento más óptimo para llevarlo a cabo, y programar las modalidades específicas de tratamiento, la duración e intensidad de cada modalidad. Aunque la combinación de las modalidades de tratamiento puede ser determinada por la selección del emplazamiento para un tratamiento específico, el tratamiento del Abuso de Sustancias en el adolescente debe ser individualizado y basado en una evaluación minuciosa.

La filosofía, conceptualización y modalidades básicas de tratamiento son similares a las del tratamiento del Abuso de Sustancias en adultos, si bien en los adolescentes se debe orientar básicamente por el grupo de iguales y debe reconocer los factores de desarrollo específicos del adolescente (incluyendo el área social), su nivel de desarrollo cognitivo, y su estatus como miembro dependiente de un sistema familiar.

La comorbilidad frecuente del Abuso de Sustancias con otros trastornos psiquiátricos requiere la atención específica de las alteraciones coexistentes.

### ***¿Dónde debe realizarse el tratamiento?***

Existen diferentes posibilidades en relación al lugar dónde se ha de realizar el tratamiento, entre las cuales se hallan:

- Hospitalización, ya sea total o parcial. Los criterios que determinan este tipo de tratamiento son los siguientes:
  - Adolescentes con trastornos psiquiátricos significativos (psicosis aguda, comportamientos suicidas, homicidas o de cualquier otro tipo de riesgo).
  - Adolescentes con una historia de fracaso del tratamiento en ambientes menos restrictivos.
  - Adolescentes con riesgo de abuso de sustancias o aquellos con una historia anterior de estos problemas.

La hospitalización parcial es un emplazamiento estructurado apropiado para adolescentes que necesitan tratamiento intensivo pero no requieren control de 24 horas de su medio ambiente. Puede ser utilizada como un avance después de la hospitalización total. Los apoyos sociales estables, como la familia, son críticos para el éxito de una hospitalización parcial.

- Centros de día.
- En comunidades terapéuticas. Aunque este tipo de tratamiento es restrictivo, se caracteriza por ser menos intensivo que la hospitalización y tener una duración de al menos varios meses. Los adolescentes con trastornos importantes de personalidad, apoyos psicosociales inadecuados y una historia de fracaso del tratamiento hospitalario son candidatos apropiados para el tratamiento en una comunidad terapéutica. Este tipo de tratamiento incluye programas como el asesoramiento escolar y los grupos de autoayuda, así como oportunidades recreativas prosociales (Ej. deportes) que ofrecen actividades supervisadas en un ambiente presumiblemente libre de drogas. Estas actividades deben ser utilizadas para facilitar el estilo de vida adolescente libre de drogas.

La duración del tratamiento esta determinada por la posibilidad de acceder a un emplazamiento menos restrictivo, como el domiciliario. Los criterios que predicen este cambio incluyen: el grado de motivación del adolescente y la capacidad para permanecer en la abstinencia y participar en un emplazamiento de tratamiento menos intensivo, la disponibilidad de apoyos sociales estables, y la mejora en los trastornos psiquiátricos coexistentes.

- En el domicilio. Esta opción de tratamiento es apropiada para aquellos cuya historia de tratamiento, estado clínico y circunstancias medio ambientales no pidan un emplazamiento de tratamiento más intensivo. Los adolescentes relativamente motivados, con apoyos medio ambientales estables y psicopatologías limitadas pueden beneficiarse del tratamiento domiciliario.



Los adolescentes con Abuso de Sustancias deben ser tratados en los emplazamientos menos restrictivos que sean seguros y efectivos. Los factores que afectan la elección de un emplazamiento u otro incluyen:

- La motivación y la voluntad del adolescente y su familia para cooperar con el tratamiento.
- La necesidad del adolescente para emplazamientos estructurados y limitados que no pueden ser proporcionados en un ambiente menos restringido.
- La necesidad de proporcionar un medio ambiente seguro.
- La habilidad del adolescente para preocuparse por si mismo.
- La existencia de condiciones médicas o psiquiátricas adicionales.
- La disponibilidad de tipos específicos de emplazamientos de tratamiento para adolescentes.
- Las preferencias del adolescente y su familia para un emplazamiento en concreto.
- El fallo del tratamiento en un nivel de cuidado menos restringido.

### ***¿Qué tipo de tratamiento es el más adecuado?***

El tratamiento del Trastorno por Abuso de Sustancias requiere un enfoque multimodal donde se combinen diversas técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas.

### ***¿Cuáles son las modalidades psicoterapéuticas más utilizadas?***

- **Terapia cognitivo-conductual.** El objetivo es identificar y modificar los esquemas de pensamiento desadaptativos. Los adolescentes pueden reducir sus pensamientos negativos, sentimientos, y comportamientos, incluyendo el uso de sustancias y los comportamientos asociados. Una porcentaje significativo de adolescentes informan sobre distorsiones cognitivas y auto-afirmaciones negativas internas.

La prevención de recaídas es una aproximación cognitivo-conductual que ayuda al adolescente a desarrollar mayor autocontrol, identificar los factores personales y ambientales que llevan al uso de la sustancia y la recaída, y desarrollar estrategias para tratar los estresantes evitando el uso de sustancias.

- **Terapia de conducta.** La mayoría de programas para adolescentes usan métodos de condicionamiento operante (es decir, recompensar y castigar a los adolescentes para conductas apropiadas e inapropiadas, respectivamente), como parte del programa de control de conducta del tratamiento hospitalario, la comunidad terapéutica o la hospitalización parcial. Los padres también pueden aprender tales métodos a través de un entrenamiento. Los contratos de contingencias permiten al adolescente y al personal del tratamiento identificar mutuamente problemas concretos y proporcionar refuerzos positivos en intervalos específicos hacia la consecución de determinados objetivos. Estos contratos de contingencias sirven como algo inmediato para que el adolescente se centre en los objetivos del tratamiento y se prepare para su contrato con los padres cuando regrese a casa. Los padres entonces deben continuar con el ejercicio apropiado controlando la conducta del adolescente, proporcionar consecuencias negativas ante la violación de las reglas, y proporcionar recompensas y otros refuerzos positivos para los comportamientos deseados.

Las técnicas aversivas, especialmente las que usan agentes químicos o farmacológicos o shocks eléctricos, rara vez son apropiadas para los adolescentes debido a la frecuencia de las complicaciones y los efectos adversos potenciales, aunque el disulfiram puede ser utilizado como un tratamiento adjunto en casos de buena motivación y altos niveles de apoyo familiar.



- **Terapias psicodinámicas e interpersonales.** No se conoce la efectividad de la psicoterapia psicodinámica para los adolescentes con este trastorno. La psicoterapia interpersonal ha sido utilizada con efectividad en los adultos, según investigaciones de abuso de cocaína y opioides. Este tipo de terapia debe evitarse en adolescentes con comportamiento antisocial significativo.
- **Terapia familiar.** Las intervenciones familiares son críticas para el éxito de cualquier aproximación de tratamiento para los adolescentes con Abuso de Sustancias, porque un gran número de factores relacionados con la familia (un apoyo parental pobre, supervisión parental casi nula y pobre control del comportamiento del adolescente) han sido identificados como factores de riesgo para el desarrollo de abuso de sustancias entre los adolescentes. Aunque existen varias aproximaciones para la intervención familiar en este tipo de trastorno, todas tienen objetivos comunes:
  - Proporcionar psicoeducación sobre el trastorno.
  - Disminuir la negatividad familiar y resistencia al tratamiento.
  - Ayudar a los padres y familia a iniciar y mantener los esfuerzos para llevar al adolescente al tratamiento adecuado y conseguir la abstinencia.
  - Ayudar a los padres y familia a establecer o restablecer estructuras familiares y establecimiento de límites consistentes, así como un control cuidadoso de las actividades y comportamiento del adolescente.
  - Mejorar la comunicación entre los miembros familiares.
- **Grupos de autoayuda.** Los adolescentes que acuden a estos grupos reciben ayuda por parte de adolescentes que ya se han recuperado o antiguos miembros. Estos recuerdan al adolescente las causas negativas del uso, así como los beneficios de la abstinencia. El consejo y el apoyo para evitar o controlar las recaídas también es característica de estos grupos.

#### *¿Cuándo se usa la farmacoterapia?*

Las áreas principales para el uso de farmacoterapia en adolescentes con Abuso de Sustancias son las que siguen: desintoxicación, tratamiento de los efectos de la abstinencia, terapias sustitutivas, contrarrestar los efectos fisiológicos y subjetivos de las sustancias de las que se abusa, y el tratamiento de trastornos psiquiátricos comórbidos.

Los síntomas de abstinencia clínicamente significativos son infrecuentes en los adolescentes. En caso de que los hubiera, su tratamiento es igual que el de los adultos. La terapia sustitutiva en estos casos es muy poco frecuente.

Existe una importante falta de estudios que demuestren la seguridad y eficacia de la farmacoterapia para aminorar los efectos subjetivos de las sustancias, el uso de tales fármacos en los adolescentes debe reservarse sólo para aquellos adolescentes que son completamente dependientes y resistentes a otras formas de tratamiento.

De manera similar, el uso de fármacos aversivos, como el disulfiram, debe estar limitado a adolescentes más mayores y con dependencia del alcohol. El disulfiram debe ser administrado a los adolescentes sólo como una parte de un programa comprensivo de tratamiento y con apoyo familiar adecuado y confianza y motivación por parte del paciente.

La mayoría de adolescentes que requieren tratamiento por Abuso de Sustancias presentan trastornos psiquiátricos comórbidos y por tanto requieren fármacos para estos trastornos.

No obstante, se requiere una evaluación del riesgo de abuso del fármaco bien por el adolescente, su grupo de amigos, o miembros familiares, especialmente ante la presencia de una historia de abuso de fármacos. La supervisión adulta o paternal de la administración de la medicación puede controlar el abuso potencial realizado por el adolescente. El especialista también debe considerar los fármacos con un bajo potencial de abuso.



El uso de fármacos específicos no debe considerarse hasta que se haya hecho una valoración profunda de los beneficios potenciales frente a los riesgos. El especialista debe controlar los efectos adversos de la farmacoterapia y considerar la relación de estos efectos con el uso de sustancias.