

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ATENCION INTEGRAL EN LOS ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

BASTIDAS RODRIGUEZ EMILY ARLETH MÉDICA

> MACHALA 2022

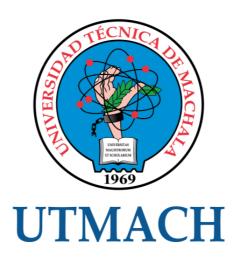


FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ATENCION INTEGRAL EN LOS ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

BASTIDAS RODRIGUEZ EMILY ARLETH MÉDICA

> MACHALA 2022



FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

ATENCION INTEGRAL EN LOS ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

BASTIDAS RODRIGUEZ EMILY ARLETH MÉDICA

GARCIA MALDONADO JORGE ARMANDO

MACHALA, 27 DE OCTUBRE DE 2022

MACHALA 27 de octubre de 2022

ATENCION INTEGRAL EN LOS ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

por Emily Arleth Bastidas Rodríguez

Fecha de entrega: 19-oct-2022 11:08p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1930282503

Nombre del archivo: O_DE_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS_EN_EL_PRIMER_NIVEL_DE_ATENCION.docx

(207.79K)

Total de palabras: 7642

Total de caracteres: 41728

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, BASTIDAS RODRIGUEZ EMILY ARLETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado ATENCION INTEGRAL EN LOS ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 27 de octubre de 2022

BASTIDAS RODRIGUEZ EMILY ARLETH

0704387398

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme la oportunidad de estudiar lo que siempre quise, por brindarme la sabiduría y fortaleza para poder culminar mi carrera universitaria, a mi familia por su apoyo incondicional especialmente en los momentos difíciles, su protección y enseñanzas y a mi compañero fiel en todas estas las largas noches de estudio, gracias Hachi.

Agradezco a la universidad que me abrió sus puertas y me dio la oportunidad de formarme en sus aulas de clases, a mis maestros por transmitirme sus conocimientos no solo académicos, si no también humanos para ser un profesional de calidad. Y un especial agradecimiento a los amigos que hice durante la carrera universitaria, por su compañía, apoyo y trabajo en equipo para finalmente lograr convertirnos juntos en médicos.

RESUMEN:

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública. El grupo más vulnerable son los adolescentes debido a factores de riesgo que los predisponen al consumo de sustancias nocivas. Estudios mencionan que en colegios hasta el 46% de los alumnos son consumidores, un 12% presentan criterios de dependencia. Se reportó que en varios países el 50% consumen alcohol, 5,9% tabaco, 20% marihuana, 2,5% cocaína, y 1,5 a 2,2% crack. En Ecuador estas cifras son similares, alcohol un 20%, 9% marihuana y 3,1% cocaína, 2,9% éxtasis. El objetivo del trabajo es aportar a los trabajadores de la salud una revisión bibliográfica amplia sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes para el manejo integral en el primer nivel de atención. La metodología es de tipo descriptivo con la revisión de la guía de atención integral del consumo nocivo del alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes en Ecuador, así como de artículos científicos en Elsevier, Google Scholar, Pubmed de últimos 5 años obteniendo documentos entre los cuales se destacan los de tipo cuartil Q1 y Q2. El uso de sustancias psicoactivas en adolescentes trae consecuencias para su salud física, mental y desarrollo social. Actualmente el primer nivel de atención cuenta con un protocolo el cual también se aplica para los adolescentes ya que no existe uno específico basado en la captación de pacientes y la atención integral, manejados de manera ambulatoria y ambulatoria intensiva, su seguimiento y campañas de prevención y promoción para este grupo vulnerable.

PALABRAS CLAVE: sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco, drogas, adolescentes, atención primaria, prevención, promoción.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances is a public health problem. The most vulnerable group are adolescents due to risk factors that predispose them to the consumption of harmful substances. Studies mention that in schools up to 46% of students are consumers, 12% have dependency criteria. It was reported that in several countries 50% consume alcohol, 5.9% tobacco, 20% marijuana, 2.5% cocaine, and 1.5 to 2.2% crack. In Ecuador these figures are similar, alcohol 20%, 9% marijuana and 3.1% cocaine, 2.9% ecstasy. The objective of the work is to provide health workers with a comprehensive literature review on the consumption of psychoactive substances in adolescents and comprehensive management at the first level of care. The methodology is descriptive with the revision of the comprehensive care guide for the harmful consumption of alcohol, tobacco and other drugs in adolescents in Ecuador as well as scientific articles in Elsevier, Google Scholar, Pubmed of last 5 years obtaining documents among which the quartile type Q1 and Q2 stand out. The use of psychoactive substances in adolescents has consequences for their physical, mental health and social development. Currently the first level of care has a protocol which also applies to adolescents since there is no specific one based on patient recruitment and comprehensive care, managed on an outpatient and intensive outpatient basis its follow-up and prevention and promotion campaigns for this vulnerable group.

KEY WORDS: psychoactive substances, alcohol, tobacco, drugs, adolescents, primary care, prevention, promotion.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN10
DESARROLLO12
Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes
Factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes13
Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes13
Atención Integral en el primer nivel de atención14
Alcohol15
Tabaco21
Cannabis23
Cocaína y anfetaminas25
Benzodiazepinas29
Manejo psicoterapéutico integral29
Promoción de salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas30
Seguimiento y evaluación31
CONCLUSIÓN32
BIBLIOGRAFÍA34

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicoactivas es un problema que aqueja a la población alrededor del mundo, la cual ha ido incrementando con el paso del tiempo, en especial en los países en desarrollo y vías de desarrollo(1) dando como resultado un problema de salud con consecuencias como: lesiones y accidentes de gravedad, enfermedades, discapacidad, conductas sexuales que ponen en riesgo su bienestar, alteraciones por el consumo de estas sustancias y otros trastornos psiquiátricos como ideas y conducta suicida, entre otras.(2)

Los adolescentes conforman un grupo vulnerable no solo por la influencia del entorno social y los factores de riesgo a su alrededor, sino que también porque se encuentran en una edad clave para el neurodesarrollo. En esta etapa surgen diversos cambios en la maduración funcional, estructural y cognitiva las cuales influyen en su desarrollo y participación social al llegar a la adultez. (3) Así mismo, surge una tendencia a desarrollar conductas poco favorecedoras como poner en riesgo su condición física, sexual, adoptar hábitos poco saludables, sedentarismo, inactividad física, conductas antisociales y el uso de sustancias nocivas.(1)

Según señala la OMS, el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes debe ser un problema de salud pública debido a las consecuencias graves que esta trae para el entorno social y el aumento de muertes prematuras.(4) Estudios realizados internacionalmente en colegios señalan que hasta el 46% de los alumnos consumen estas sustancias, además, aproximadamente un 12% de ellos presentan criterios de dependencia.(2) Para el 2019, el informe sobre el consumo de drogas de las américas reportó varias cifras acerca de su consumo entre los adolescentes por grupos de edades. En las primeras etapas de la adolescencia, que comprende entre 12 a 14 años, es cuando empieza el uso de estas sustancias ilícitas, aumentando la probabilidad de presentar trastornos como el abuso, adicciones y dependencias. En el estudio se demostró que el consumo de alcohol en este grupo de edad desarrolló con el tiempo mayor riesgo de padecer alcoholismo en la edad adulta. En cuanto al tabaco, aquellos entre 12 y 17 años reportaron un menor consumo en relación con grupos de otras edades, sin embargo, se mostró un incremento en el uso de otras sustancias. La marihuana es la sustancia psicoactiva consumida con mayor frecuencia entre este grupo de edad y los adultos, seguida por la cocaína.(5)

El Informe Mundial sobre Drogas de parte de la UNODC, reportó que 247 millones de personas consumieron sustancias ilícitas en el 2015; de las cuales, 29 millones mostraron trastornos

relacionados con su consumo y solo una de cada seis recibe tratamiento.(6) Por esto, su manejo apropiado en el contexto de prevención, supondría un ahorro de costos sociales en contraste con el gasto que este representa en el tratamiento. Este manejo debe llevarse a cabo por profesionales de salud capacitados, en el primer nivel de atención que es donde se reportan la mayoría de pacientes con factores de riesgo predisponentes para los distintos trastornos y patologías que aquejan y perjudican la vida del ser humano. (5)

Su consumo varía en torno a los países y la accesibilidad que hay para cada una de estas sustancias, sin embargo, el riesgo se encuentra siempre presente. (7) El 75% de los adolescentes en varios países del sur y del caribe consumieron alcohol en algún momento de su vida. Para el 2019, en países sudamericanos como Chile, Colombia, Argentina fue del 50%, mientras que, en Canadá, Estados Unidos, fue del 40-50%. Por otro lado, en consumo de tabaco ha ido en disminuyendo con el paso de los años, en Estados Unidos se reportó un consumo de 28,3% para el 1997, mientras que para el 2016 esta cifra descendió a 5,9%, de igual manera en Colombia se reportó el 23% en el 2004 pero para el 2016 alcanzó un 8% debido a la aparición del uso de cigarrillos electrónicos. El consumo de marihuana fue alto para Chile y EEUU con el 20%, mientras que países como Argentina, Canadá, Colombia, México reportaron menos del 20%. El uso de cocaína fue de 2,5% en Chile, Colombia y Canadá, mientras que, en Brasil, México el 2%. Venezuela tuvo el porcentaje más bajo con 0,3%. En otras sustancias como el crack, su consumo fue del 1,5 a 2,2% en Barbados, Haití, Granada y 1 al 1,5% en Panamá, Trinidad. (5)

En Ecuador el consumo de estas sustancias psicoactivas ha sido menor que en otros países, sin embargo, es una práctica que ha traído consecuencias severas por lo que sigue siendo un problema de salud que afecta a estos adolescentes del país. En el 2019, se reportó que el 20% de los adolescentes consumieron alcohol, el 55% de riesgo total de consumir tabaco frecuentemente, el 9% fue reportado por consumo de marihuana y el 3,1% con cocaína. Por otro lado, en el consumo de otras sustancias como crack fue reportado el 1,3%, 2,9% en éxtasis en este grupo de edad. (5) Basado en ese resultado, se han desarrollado normas y políticas que en las que se incorpore un plan nacional que abarque todas las entidades necesarias de forma social y privada para la elaboración de un plan de acción para el manejo de consumidores de sustancias psicoactiva basados en evidencia científica que respalde la acción sobre los mismos, de modo que se pueda intervenir de manera efectiva y brindar una atención digna a todos los que se encuentran en estado de vulnerabilidad, principalmente los adolescentes. (8)

DESARROLLO

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES

El consumo de sustancias psicoactivas supone un riesgo de salud de bastante gravedad especialmente para un grupo vulnerable como son los adolescentes ya que diversos estudios han dado como resultado que la ingesta o uso de estas sustancias a tan temprana edad se convierte en un factor de riesgo aumentando las probabilidades de que se generen adicciones a futuro, así como el descubrimiento de sustancias mucho más peligrosas. (9)

Diversos factores predisponen a este grupo vulnerable al uso de estas sustancias. El resultado de varios estudios ha concluido que esta práctica es más común en la etapa de adolescencia temprana y tardía en comparación con los adultos. Su pico máximo se encuentra aproximadamente entre los 18 y 25 años de edad, esto supone que el riesgo para iniciar con el consumo de estas sustancias es mayor a más temprana edad. (10) Por otro lado, la influencia de género es relevante en su consumo ya que el género masculino experimenta una mayor probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas en relación 3:1 con las mujeres, mientras que ellas consumen mayormente opioides y tranquilizantes sin fines médicos. (11)

Para el 2016, se reportó que alrededor de 250 millones de personas adultas a partir de los 15 años hasta los 64 años hicieron uso de drogas dos años previos de las cuales 29 millones de personas sufrieron las consecuencias, y 207 mil personas murieron.(11) En el último año se ha calculado que 5,5% ha consumido estas sustancias provocando que el 13% de la población mundial padezca algún trastorno.(12)

En México, su uso se ha incrementado considerablemente tomando que la frecuencia de consumo de alcohol es del 43,3%. Entre las más usadas en los adolescentes se encuentran: la marihuana y los inhalables con 23,7% y 22,2% respectivamente.(2) En Colombia, un estudio reveló que durante el último año al menos 3,3% de las personas había consumido marihuana siendo este 5,4% de los hombres y un 1,3% entre las mujeres.(11) Chile cuenta con cifras alarmantes de consumo, ubicando a la marihuana como la sustancia de mayor consumo con 26,8%, seguido por los tranquilizantes sin receta médica con 9,3%, la cocaína con 2,9%, según datos del SENDA.(13)

La adicción a este tipo de sustancias es una situación compleja y más aún cuando se trata de personas jóvenes, la misma que se maneja bajo un contexto más amplio donde se interviene

con el afectado, su entorno, familia y un equipo médico amplio para ser atendido de forma integral planificando las acciones indicadas enfocadas en la reducción de factores de riesgo y futuros daños al adolescente. (14)

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES

Hay factores que desencadenan esta práctica perjudicial para los adolescentes, así como también otros que protegen a este grupo de personas vulnerables y lo que condiciona la susceptibilidad al uso de estas sustancias es la presencia de estos factores de riesgo vs la ausencia de factores protectores ya que se encuentran en la etapa más influenciable por los factores internos y externos.(10) Es la edad donde influye la curiosidad y el deseo de experimentar queriendo así vivir experiencias diversas, así como también situaciones sociales como la presión de los compañeros, escuelas con equipamiento deficiente, bajos recursos económicos, mala relación con padres y familiares, pocas oportunidades de superación; y situaciones personales como la baja autoestima, antecedentes de consumo en el núcleo familiar, rebeldía, problemas con respetar la autoridad, género, aislamiento, tienen también un gran impacto a la hora de tomar decisiones.(15) Por otro lado, los factores de protección son para mantener la buena salud física, mental y social del adolescente. Entre los factores protectores se encuentran: autoestima alta, prácticas religiosas, valores inculcados desde el hogar, moderación, supervisión de padres o representantes, suficiencia académica, campañas en contra del consumo de drogas en la comunidad.(15) La correcta interacción de factores como el entorno social, personal, comunitario y ambientales como la seguridad en el barrio o entorno escolar saludable, es lo que le permitirá una correcta aptitud para afrontar situaciones de riesgo. (10)

CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LOS ADOLESCENTES

El uso de sustancias psicoactivas genera consecuencias tanto a corto como a largo plazo muy perjudiciales para los adolescentes, estos influyen tanto en la parte física como en las relaciones sociales y personales incrementando el riesgo no solo de padecer enfermedades que afecten a los órganos sino que también generando efectos sociales como tendencia al suicidio, pérdida de capacidad para mantener un nivel socioeconómico, malas relaciones interpersonales,

desempleo, reducción de la esperanza de vida, dando comienzo a un círculo vicioso del que se puede generar dependencia. (10)

Una revisión sistemática de estudios longitudinales dio como resultado una serie de efectos que causa el consumo de sustancias. Las de tipo neuronales afectan áreas que se centran en el funcionamiento visuoespacial, atención, planificación, recuerdo y aprendizaje antiguos y memoria. Por su lado, el alcohol, provoca daño neurofisiológico continuo mientras que con el cannabis resultó en un déficit de atención compleja de recuerdo diferido, disfunción visoespacial y ejecutiva.(3) Una investigación realizada en Estados Unidos, mostró que el consumo de polisustancias tiene mayores consecuencias que el consumo individual de las mismas.(16)

ATENCIÓN INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Se refiere la asistencia sanitaria que se brinda a las personas de una comunidad, es el primer contacto que tiene el paciente con un centro de salud el cual tiene como objetivo identificar todos los factores que lo rodean para brindarle un manejo adecuado por medios accesibles y que sea de beneficio tanto para la comunidad como para el estado.(17) Las personas que laboran en el primer nivel de salud son encargados de detectar cualquier patología y sus riesgos para derivarlo a un centro de salud cercano de mayor complejidad donde recibirá una atención médica especializada e individualizada según sea su requerimiento. Luego este paciente retornará con una contrarreferencia por lo que se deberá continuar con su seguimiento y registro del progreso. Esto en función de los sistemas de referencia y contrarreferencia del Ministerio de Salud Pública (MSP), para maximizar la atención de salud y el acceso a los servicios.(18)

Historia clínica completa: considerada la norma de oro por su posibilidad de recopilar información sobre el estado de salud del adolescente presentando información específica y antecedentes, especialmente los de consumo de sustancias. Es necesario que cuente con todo el registro médico para facilitar la información necesaria para su manejo. (19)

Para su ejecución, el entrevistador debe generar conexión o un vínculo para lograr colaboración mutua teniendo en cuenta que esta es el primer acercamiento con el paciente. Esta entrevista es realizada previa explicación sobre el derecho a la confidencialidad y autonomía, se realizará la anamnesis incluyendo toda la información acerca de las sustancias psicoactivas de las que ha hecho uso en el presente o pasado, así como también los datos propiamente incluidos en la misma.(20)

Exámenes complementarios: Son las pruebas ya sea de laboratorio o de imagen que en conjunto con la historia clínica son claves para establecer la condición del adolescente, entre las que se encuentran: Biometría hemática completa, bioquímica sanguínea, baciloscopia, serología para VIH y VDRL, RX, ECG, control de tóxicos en la orina, BHCG, y otros específicos de acuerdo a los requerimientos del paciente.(20)

Diagnóstico: buscando valorar al adolescente de acuerdo a los síntomas para poder encasillar según los criterios internacionales. Para lo que se debe tomar en cuenta la gravedad, dependencia, tipo de sustancia que consume, así como también la calidad de vida que lleva para poder aplicar las distintas escalas. (11)

En la atención primaria de salud (APS) se ha desarrollado un test para evaluar el consumo de sustancias, el ASSIST, basándose en un cuestionario aplicado por el personal de salud a consumidores de sustancias como tabaco, alcohol, drogas, anfetaminas, benzodiazepinas, alucinógenos, opiáceos, entre otros. Este test consta de 8 preguntas con duración de máximo 10 minutos cuyos resultados permiten establecer el nivel de riesgo que está entre bajo, medio o alto para empezar con el protocolo de intervención.(21)

Tratamiento: consiste en la operación directa por medio del manejo médico, psicológico y social para lo cual el adolescente debe estar dispuesto a participar y recibir el manejo indicado. Dependiendo de la condición se decidirá en qué nivel de atención debe ser manejado y una vez dado de alta se realizará un seguimiento continuo para poder lograr una rehabilitación. Este trabajo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario en el que no solo participa el personal de salud, sino también su entorno social.(20)

ALCOHOL

El alcohol etílico es la sustancia psicoactiva de más fácil acceso y alto consumo entre los adolescentes, que se distinguen de los adultos por la gran cantidad que consumen, sumándole el factor de la vulnerabilidad a los que los mismos se encuentran expuestos.(20) La prevalencia de consumo de esta sustancia se presenta en un promedio de los 15 años de edad, en Europa el promedio de consumo oscila entre los 12 y 16 años donde el 25% de estos adolescentes empieza a consumir alcohol a los 13 años. (22) Las tasas más altas de consumo ocurren en países de altos ingresos, en América el consumo oscila el 38% y 21% en África y sureste asiático, mientras que en Japón el 14%. (23)

El consumo de sustancias etílicas tiene un límite que al superarlo se incluye dentro del rango perjudicial lo que puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos de la salud físicos y mentales. (23) El consumo de segundo nivel es considerado ya de riesgo. Se considera ya perjudicial cuando su consumo supera niveles de concentración en sangre (BAC) a 0,08 g/dl, lo que suele superar las 4 bebidas estándar para mujeres y 5 para hombres en 2 horas o 60 gr de consumo en hombres y 40 gr en mujeres.(20)

Tabla Niveles de consumo por género

	Hombres	Mujeres	
Nivel I	0-40 gramos	0-20 gramos	
Nivel II	>40-80 gramos	>20-60 gramos	
Nivel III	> 80 gramos	>60 gramos	

Fuente: Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, 2008 (42)

Tabla Consumo de riesgo por género

-	Hombre		Mujer	
	Gramos	UBE	gramos	UBE
Consumo diario	40	≥4	25	>2-2.5
Consumo semanal	280	>28	170	>17
Consumo esporádico	60	≥6	40	≥4

Modificado de: Manual de adicciones para médicos especialistas en formación, 2010 107/7 Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. 2008. (42)

Tabla Equivalencias de unidades de alcohol y volumen de las bebidas

Tipo de bebida	Volumen	# UBE
Vino	1 vaso (100 ml)	1
	1 litro	10
Cerveza	200 ml	1
	1 litro	5
Vermut, jerez, cremas	1 copa (50 ml)	1
The second secon	100 ml	2
	1 litro	20
Destilados y aguardientes	25 ml	1
(wisky, ron, brandy, vodka,	1 copa (50 ml)	2
puntas, etc)	1 vaso (100 ml)	2
	1 litro	40

Adaptado de: Monografía sobre el Alcoholismo, Barcelona, 2012. (27)

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2016 (20)

De acuerdo a una guía otorgada por la Organización Mundial de la Salud para detectar si un adolescente hace uso de sustancias como el alcohol se debe realizar una indagación con preguntas de fácil comprensión para el paciente en el que se permita determinar la presencia de un patrón de consumo de alcohol, la cantidad consumida y el tiempo, así como los factores de riesgo presentes. Importante recalcar acerca de la confidencialidad de la información. Si las

respuestas son confirmatorias, se debe identificar hay una dependencia un consumo de riesgo o consumo perjudicial del mismo.(24)

Diagnóstico: se basa en la ficha médica que abarca: historia clínica, anamnesis, examen físico sumado al test de detección del abuso de sustancias. Está recomendada, según el protocolo de abuso de sustancias del Ecuador, realizar un tamizaje cada 2 años a aquellos mayores de 10 años, además de recopilar toda información acerca de los antecedentes, factores de riesgo de consumo y efectos que ha tenido en su salud. La exploración se debe realizar minuciosamente para detectar las complicaciones o alteraciones en el estado mental, neurológico básico, nutricional, digestivo, metabólico, piel y mucosas, signos vitales y presencia o riesgo de fallo multiorgánico. (20)

Los test aplicados en el consumo de sustancias son de gran utilidad para identificar el riesgo que tienen los adolescentes. Entre ellos se encuentran: AUDIT, CAGE y MALT.(20) Además, hay un guía de detección muy sencilla que se aplica especialmente para los adolescentes, el NIAAA SG, el cual valora el riesgo que presentan en relación con el alcohol e incluso ha mostrado gran utilidad para la marihuana y el tabaco, según un estudio realizado por William G. Shadel. (25)

En la APS, el ASSIST y el AUDIT son los más utilizados, los cuales son aplicables para adolescentes y adultos. El AUDIT está compuesto por 10 preguntas, posee una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90%, es de mucha utilidad para el consumo de alcohol con gran grado predictivo y en especial en los adolescentes que padecen depresión. Por otro lado, el ASSIST está indicado para el consumo de sustancias en general.(26)

Por otro lado, los marcadores biológicos son útiles para comprobar que tan confiable es lo que se logra detectar en la entrevista con el paciente y nos permiten tener una idea de la gravedad del consumo así como su evolución. Los marcadores más utilizados son el VCM, GGT, GOT, CDT. (20)

DEPENDENCIA O ALCOHOLISMO CRÓNICO:

Por medio de preguntas de fácil ejecución, la presencia de al menos tres de las seis características a continuación determinará un estado de dependencia. Si experimenta un deseo intenso por consumir droga, se dificulta controlar el consumo, se ha presentado un estado de abstinencia cuando ha dejado de consumirla, se requiere dosis cada vez más altas de la misma,

si existe un desinterés por las actividades personales habituales, presencia de consumo consciente a pesar de los daños.(24)

Estudios han concluido que la dependencia también tiene influencia de otros factores como ambientales y familiares, trastornos de estrés postraumático y traumas de familias.(27)

Manejo:

De acuerdo a la OMS, una vez realizada la evaluación, indicar los resultados al adolescente, identificar si hay síntomas que acompañen el cuadro, además de mantener una corta conversación en la que se identifiquen los factores de riesgo, motivos, objetivos y recomendaciones para reducir el consumo a niveles más seguros y como es el objetivo ideal suspender por completo el consumo del mismo, ofrecer un seguimiento, y obtener el consejo o seguimiento por un especialista.(24)

Para la intervención es necesario tener una historia detallada del consumo por medio de la entrevista al paciente, descartar la presencia de intoxicación o abstinencia y consumo excesivo, exámenes complementarios.(24)

Se debe realizar una intervención breve con el objetivo de reducir el consumo del mismo por medio de actividades simples que involucran al paciente y a las personas de su alrededor eliminando bebidas alcohólicas de la casa, limitando las salidas a bares y lugares donde pueda ver acceso al alcohol, pedir que haya acompañamiento para el paciente a la hora de regresar a su hogar. Además, realizar un análisis profundo de las razones por las que el paciente empezó con el consumo del alcohol. Para ellos se involucra directamente a la persona sin prejuicios, dirigiendo la conversación sin emitir juicios de valor, motivando al adolescente. Recomendar grupos de autoayuda, así como herramientas necesarias para su mejoría en cuanto a los factores externos como la vivienda y el ambiente donde se éste se desarrolla.(24)

De acuerdo a la guía del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se debe tener en cuenta las fases de cambio para manejar al paciente de forma correcta, estos se basan en un patrón de escalones que deben ser identificados tanto por el evaluador como por el adolescente para poder definir un objetivo claro. (20)

Las fases de cambio en el alcoholismo y las acciones que se deben tomar:

- Pre contemplación: no hay conciencia sobre el problema.

Se indaga con empatía en la historia de consumo.

- Contemplación: empieza el cuestionamiento sobre el cambio.

Se evalúa objetivamente las consecuencias por medio de la ficha médica.

- Preparación o determinación: tomar la decisión de cambiar.

Se aconseja en base a sus objetivos para conseguir un cambio.

- Acción: se practica el cambio, intentando dejar el alcohol.

Se encamina a través de la auto evaluación diaria donde estima el desarrollo de los objetivos y los ajusta en caso de ser necesario.

- Mantenimiento: constancia y afianzamiento, no hay consumo.

Se debe realizar el seguimiento pertinente. (20)

DESINTOXICACIÓN:

Proceso que atraviesa el paciente al abstenerse del uso del alcohol luego de un consumo extendido como primer paso de su recuperación, en el que manifiestan síntomas como: taquicardia, falta de sueño, ansiedad, pérdida de atención, agitación, alucinaciones, ideas delirantes, convulsiones.(20) Entre las complicaciones más frecuentes: delirium tremens, crisis epilépticas, alucinaciones, pre delirios. (28)

Este proceso presenta 4 etapas:

- I. Primeras 6-24 horas. Síndrome de abstinencia menor: etapa más leve donde aparecen síntomas como temblor, ansiedad, náuseas, vómito, insomnio.
- II. De las 10 a 72 horas. Síndrome de abstinencia mayor: presentan alucinaciones alcohólicas, diaforesis, vómitos, temblor corporal generalizado, hipertensión.
- III. Hasta 48 horas. Síndrome de abstinencia con convulsiones: se presentan en el 60% sin tener antecedentes del mismo y el 3% evoluciona a status epiléptico.

IV. De 2 a 10 días. Etapa de delirium tremens: taquicardia, hipertensión, alucinaciones, confusión global, con alta mortalidad. (20)

Mantener sesiones constantes con una duración de 20 minutos aproximadamente en conjunto con el apoyo de material físico para brindar mejor compresión.(20) Un estudio realizado por la revista Alcohol and Alcoholism demostró que el tratamiento según los síntomas, el tiempo de duración e intensidad se hizo más corto con el uso de benzodiazepinas, esto aplica también para la desintoxicación. (28)

Una revista internacional reportó una escala que es muy utilizada en la evaluación sobre el consumo de alcohol, esta es una versión actualizada, denominada AWA, consta de 11 ítems que evalúa la situación mental y somática del paciente. Es una escala de gran importancia para dar una puntuación y poder determinar si es necesario el uso de las benzodiazepinas. (28)

Recomendaciones: de acuerdo a la evidencia sobre la dependencia del alcohol

- Usar vitamina B12/ácido fólico en alcohólicos con anemia megaloblástica confirmada.
- Usar la escala de CIWA-Ar en pacientes con abstinencia alcohólica.
- Tratamiento ambulatorio en: CIWA-Ar <8 o 9-15 que tengan apoyo médico inmediato.
- La abstinencia leve puede ser tratada ambulatoriamente.
- Tratamiento hospitalario si hay comorbilidades, CIWA-Ar >16 con fallo de órganos.
- Utilizar benzodiazepinas dependiendo del puntaje en el CIWA-Ar.
- Benzodiazepina indicada en pacientes con delirium tremens.
- Realizar exámenes complementarios: función hepática, electrolitos, glucemia, biometría
- No usar antidepresivos/anticonvulsivantes en dependencia sin enfermedades de base.
- A pacientes con dependencia severa, realizar desintoxicación hospitalaria. (20)

Tratamiento: en adolescentes con leve dependencia, consumo aproximado de 15 UBEs en hombres y 10 UBEs en mujeres considerando que un equivale a 10 g de puro etanol, o aquellos con CIWA-Ar <8 no necesitan medicación. Por otro lado, en el síndrome de abstinencia ya

diagnosticado, las benzodiacepinas son el fármaco indicado. Se debe administrar Diazepam de 30 a 80 mg al día por tres tomas diarias o Lorazepam de tres a 15 mg al día. Cuando la puntuación de CIWA-Ar tiene entre 9 a 15 se administra Diazepam 10 mg vía oral y si supera los 16 pts, se da 20 mg vía oral. Se debe valorar periódicamente. Los efectos secundarios que puede provocar son: alucinaciones, dependencia, somnolencia, astenia, mareos, debilidad. El antídoto es el flumazenilo.(20)

Otros fármacos que se pueden administrar son los antiepilépticos, tiamina, anticonvulsivantes como la gabapentina, carbamazepina y betabloqueantes. Para la deshabituación del alcohol de forma compulsiva, se debe complementar con exámenes de laboratorio. (20)

Los medicamentos indicados se deben tomar por al menos 6 meses, suspender si el paciente ha bebido alcohol durante al menos 6 semanas después de haber iniciado el tratamiento, el paciente debe acudir a revisiones cada mes. (20)

- Naltrexona: dosis de 25 mg/día vía oral para iniciar y 50 mg/día de mantenimiento. (20)
- Acamprosato: 1998 mg o 666 mg tres veces al día. (20)
- Disulfiram: uno de los más agresivos. Dosis: de 200 a 250 mg al día vía oral, iniciar de 12 a 24 horas después de su última ingesta de alcohol. (20)

TABACO

El consumo del tabaco es un problema crónico de salud mundial debido a las consecuencias en salud que provoca a una persona que puede llevar a la muerte. Esta sustancia consumida por más de mil millones de personas, reduciendo su calidad de vida y de la que al menos la mitad sufrirá complicaciones que los lleven a la muerte prematura.(29)

Actualmente es la principal causa de muerte prevenible en especial en la adolescencia ya que es la edad donde inicia el hábito a fumar cigarrillos.(30) El componente principal y más perjudicial popularmente conocido es la nicotina, responsable de desarrollar las distintas enfermedades y adicción al cigarro. Esta sustancia al pasar por la circulación y llegar al cerebro es captada por los receptores nicotínicos colinérgicos liberando la dopamina que produce la adicción.(20)

Recomendaciones:

- Los adolescentes deben recibir consejo/motivación por parte del personal de salud al menos una vez al año.
- Identificar los factores de riesgo del adolescente, así como los antecedentes.
- El adolescente debe recibir visitas al odontólogo.
- Destinar al menos cuatro sesiones de terapia.
- Las intervenciones deben ser dadas por un profesional de salud de las distintas áreas.
- El tratamiento farmacológico es para pacientes que consumen más de 10 tabacos al día, con gran dependencia a la nicotina terapia reemplazo de nicotina, bupropión y vareniclina. (20)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Se denomina al trastorno que se produce cuando el adolescente interrumpe el consumo de tabaco luego de haber fumado más de 20 tabacos diarios. Se manifiestan síntomas como: ansiedad, estrés, irritabilidad, depresión y pérdida del placer. (20)

Manejo: se han resumido en las cinco A, según datos del adolescente.

- Averiguar si fuma o no.
- Aconsejar, que deje de fumar.
- Ampliar el diagnóstico indagando si desea o no dejar de fumar.
- Ayudar, intentando que abandone el tabaco.
- Acordar, un seguimiento.(20)

Manejo: enfocado en adolescentes dispuestos a dejar el tabaco. Se imparten charlas y consejos por profesionales de salud. Entre los medicamentos aprobados por la FDA están: bupropión de liberación sostenida, vareniclina, sustitutos de nicotina como chicles, inhaladores, tabletas, spray nasal y parches. Tener en cuenta las contraindicaciones.(20)

Bupropion: tratamiento de primera línea. Tomar dos semanas previas a la fecha fijada para dejar de fumar. Dosis: 300 mg en 2 tomas con duración de siete a nueve semanas.(20)

Vareniclina: de primera línea para la adicción a la nicotina en una dosis de 5 mg al día hasta el tercer día, después dos veces al día y a partir del octavo día una vez al día.(20)

La terapia combinada se basa en el uso de un medicamento de primera línea adicionado al uso de un sustituto de nicotina como el parche para mantener los niveles estables.(20)

CANNABIS

El cannabis es una sustancia ilícita consumida mayormente por adolescentes alrededor del mundo, la cual desde hace siglos había sido utilizada con fines medicinales. Su compuesto es principalmente por cannabidiol qué es la sustancia más abundante pero menos psicoactiva, así como también el delta-9-tetrahidrocannabinol que es el más potente, además de otros 400 componentes. Sin embargo, la composición de esta droga para su consumo ha sido modificada aumentando la concentración de TSH y disminuyendo el cannabidiol para su consumo con efectos nocivos dando como resultado mayores consecuencias psicóticas.(31) En las formas más frecuentes en las que se ha reportado su consumo son la marihuana, el hachís y aceite de hachís. (20)

Es importante considerar las características, la vía de absorción siendo la pulmonar la que actúa con mayor rapidez, seguida de la via oral. Los signos y síntomas que presentan estos pacientes dependen de la fase o cuadro de consumo, esta sustancia puede dar lugar a tres tipos de cuadro como: intoxicación aguda, síndrome de abstinencia y dependencia. (20)

Para la identificación de estos trastornos, se debe contar con una ficha médica detallando el consumo reciente y los daños provocados en la salud. Obtenida la respuesta afirmativa, identificar la presencia de una dependencia, consumo de riesgo o perjudicial. Indicar al paciente los resultados de obtenidos mediante una breve conversación donde se pueda investigar acerca del uso de otras sustancias y determinar los objetivos a los que se desea llegar con el adolescente para realizar la intervención y el seguimiento.(24)

INTOXICACIÓN AGUDA

Es el consumo excesivo de esta sustancia que da como resultado una la toxicidad aguda provocando efectos psiquiátricos, así como físicos como: euforia, relajación, taquicardia,

deterioro cognitivo y memoria a corto plazo, los cuales se presentan dependiendo de la forma de consumo, fuerza del consumidor y antecedentes.(32)

Se caracteriza por tener dos etapas: estimulación y sedación.(20)

Sintomatología: el adolescente manifiesta pánico, agresividad, euforia, ansiedad, alteración de la memoria corto plazo, dificultad en la concentración, confusión; el rendimiento psicomotor se ve afectado con una incoordinación motora, ataxia, disartria, temblores y espasmos musculares. El adolescente se encuentra mucho más propenso a sufrir accidentes, somnolencia, alteraciones cardiovasculares, respiratorias, oculares, gastrointestinales, inmunológicas, endocrinas y del sistema nervioso central.(20)

Si no tiene antecedentes de consumos anteriores los síntomas pueden llegar a ser mucho más fuertes, sin embargo, estos no suelen ser de gravedad y desaparecen de forma espontánea. (20)

Diagnóstico: se debe contar con la ficha médica completa, además del examen toxicológico en orina realizado hasta 3 horas después del último consumo cuyos resultados están disponibles hasta 5 días posteriores. Los exámenes de sangre tienen mayor utilidad más para medir la concentración.(20)

Manejo: se basa más en medidas generales que en medicamentos ya que no existe un fármaco que atenúe, disminuya, o mejore los síntomas. Éste se suele resolver de forma espontánea de 4 a 6 horas posteriores al consumo. Se debe evitar elementos estimulantes, tranquilizar al paciente, mantenerlo en un ambiente adecuado y usar benzodiazepinas en el único caso de que exista una ansiedad importante.(20)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Se manifiesta como resultado de la privación del consumo de esta sustancia con sintomatología leve ya que su efecto desaparece lentamente en el organismo, sin embargo, pocos de los consumidores crónicos o aquellos que consumen grandes cantidades de cannabis presentan sintomatología pasado los dos días de empezar con la abstinencia, esta puede llegar a su punto máximo a los 6 días y dura hasta 21 días.(20)

Varios estudios han concluido que la abstinencia a esta sustancia ha brindado resultados positivos a la primera semana de la privación de su consumo en cuanto al aprendizaje verbal.

Además, se demostraron también efectos positivos en el rendimiento académico y funcional que pueden ser atribuibles a una mejoría en la cognición.(33)

Sintomatología: temblor, hipotermia, sudoración, dolor, inestabilidad, insomnio, agresividad, pérdida apetito.(20)

DEPENDENCIA

Este cuadro se le atribuye en su gran mayoría a aquellos consumidores crónicos o de grandes cantidades de drogas de cannabis y afecta un poco más de forma general incluso puede dar como resultado defectos electrocardiográficos. (20) Por medio de preguntas de fácil ejecución, la presencia de al menos tres de las seis características a continuación determinará un estado de dependencia. Si experimenta un deseo intenso por consumir droga, se dificulta controlar el consumo, se ha presentado un estado de abstinencia cuando ha dejado de consumirla, se requiere dosis cada vez más altas de la misma, si existe un desinterés por las actividades personales habituales, presencia de consumo consciente a pesar de los daños.(24)

Diagnóstico: se basa en la ficha médica detallada además de la evaluación psicológica pertinente a los adolescentes.(20)

Manejo: se basa en la terapia psicológica parte del personal de atención primaria realizando sesiones terapéuticas de ayuda con el mismo procedimiento que en el manejo del alcohol para el control, rehabilitación, seguimiento y en un futuro prevención de recaídas. No existe actualmente fármaco específico para el tratamiento de este trastorno por lo que es importante un manejo minucioso.(20) De acuerdo a la OMS, se debe interferir con una atención breve más intensiva en la que se requieren tres sesiones con duración de al menos 45 minutos cada uno, tratar los síntomas de abstinencia y coordinar la desintoxicación en caso de ser necesario.(24)

Complicaciones: ansiedad, depresión, trastorno bipolar, deterioro cognitivo y rendimiento académico, falta de motivación, psicosis, delirios, sueño, suicidio y dolencias físicas.(20)

COCAÍNA Y ANFETAMINAS

Cocaína

Es un alcaloide derivado de las hojas de la Erytroxilon coca, esta actúa bloqueando la transmisión nerviosa llegando actuar como un anestésico e inhibidor del sueño. (20) Esta

sustancia crece principalmente en regiones montañosas de Sudamérica considerada una de las más adictivas y viene en las presentaciones: polvo y crack principalmente, aunque también se ofertan en forma de hojas de coca, clorhidrato de cocaína, pasta de coca y la cocaína base, dependiendo de las cuales surgen sus efectos y la rapidez con la que actúan. En las calles es conocida comúnmente como snow, flake, candy, entre otros.(34)

Sintomatología: midriasis, visión borrosa, taquicardia, hipertensión, broncodilatación, retención urinaria, liberación de ácidos grasos libres, hiperglucemia, sudoración, euforia, sensación de agudeza mental, anorexia, incremento de la autoestima, ansiedad.(20)

Complicaciones: aparatos cardiaco, respiratorio, neurológico, renal, rabdomiolisis, hipertermia.(20)

INTOXICACIÓN AGUDA

Se manifiesta por el consumo prolongado y excesivo que consumen cocaína de forma inhalatoria o parenteral a dosis que no son toleradas o no consumidas de forma habitual y en casos graves puede llegar hasta la muerte.(20) Se divide en 3 fases:

- I. Estimulación inicial, ocurre durante los primeros minutos presentándose con: hipertermia, taquipnea, euforia, excitación, tensión arterial elevada, taquicardia, palidez, cefalea, bruxismo, náusea y vómito.
- II. Estimulación avanzada, ocurre en los 30 a 60 minutos después del consumo presentando: taquipnea, disnea, respiración irregular, hipertermia, encefalopatía.
- I. Depresión, sucede 1 o 2 horas después del consumo manifestando paro respiratorio, edema pulmonar masivo, cianosis, pérdida de signos vitales, fibrilación ventricular y asistolia.

Diagnóstico: La ficha médica es indispensable además de incluir los exámenes complementarios necesarios para evaluar el estado general del adolescente donde se incluye: hemograma completo, tiempos de coagulación, bioquímica general, función hepática y renal, enzimas, serología, B HCG en mujeres, ECG, Rx y baciloscopia.(20)

Manejo: sintomático, dependiendo de la severidad y las posibles complicaciones.

Se deben mantener los signos vitales y estabilizar, mantener la tranquilidad en el paciente y referir a otro hospital de mayor complejidad de ser necesario por gravedad de síntomas. El uso de las benzodiazepinas se reserva únicamente si el caso lo amerita.(20)

Recomendaciones para el manejo de pacientes que presentan complicaciones:

- Si las benzodiazepinas no controlan la ansiedad, administrar relajantes musculares.(20)
- Si hay sintomatología neurológica, realizar una TAC.(20)
- Usar antídotos para revertir ciertas intoxicaciones específicas.(20)
- No utilizar betabloqueantes adrenérgicos y antagonistas dopaminérgicos. (20)
- Siempre realizar valoración por psicología. (20)
- No usar antidepresivos, anticonvulsivantes y agonistas de la dopamina. (20)
- Valorar antecedentes o riesgo de consumo de cocaína en los centros de salud. (20)
- No suspender tratamiento en los pacientes con depresión. (20)
- En pacientes con enfermedad psiquiátrica, recomendado el uso de antipsicóticos. (20)
- Para el uso de disulfiram, confirmar la suspensión del consumo de alcohol. (20)
- No utilizar la naltrexona para reducir el consumo de la cocaína. (20)
- Evitar interacciones farmacológicas con la metadona. (20)
- Tener en cuenta a los pacientes que reciben tratamiento con opiáceos. (20)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Interrupción brusca del uso de cocaína presentando sintomatología con efectos contrarios a aquellos que se obtiene con el consumo de la misma, aunque ellos suelen presentar un cuadro leve se debe tener en cuenta las complicaciones que pueden presentar.(20)

Fases del síndrome de abstinencia:

- I. Abstinencia aguda, aparece en las primeras 12 horas después del primer consumo.Se manifiesta con: irritabilidad, deseo de dormir, depresión, anorexia, astenia, apatía, agotamiento, craving de cocaína decreciente.
- II. Abstinencia retardada, aparece a partir del sexto día y puede durar hasta 10 semanas. Manifestaciones: disforia leve, se encuentra ansioso, irritable y el deseo de consumir cocaína es tan alto que puede llegar a recaer.
- III. Extinción, fase de duración indefinida. Manifestaciones: deseo esporádico de consumo, eutimia, craving esporádico y en ocasiones irresistible.

Diagnóstico: la ficha médica es fundamental además de los exámenes complementarios que puedan ayudar o apoyar en lo que se va a realizar.(20)

Manejo: se realiza de forma ambulatoria en la mayoría de los casos a excepción de que el paciente requiere manejo ambulatorio intensivo, residencial o incluso ingreso hospitalario el cual será manejado por un centro de mayor complejidad.(20)

El tratamiento farmacológico se administra únicamente en pacientes que presenten una sintomatología mayor y se haya descartado una enfermedad psiquiátrica. Está autorizado el uso de benzodiazepinas bajo control, así como antidepresivos y antipsicóticos. También se puede administrar: ácido acetilsalicílico para reducir la agregación plaquetaria, inhibidores de la recaptación de serotonina para la depresión y relajantes o miorrelajantes para mejorar la calidad de sueño del paciente. En los pacientes con dependencia, aunque no se cuenta con un tratamiento específico la evidencia indica que se puede prescribir medicamentos que modifican el sistema dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico y eutimizantes.(20)

Anfetaminas

Es un tipo de sustancia psicoactiva cuyo objetivo es estimular y acelerar el metabolismo del ser humano. Su objetivo terapéutico es tratar los trastornos de hiperactividad, sin embargo, con el paso del tiempo y la accesibilidad a estas sustancias han sido ahora usados con fines ilícitos. Una de las formas más popularmente conocidas es el éxtasis, la cual ha sido de alta popularidad en el mercado. (20)

Manejo: al tener una acción similar a la cocaína, el manejo es similar. En la dependencia de esta sustancia, el tratamiento será sintomático y dependerá del receptor que se haya activado.

Para ello se usará agonistas dopaminérgicos al presentar disforia o anergia; antidepresivos tricíclicos cuando al haber depresión con comportamiento compulsivo y disforia o inhibidores de la recaptación de serotonina en aumento de la impulsividad.(20)

BENZODIAZEPINAS

Son activos originalmente usados con fines terapéuticos de tipo ansiolítico, hipnótico, sedante, relajante muscular y anticomicial, para el tratamiento de patologías y se prescriben con mucho cuidado por el riesgo de dependencia que se puede llegar a producir, así como los efectos secundarios. El consumo de altas dosis de la misma o por un tiempo prolongado provocan dependencia o problemas de salud.(20)

DEPENDENCIA A LAS BENZODIAZEPINAS

Es un tipo de adicción que se presenta ante el consumo excesivo o prolongado de la misma. Para ello se debe tomar en cuenta la droga propiamente con sus características, las consecuencias que se han presentado desde su uso, así como la respuesta fisiológica del adolescente. Las manifestaciones son psíquico-físicas agudas y crónicas de las cuales se determinará el mejor mejor plan de intervención para el paciente.(20)

Manejo: es imprescindible la ficha médica completa, los exámenes complementarios y las evaluaciones psicológicas pertinentes para tener en cuenta las consecuencias que se pueden producir. El tratamiento para estos pacientes se realiza de la misma manera que en el uso de las otras sustancias, basándose en el modelo del manejo del alcohol.(20)

MANEJO PSICOTERAPÉUTICO INTEGRAL

- Modalidad ambulatoria

En el tratamiento de las personas con consumo de sustancias psicoactivas, en los que incluyen a aquellos que consumen sustancias en una cantidad manejable, que ya haya recibido tratamiento o que ha mejorado, pero por cuestiones personales no pueden seguir un tratamiento de manera completa. (20)

- Modalidad ambulatoria intensiva

Aplicable en pacientes que consumen sustancias psicoactivas, pero con alto consumo por ende severidad los cuales pueden ser manejados de forma ambulatoria pero que requieren cuidados especiales por lo que requerirán un centro de mayor complejidad por lapso corto de tiempo. (20)

Modalidad residencial

Se aplica para aquellas personas a las que no es posible realizar un tratamiento domiciliario debido a las diversas dificultades que se presentan especialmente los que obstaculizan para alcanzar los objetivos propuestos como un sistema de apoyo débil o ausente, intentos repetitivos pero fallidos de abandonar el consumo de sustancias, que su único interés sea consumir, debilidad para generar responsabilidad. (20)

Los criterios de exclusión para recibir el manejo ambulatorio, ambulatorio intensivo o residencial son: retraso mental moderado, retraso mental grave, trastornos orgánicos que requieren manejo médico inmediato y trastornos mentales graves que se encuentran descompensados o denominados auto agresivos. (20)

PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Según el modelo de atención integral de salud (MAIS) existen diversas acciones que se pueden realizar para la promoción de salud en estos pacientes:

- Campañas educativas cuyo propósito sea informar a los adolescentes y la comunidad
- Actividades para dar a conocer los estilos de vida saludables
- Actividades recreativas para promover hábitos saludables
- Grupos juveniles para realizar convivencias o movimientos sociales
- Incluir a otras entidades públicas como el Ministerio de Inclusión Económica y Social, así como el Ministerio de salud Pública para exigir derechos de los adolescentes
- Grupos de apoyo para el cuidado de sí mismos y sus semejantes del riesgo de consumir drogas.
- Ferias de salud tanto institucionales como comunitarios.
- Actividades de integración generacional para la comunidad

- Actividades de desarrollo comunitario para generar ambientes saludables
- Realizar un análisis situacional para establecer objetivos de gestión
- Formar el propio comité local de salud de forma que se pueda promover la misma y prevenir el uso de sustancias psicoactivas en los y las adolescentes

Es importante manejar este tipo de pacientes desde un punto de vista integral de manera que se pueda abordar al paciente y a su entorno para evitar recaídas. (20)

Se debe realizar:

- Terapia cognitivo conductual para desarrollar habilidades sociales y de enfrentamiento para la vida diaria.
- Exponer al paciente a señales tanto internas como externas
- Capacitar o motivar al paciente para prevenir recaídas.
- La intervención de forma ambulatoria o ambulatoria intensiva debe llevar un proceso con pasos que se deben seguir para el manejo de estos pacientes. Por lo que se debe intervenir en sesiones tratando de abarcar no solamente la psicoterapia individual del paciente sino también la familiar, social, grupal, ocupacional y comunitaria. (20)

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El primer nivel de atención no sólo se encarga de captar el paciente sino también de realizarle el respectivo seguimiento y evaluación en tiempos determinados. Esto sucede luego de que el paciente ha sido dado de alta por el servicio con una recuperación favorable dentro de lo que se puede lograr en los pacientes. La tarea que tiene este equipo de salud es realizar el posterior seguimiento y evaluación el cual puede ser en su preferencia que el equipo disciplinario visite el hogar del paciente para así poder registrar el avance y poder intervenir si este así lo requiere. (20)

CONCLUSIÓN

El uso de sustancias psicoactivas en adolescentes es un problema que afecta a jóvenes alrededor del mundo provocando consecuencias severas para su salud física, mental y desarrollo social. Con el paso del tiempo su consumo ha ido aumentando debido a los factores de riesgo presentes en la vida de cada uno de ellos y se hace más evidente la falta de factores protectores en este grupo de edad vulnerable.

Actualmente las unidades de primer nivel utilizan el protocolo "Atención integral del consumo nocivo del alcohol, tabaco y otras drogas" como una herramienta de cumplimiento obligatorio que permite al personal de salud detectar, evaluar, manejar y dar seguimiento a jóvenes y adolescentes del Ecuador que se encuentran inmersos en el consumo de sustancias psicoactivas ya sea de alcohol, tabaco o drogas ilícitas para realizar un manejo integral completo que se extienda hasta su recuperación, permitiéndole superar esta condición.

En cuanto a la captación de pacientes, la aplicación de la historia clínica, el examen físico y las escalas psicoterapéuticas de predicción son fundamentales para detallar correctamente la condición del paciente, así como los factores de riesgo y antecedentes de consumo. El ASSIST es una herramienta accesible, de fácil manejo, invierte muy poco tiempo y es de mucha utilidad en el primer nivel de atención, especialmente para el medico comunitario, permitiendo hallar de forma temprana las alteraciones que surgen por consumo de sustancias psicoactivas aportando una idea clara de la condición del mismo, y de forma especial del adolescente.

El equipo de salud que conforma el primer nivel de atención es el encargado de brindar la asistencia médica a gran parte de la población, detectar los factores de riesgo y brindar la atención adecuada a los pacientes vulnerables. En la atención a los adolescentes que presentan abuso de sustancias psicoactivas, aplican todos los instrumentos de evaluación que les permite definir los factores de riesgo y consecuencias que ha producido el consumo para brindar una atención integral ambulatoria y ambulatorio intensivo, y en casos que no hay capacidad resolutiva referir a segundo nivel de atención si el adolescente requiere atención integral especializada o a centros que brindan atención residencial. El seguimiento a estos adolescentes es aplicado por el personal del primer nivel de atención para monitorear su progreso, mantenimiento y recuperación.

La prevención es una herramienta clave con la que se trabaja en la atención primaria en salud por la accesibilidad con la que se cuenta en la comunidad y la apertura para trabajar y evitar el desarrollo de muchas patologías o trastornos por medio de campañas educativas informativas, actividades sobre el estilo de vida saludables, grupos juveniles o movimientos sociales, grupos de apoyo, ferias de salud y comité local para educar a los jóvenes sobre los efectos nocivos del consumo de sustancias psicoactivas y las consecuencias en la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Ma C, Bovet P, Yang L, Zhao M, Liang Y, Xi B. Alcohol use among young adolescents in low-income and middle-income countries: a population-based study. The Lancet Child and Adolescent Health [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2022 Oct 6];2(6):415–29. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30112-3/fulltext
- 2. Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P, de la Fuente-Martín A, Gómez-Martínez R. Substance use in adolescents: Considerations for medical practice [Internet]. Vol. 34, Medicina Interna de México. Comunicaciones Científicas Mexicanas S.A. de C.V.; 2018 [cited 2022 Oct 8]. p. 264–77. Available from:ttps://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-48662018000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- 3. Debenham J, Birrell L, Champion K, Lees B, Yücel M, Newton N. Neuropsychological and neurophysiological predictors and consequences of cannabis and illicit substance use during neurodevelopment: a systematic review of longitudinal studies [Internet]. Vol. 5, The Lancet Child and Adolescent Health. Elsevier B.V.; 2021 [cited 2022 Oct 7]. p. 589–604. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00051-1/fulltext
- 4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas [Internet]. Quito Ecuador; 2021 [cited 2022 Sep 28]. Available from: http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/planesNacionales/Ecuador_PlanesNacional_de_Prevencion_Integral_y_Control_del_Fen%C3%B3meno_Socio_Econ%C3%B3mico_de_las_Drogas_2017_2021.pdf
- 5. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), Organización de los Estados Americanos (OEA). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 3]. 2–311 p. Available from: http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20 drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf

- 6. José A, Iglesia V, Alberto C, Lezcano V, Hernández Martínez D, Ernesto Álvarez Gómez A, et al. Artículo de revisión Drogas, un problema de salud mundial Drugs, a global health problem. Mayo-Agosto [Internet]. 2018;14(2):168–83. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7079919
- 7. Jouanjus E, Falcou A, Deheul S, Roussin A, Lapeyre-Mestre M. Detecting the diverted use of psychoactive drugs by adolescents and young adults: A pilot study. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2022 Oct 6];27(11):1286–92. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30255533/
- 8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo para la Implementación del Programa de prevención integral del uso y consumo de Alcohol, Tabaco u otras Drogas en los espacios laborales públicos y privados. [Internet]. Quito Ecuador; 2020 Apr [cited 2022 Sep 28]. Available from: 8. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/12/instructivo para implementacion programa prevencion drogas en el ambito laboral 06.04.2020-1.pdf
- 9. Rodríguez-Ruiz J, Zych I, Llorent VJ, Marín-López I. A longitudinal study of preadolescent and adolescent substance use: Within-individual patterns and protective factors. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Oct 2];21(3). Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1697260021000326?via%3Dihub
- 10. UNODC Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas [Internet]. Informe Mundial Sobre las Drogas. 2018 [cited 2022 Sep 27]. p. 1–22. Available from: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- 11. MINSALUD - Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito ONUDC. Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de drogas [Internet]. Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social. 2018 [cited 2022 Sep 27]. 7-68. Available from: p. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrat egia-orientacion-jovenes-consumo-drogas.pdf

- 12. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021 [Internet]. Vol. No. E.21.XI.8. 2021 [cited 2022 Sep 27]. Available from: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf
- 13. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 [Internet]. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Santiago Chile; 2021 [cited 2022 Oct 4]. Available from: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf
- 14. Conceição DS, Andreoli SB, Esperidião MA, Santos DN dos. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 4];27(2):e2017206. Available from: https://www.scielo.br/j/ress/a/6wV5ht3WNJww8wkFtfbNXsJ/?lang=pt
- 15. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Oct 11];21(1). Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11906-2
- 16. Schick MR, Goldstein SC, Nalven T, Spillane NS. Alcohol- and drug-related consequences across latent classes of substance use among American Indian adolescents. Addictive Behaviors [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Oct 13];113. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8392693/
- 17. Ariel Franco JV, Granero M, Musarella NS, Fernández CA, Weisbrot MV, Arceo MD. Determinants of the choice of the first level of care in medicine as a field of training and work: A qualitative study. Atención Primaria [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Oct 10];54(2). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34798405/
- 18. Molina Guzmán A. Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Íconos Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2019 Jan 7 [cited 2022 Oct 12];(63):185–205. Available from: https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/3070

- 19. Nguyen TQ, Simpson PM, Braaf SC, Cameron PA, Judson R, Gabbe BJ. Level of agreement between medical record and ICD-10-AM coding of mental health, alcohol and drug conditions in trauma patients. Health Information Management Journal [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2022 Oct 8];48(3):127–34. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673266/
- 20. Ministerio de Salud Pública. Atención Integral del Consumo Nocivo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas [Internet]. Dirección Nacional de Normatización. Quito Ecuador; 2016 [cited 2022 Sep 27]. Available from: https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2021/09/Acuerdo-00030-Protocolo-tabaco-fusionado.pdf
- 21. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. [Internet]. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE), editor. Washington, D.C: OPS, Of. Regional de la Organización Mundial para la Salud; 2011 [cited 2022 Sep 28]. 2–68 p. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf
- 22. Spear LP. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Sep 28];19(4):197–214. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29467469/
- 23. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior [Internet]. Vol. 192, Pharmacology Biochemistry and Behavior. Elsevier Inc.; 2020 [cited 2022 Oct 5]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179028/#:~:text=Alcohol%20use%20during%20adolescents.
- 24. World Health Organization. MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2011 [cited 2022 Oct 4]. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071
- 25. Shadel WG, Seelam R, Parast L, Meredith LS, D'amico EJ. Is the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Screening Guide Useful for Identifying

Adolescents at Risk for Later Cigarette Smoking? A Prospective Study in Primary Care Clinics. J Addict Med [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Oct 11];13(2):119–22. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30273256/

- 26. Liskola J, Haravuori H, Lindberg N, Kiviruusu O, Niemelä S, Karlsson L, et al. The predictive capacity of AUDIT and AUDIT-C among adolescents in a one-year follow-up study. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Oct 10];218. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33257195/#:~:text=Results%3A%20The%20sensitivity%20of%20AUDIT,test%20posterior%20probability%20was%200.13.
- 27. Subbie-Saenz de Viteri S, Pandey A, Pandey G, Kamarajan C, Smith R, Anokhin A, et al. Pathways to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence: Trauma, executive functioning, and family history of alcoholism in adolescents and young adults. Brain Behav [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Oct 5];10(11). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32990406/
- 28. Soravia LM, Wopfner A, Pfiffner L, Bétrisey S, Moggi F. Symptom-triggered detoxification using the alcohol-withdrawal-scale reduces risks and healthcare costs. Alcohol and Alcoholism [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Oct 8];53(1):71–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29281047/
- 29. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2022 Dec 24 [cited 2022 Oct 6];8(1):19. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35332148/
- 30. Leal-López E, Sánchez-Queija I, Moreno C. Trends in tobacco use among adolescents in Spain (2002 2018). Adicciones [Internet]. 2019 [cited 2022 Oct 13];31(4):289-297–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31017995/
- 31. Wilson J, Freeman TP, Mackie CJ. Effects of increasing cannabis potency on adolescent health. Lancet Child Adolesc Health [Internet]. 2019 Feb [cited 2022 Oct 6];3(2):121–8. Available from: https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30342-0/fulltext#:~:text=Epidemiological%20and%20experimental%20evidence%20demonst rates,the%20severity%20of%20cannabis%20dependence.

- 32. Baraniecki R, Panchal P, Malhotra DD, Aliferis A, Zia Z. Acute cannabis intoxication in the emergency department: the effect of legalization. BMC Emerg Med [Internet]. 2021 Dec 17 [cited 2022 Oct 6];21(1):32. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33731003/#:~:text=Conclusions%3A%20Legalization%20was%20not%20associated,trends%20among%20specific%20age%20groups.
- 33. Schuster RM, Gilman J, Schoenfeld D, Evenden J, Hareli M, Ulysse C, et al. One Month of Cannabis Abstinence in Adolescents and Young Adults Is Associated With Improved Memory. J Clin Psychiatry [Internet]. 2018 Oct 30 [cited 2022 Oct 6];79(6). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30408351/
- 34. Ryan SA. Cocaine Use in Adolescents and Young Adults. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2019 Dec [cited 2022 Oct 2];66(6):1135–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31679603/