

# USO DE OTRAS SUSTANCIAS

**Wai-him Cheung, Anna Kit-sum Lam & Se-fong Hung**

**Edición: Laura Borreda Belda y Matías Irrázaval**

**Traducción: Irene Zanón Montesino, María García Martín,  
Manuel Antonio Fernández Fernández**



Wai-him Cheung MBBS,  
MRCPsych (UK), FHKAM  
(Psychiatry), FHKCPsych

Associate Consultant, Kwai  
Chung Hospital, Hong Kong

Conflict of interest: none  
declared

Anna Kit-sum Lam MBBS,  
MRCPsych (UK), FHKAM  
(Psychiatry), FHKCPsych

Honorary Clinical Assistant  
Professor, Department of  
Psychiatry, Li Ka Shing Faculty  
of Medicine, The University of  
Hong Kong, Hong Kong

Conflict of interest: none  
declared

Se-fong Hung MBBS,  
FRCPsych (UK), FHKAM  
(Psychiatry), FHKCPsych

Consultant of Child and  
Adolescent Psychiatrist &  
Honorary Clinical Professor,  
Department of Psychiatry, The  
Chinese University of Hong  
Kong, Hong Kong

Conflict of interest: none  
declared

Esta publicación está destinada a profesionales en formación en Salud Mental y no al público en general. Las opiniones expresadas corresponden a los autores y no representan necesariamente los puntos de vista del editor o de la IACAPAP. Esta publicación pretende describir las mejores prácticas y tratamientos basados en la evidencia científica disponible en el momento de la elaboración y podría cambiar en función de nuevas investigaciones. Los lectores han de aplicar estos conocimientos de acuerdo a las guías clínicas y legislación de su país. Algunos fármacos podrían no estar disponibles en algunos países; además, se deberá consultar la información específica de la medicación ya que no se mencionan todas las dosificaciones y efectos secundarios. Las organizaciones, publicaciones o las páginas web se citan para ilustrar determinadas cuestiones o como fuente para ampliar información. Esto no significa que los autores, el editor o la IACAPAP avalen su contenido o sus recomendaciones, cuestión que debe ser evaluada de forma crítica por el lector. Las páginas web también podrían cambiar o desaparecer.

© IACAPAP 2017. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia Creative Commons Attribution Non-commercial License. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Cita sugerida: Cheung W, Kit-sum Lam A, Hung S. Uso de otras sustancias (Borreda Belda L, Irrázaval M, eds. Translated by Zanón Montesino I, García Martín M, Fernández Fernández MA). En Rey JM (ed), *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Afines de Niños y Adolescentes, 2017.

Estudios epidemiológicos han demostrado que el uso de sustancias es común entre los adolescentes y que la edad de inicio está decreciendo; como consecuencia, una proporción bastante significativa de éstos han desarrollado un patrón de uso habitual. Es bien conocido que algunas sustancias psicoactivas tienen efectos particularmente perjudiciales en la salud mental y en las funciones cognitivas, lo cual aumenta la carga de los servicios de salud mental infanto-juvenil. Este capítulo focaliza su atención principalmente en el uso de sustancias, excluyendo al alcohol y al cannabis, tales como: anfetaminas, benzodiazepinas, cocaína, codeína, opiáceos, drogas “recreativas” (GHB, MDMA, Ketamina y mefedrona), alucinógenos e inhalantes. Los términos “sustancia” y “droga” son utilizados de manera intercambiable.

## EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del uso de sustancias en adolescentes varía ampliamente en los distintos estudios epidemiológicos. El estudio “Monitoring the Future” (MTF) es una encuesta anual a gran escala, representativa de muestras nacionales de estudiantes de secundaria en EEUU, que lleva realizándose desde 1975. En 2010, un 16.8% de los participantes había consumido alguna vez una sustancia ilegal; excluyendo a la marihuana, un 11.8% lo había hecho en el último año y un 5.7% en los últimos 30 días (Johnson et al, 2011). El uso de inhalantes (pegamento, acetona, gasolina, disolventes, butano y propelentes) es muy común entre los adolescentes más jóvenes. Entre los encuestados en 2010 el 7.8% de los estudiantes de 2º de secundaria reconocían haber consumido inhalantes hacia el final de 6º de primaria, no obstante, el uso tendía a descender a medida que los adolescentes aumentaban su edad. Otro hallazgo importante fue la proporción de estudiantes de 2º de bachillerato que reconocían consumir drogas psicotrópicas de prescripción médica (p.ej. anfetaminas, sedantes, tranquilizantes y narcóticos excluyendo a la heroína). Un 15% las utilizaba sin ningún tipo de supervisión médica, proporción que ha aumentado ligeramente desde un 14.4% en 2009.

Se ha demostrado una tendencia similar en el uso decreciente de los inhalantes conforme aumenta la edad en estudiantes australianos; mientras el 11% de los estudiantes de 12 años habían consumido inhalantes en el último mes, sólo un 4% de los estudiantes de 17 años lo había hecho recientemente (White & Smith, 2009). La encuesta también muestra que un 5% de los estudiantes de 13 o más años habían consumido tranquilizantes en el último mes y un 2% de los estudiantes de 15 o más años había consumido anfetaminas en el último mes. Otra encuesta anual (Fuller, 2011) para monitorizar el uso de tabaco, alcohol y otras drogas en alumnos de secundaria de 11 a 15 años en Inglaterra mostró que un 18% de los estudiantes había consumido drogas alguna vez, un 12% lo había hecho en el último año y un 7% en el último mes; mientras que un 3.8% había esnifado inhalantes en el último año, menos del 2% había utilizado otras drogas. Una encuesta llevada a cabo en tres escuelas de formación profesional (edades de 15-21 años) en Tailandia en 1999, reflejó que un 29% de los estudiantes confesaba haber consumido alguna vez metanfetaminas. La prevalencia de resultados positivos en test de tóxicos en orina fue de un 10% en el caso de la metanfetamina, mientras que para los opiáceos el porcentaje de positivos fue bajo (0.2%) (Griensven et al, 2001).

## INHALABLES

Los inhalables son sustancias químicas cuyas vías de administración más frecuentes son la inhalación o la aspiración. Típicamente se clasifican en cuatro grupos: solventes volátiles, gases, nitritos y aerosoles. Los solventes volátiles son líquidos que se vaporizan al momento de exponerse a la intemperie como la gasolina, los pegamentos, los correctores líquidos, los marcadores y los removedores. Los gases incluyen butano, propano, éter, cloroformo, óxido nítrico, helio, etc. Los aerosoles comprenden productos sólidos, líquidos o gaseosos que se descargan por la fuerza propelente de un gas a través de una válvula, por ejemplo desodorantes, lacas para el cabello, pinturas en aerosol, etc. Por último se encuentra el grupo de los nitritos, coloquialmente conocidos como *poppers*. Los tipos más comunes son el amil nitrito, el iso butil nitrito y el butil nitrito. El nombre “*poppers*” es onomatopéyico, derivado del ruido que se produce al romper la ampolla que contiene el amil nitrito.

En Hong Kong, se lleva a cabo una encuesta entre los estudiantes de primaria (de 9 a 11 años) y de secundaria (12-18 años) cada cuatro años. La encuesta de 2008/09 (Narcotics Division of Security Bureau of Hong Kong, 2011) mostró que la proporción de consumo alguna vez en la vida y en los últimos 30 días en los estudiantes de secundaria fue del 4.3% y del 1.5% respectivamente; y la proporción entre los estudiantes de los últimos cursos de primaria fue del 1.6% y 0.5% respectivamente. Entre los estudiantes de educación secundaria que consumían drogas, el 15.6% afirmaba haber iniciado el consumo a los 10 años o antes. En contraste con sus equivalentes Europeos o Americanos, los estudiantes de secundaria en Hong Kong consumían más ketamina (49.4%) que cannabis (35.6%) y los estudiantes de los cursos superiores de primaria preferían medicinas para la tos (37.5%) y narcóticos (30.7%).



Haz clic en la imagen para ver un vídeo sobre los efectos del uso de drogas (en español 19:16)

## HISTORIA NATURAL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

El seguimiento durante 19 años de una cohorte con población representativa nos proporciona cierta evidencia sobre la historia natural del uso de drogas desde la adolescencia hasta la edad adulta (Chen & Kandel, 1995). El mayor periodo de riesgo para la iniciación en el consumo de cigarrillos, alcohol y marihuana es, en la mayoría de casos, antes de los 20 años. El uso de otras drogas también comienza y termina antes del final de la década de los 20. Tanto la prevalencia de alta frecuencia de consumo, como la cantidad durante periodos de consumo intenso en la mayoría de la sustancias (excepto los cigarrillos), descienden en la etapa adulta. La prevalencia de consumo de psicotrópicos de prescripción médica no parece verse afectada con la edad y las tasas de consumo son considerablemente más altas en mujeres que en hombres. Sin embargo, para todas las drogas en general, las tasas de iniciación son mayores en los hombres y las tasas de cese de consumo son más altas en las mujeres.

### Mark

Mark era un adolescente delgado traído por el trabajador social de su escuela debido a su humor irritable y a su comportamiento agresivo en el último año. Mark parecía indiferente; sólo había acudido como un favor al trabajador social quien había estado preocupándose por él, pese a que Mark no acudía a la escuela con frecuencia.

Mark tuvo una infancia dura. Su madre era una adolescente cuando él y su hermano mayor nacieron. El padre de Mark abandonó a la familia poco después. Los dos chicos se quedaron con su abuela hasta que ésta falleció en un accidente de tráfico siete años más tarde. El cuidado de los niños desde entonces fue desorganizándose. Como chico activo, curioso e impulsivo, Mark había necesitado una atención extra desde que era pequeño. Su madre con frecuencia recurría a los azotes pese a saber que esto no funcionaba con él. Mark se entristeció tras la muerte de su abuela, él sentía que ya no tenía a nadie con quien hablar, ya que su hermano mayor fue volviéndose cada vez más inestable. En los últimos años vio a su hermano mayor esnifar ketamina un par de veces. A Mark no le gustaban los hombres que su madre traía a casa. Le molestaban los ruidos que hacían por la noche. Mark tampoco era feliz en el colegio, las lecciones le parecían aburridas y estar sentado en clase era una tortura, los deberes suponían una tarea agotadora cada día. Era el payaso de la clase; los recreos y las clases de educación física constituían el único momento de diversión. A menudo Mark tenía problemas con los profesores, él pensaba que éstos, de forma injusta, se metían con él por asuntos triviales.

En general los profesores comentaban que era un chico listo, aunque hablador, travieso y con poco éxito en los estudios. Era de los últimos del colegio en todos los exámenes salvo en el primer año de primaria. En 5<sup>o</sup> de primaria se le diagnosticó de dislexia. Sin embargo, ni los trámites para que recibiese una educación especial ni repetir curso le ayudaron a mejorar. Considerado por la mayoría como un mal estudiante, Mark no era demasiado popular entre sus compañeros de clase; no obstante sí que tenía unos pocos amigos fuera del colegio.

Durante el último año de primaria, se juntó con unos cuantos jóvenes más mayores de su vecindario. Empezó a saltarse las clases para quedar con ellos, se quedaban hasta tarde bebiendo y fumando; esto fue empeorando una vez que comenzó secundaria. Las confrontaciones y el escrutinio por parte de los profesores se llevaron a una mayor oposición por parte de Mark y lo fue alejando aún más de la escuela. Mark comenzó a esnifar ketamina hace dos años. No es que le gustase consumir ketamina pero le resultaba difícil rechazar las ofertas de sus amigos. También tuvo contacto con otras drogas ilícitas; "ice" (metanfetamina) era su favorita – le hacía sentirse súper alerta y concentrado. Se dio cuenta de que necesitaba cada vez cantidades mayores para sentirse colocado y a menudo necesitaba pastillas sedantes para controlar el insomnio y los sueños vívidos y desagradables. Más tarde, su novia se empezó a quejar de que era hipersensible e irritable.

## FACTORES RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS

### Factores individuales

#### *Exposición prenatal a las sustancias*

- La evidencia revela un aumento del riesgo para el uso de alcohol, cannabis y cocaína durante la adolescencia y principio de la edad adulta en personas que han sido prenatalmente expuestas a estas sustancias (Baer et al, 2003; Delaney-Black et al, 2011)
- El riesgo no solo está mediado por una mayor propensión a los trastornos de conducta u otros problemas de desarrollo sino también por una influencia directa en el desarrollo neurológico intrauterino.

#### *Genética*

- A pesar de que la mayoría de los estudios se refieren al consumo de alcohol, la evidencia de estudios familiares, de gemelos y adopciones demuestra que el papel de la herencia en el trastorno por uso de sustancias es importante (Rhee et al, 2003)
- Estudios recientes aclaran el rol de algunos polimorfismos genéticos en las diferencias en la respuesta individual al uso de drogas; por ejemplo, una baja repetición del alelo MAO-A exacerbaría los efectos dañinos de la cocaína en el cerebro (Alia-Klein et al, 2011)

#### *Desarrollo*

- La adolescencia es un periodo de experimentación y de asumir riesgos.
- Los adolescentes sienten la necesidad de identificarse con sus pares para evitar ser rechazados por el grupo.



Haz clic en la imagen para acceder a *Drugwise* (Reino Unido), un centro que da información sobre el uso de drogas.

### Amanda

Amanda era una chica de 15 años, callada, sensible y perfeccionista. Su familia se había mudado de país a país en varias ocasiones durante la última década ya que su padre ocupaba diversos puestos en una compañía multinacional. Se mudaron a Hong Kong hace seis meses. El orientador del colegio sugirió que Amanda visitara a un psiquiatra tras encontrarla haciéndose cortes en un baño del colegio.

Aunque era la primera vez que se hacía cortes, Amanda había estado luchando en silencio por superar los efectos de cada mudanza. En el pasado, hablar con su madre le ayudaba a aliviar esos sentimientos pero en los últimos dos años no quería molestar a su madre, que siempre parecía cansada y preocupada. A Amanda le preocupaba que su madre estuviera levantada hasta tarde a menos que se tomara un par de pastillas o un par de copas, y se preguntaba si esto estaba relacionado con las frecuentes discusiones con su padre.

Abandonar el país en el que había estado los últimos tres años y donde había hecho buenos amigos fue muy doloroso para Amanda. Odiaba escuchar a su padre decir una y otra vez que las cosas iban a salir bien. Le frustraba que la tratase como a una niña pequeña.

Pese a que intentaba estudiar, Amanda no podía evitar

rumiar sobre las mudanzas, llorando durante semanas hasta quedarse dormida. Se levantaba sin sentirse descansada y le costaba mucho concentrarse en clase. Apenas hablaba; sus nuevos compañeros no parecían muy amistosos y sus viejos amigos a menudo no estaban disponibles cuando ella los necesitaba. Amanda sentía que nadie la entendía. La escuela fue convirtiéndose en una carga, no tenía energía para acabar las tareas y menos aún para tocar la guitarra, que antes había disfrutado. Los fines de semana prefería quedarse en casa comiendo. Se sentía infeliz y decepcionada con su progresivo deterioro en los estudios y temía que esta situación no tuviese fin. Amanda comenzó a robar las pastillas para dormir de su madre que, aunque la dejaban grogui, le hacían sentirse relajada. Pronto se dio cuenta de que un par de esas pastillas y unas horas de aislamiento hacían de su habitación un refugio donde su mente se liberaba de todos los problemas. Entonces comenzó a tomar las pastillas incluso durante el día. Sin embargo, fuera de su habitación, su situación no mejoraba, las cosas en realidad empeoraron. Una mañana en la que le dieron las notas del trimestre, Amanda se sintió absolutamente derrotada tras haber suspendido dos asignaturas. Se encerró en uno de los baños a llorar y se hizo cortes.

Table G.3.1 Características de sustancias de abuso comunes

Sustancia	Forma física	Modo preferido de consumo	Tiempo de detección (orina) <sup>1</sup>
<b>Benzodiazepinas</b>	Pastillas	Oral o inyectado	3 días
<b>Cocaína</b>	Base (menos soluble en agua)	Fumada	24 – 96 hrs
	Sal (muy soluble en agua)	Esnifada o inyectada	
<b>Codeína</b>	Líquida, en cápsulas o pastillas	Oral	24 – 72 hrs
<b>Morfina</b>	Cápsulas, pastillas, líquida	Oral o inyectada	24 – 72 hrs
<b>Dextrometorfano</b>	Pastillas, jarabe	Oral	(3-5 días)
<b>GHB (ácido gamma-hidroxi-butírico)</b>	Líquido o en polvos blancos	Oral	5 – 12 hrs
<b>Heroína</b>	Polvo	Fumada, inhalada o inyectada	24 – 72 hrs
<b>Ketamina</b>	Polvo cristalino o líquido	Esnifada, oral o inyectada	24 – 72 hrs
<b>MDMA (éxtasis)</b>	Pastillas	Oral	24 – 72 hrs
<b>Mefedrona</b>	Polvo o cápsulas	Esnifada, oral	24 – 96 hrs
<b>Metanfetamina</b>	Cristal (“ice”), polvo	Inhalada a través de una pipa, fumada, inyectada	24 – 72 hrs
<b>Nitritos alcalinos volátiles (Popper)</b>	Líquido volátil en ampollas	Inhalado	24 – 48 hrs
<b>Disolventes orgánicos</b>	Gases o líquido claro	Esnifado, inhalado	24 – 72 hrs
<b>PCP (fenciclidina)</b>	Polvo, pastillas, líquido	Oral, fumado o inyectado	14 – 30 días
<b>LSD (dietilamida del ácido lisérgico)</b>	Pastillas, cápsulas, líquido, papel secante, inyectado	Oral, inhalado, esnifado, fumado	1.5 – 5 días
<b>Zopiclona</b>	Pastillas	Oral	24 – 72 hrs

<sup>1</sup>El tiempo de detección es variable y depende de la vía, dosis, duración, forma de administración, metabolismo individual y límites de los ensayos de laboratorio.



Haz clic en la imagen para ver “Hechos sobre la drogadicción”, un vídeo que explica cómo funcionan las drogas (inglés, 2:00)

- Hay estrés por el cambio de roles y expectativas en el colegio o en casa.
- Se tiende a usar las drogas como “vía de escape” para aliviar la ansiedad y la infelicidad.

### Factores familiares

- Un estilo paternal inefectivo, coercitivo u hostil, abuso, negligencia y una pobre supervisión aumentan el riesgo tanto de los trastornos de conducta como del abuso de sustancias (Fergusson & Woodward, 2000; Armstrong & Costello, 2002).
- Padres que usan drogas (Haggerty et al, 2007).

### Factores sociales

- Acceso a las sustancias (p.ej. a través de los pares o del barrio)
- Disponibilidad
- Privación económica, falta de vivienda
- Exclusión de la escuela y absentismo escolar
- Delincuencia.

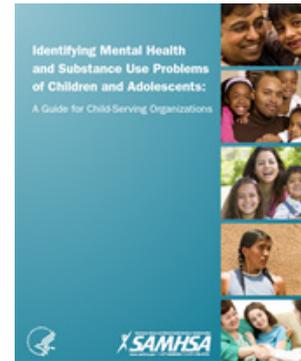
## CRIBADO

Hay múltiples herramientas de cribado validadas para evaluar si un joven tiene o no problemas con las drogas; los resultados ayudan a determinar si se requiere una evaluación posterior:

- **CARLOS (CRAFT)** (ver Apéndice G.3.1) es una herramienta autoaplicada con seis preguntas que sirve para cribar tanto el uso de alcohol como de drogas en adolescentes. En un estudio, una puntuación de corte de 2 o más respuestas positivas tiene una sensibilidad del 92.3% y una especificidad del 82.1% (Knight et al, 1999). Parece ser un método válido para el cribado de trastornos relacionados con el uso de sustancias en una población clínica y multiétnica de adolescentes (Knight et al, 2002; Subramaniam et al, 2010).
- **The Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A)** es un instrumento autoaplicado de 27 ítems que pregunta directamente a los adolescentes sobre consecuencias adversas experimentadas como resultado del uso de drogas. Puntuaciones mayores de 6 en el DAST-A tienen una sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo del 79%, 85% y 82%, respectivamente (Martino et al, 2000). El DAST-A tiene una buena fiabilidad y validez para detectar problemas de abuso de sustancias en pacientes psiquiátricos adolescentes.
- **The Assessment of Substance Misuse in Adolescence (ASMA)** es un cuestionario de 8 ítems para adolescentes que no proceden de unidades de tratamiento. Se han sugerido dos puntuaciones de corte: un corte de “en riesgo” (puntuación mayor de 8) supone el uso de drogas diario o semanal con un 85% de sensibilidad y un 95% de especificidad; un corte de “problema de uso de drogas” (puntuación mayor de 12) supone un uso diario de drogas con un 36% de sensibilidad y un 99% de especificidad (Willner, 2000).

## EVALUACIÓN CLÍNICA

Una buena evaluación es un aspecto clave en el manejo de los trastornos por uso de sustancias. Aparte de la recopilación de información, ofrece una oportunidad



Haz clic en la imagen para acceder a la monografía “Identificando Problemas de Salud Mental y por Uso de Sustancias en Niños y Adolescentes: Una Guía para las Organizaciones al Servicio de los Niños” (en inglés)



Haz clic en la imagen para acceder al Instituto Nacional de EEUU sobre Abuso de Drogas (NIDA), uno de los mejores sitios para informarse sobre el abuso de sustancias: es fiable y contiene recursos muy útiles. NIDA apoya y lleva a cabo investigaciones en un amplio rango de disciplinas.

**Tabla G.3.2 Efectos de las sustancias de abuso comunes**

<b>Sustancia</b>	<b>Farmacología</b>	<b>Efectos agudos</b>	<b>Síndrome de abstinencia</b>
<b>Benzodiazepinas</b>	Agonista del receptor GABA; aumento de la entrada postsináptica de Cl <sup>-</sup>	Sedación, relajación, euforia, disminución de la concentración, desorientación, somnolencia, confusión, incoordinación motora, temblor, amnesia.	Insomnio, ansiedad, temblor, taquicardia, hipertensión, diaforesis, alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas, dolor de cabeza.
<b>Cocaína</b>	Bloqueo de la recaptación presináptica de dopamina, noradrenalina y serotonina; bloqueo (débil) de los canales de Na	Euforia, aumento de la concentración, sensación de grandiosidad, aumento del estado de alerta, verborrea, reducción del apetito, ansiedad, inquietud, ataques de pánico, irritabilidad, paranoia, delirios, alucinaciones.	Fatiga, dificultad para concentrarse, craving, anhedonia, sueños vívidos y desagradables, mialgia, entumecimiento o agitación psicomotora, hiperfagia-anorexia, insomnio o hipersomnía.
<b>Codeína</b>	Análogo opioide, agonista del receptor mu.	Antitusígeno, analgesia, euforia, somnolencia, depresión, miosis.	Irritabilidad, agitación, insomnio, letargia, humor depresivo, ideación suicida, lagrimeo, diarrea.
<b>Morfina</b>	Agonista del receptor opioide mu	Euforia, sensación de bienestar, somnolencia, depresión respiratoria, miosis, analgesia, disminución de conciencia	
<b>Dextrometorfano</b>	Análogo opioide, antagonista del receptor NMDA actúa aumentando la síntesis y liberación de serotonina, así como inhibiendo su recaptación.	Euforia, disociación y experiencias oníricas, alucinaciones, somnolencia, mareo, disartria, vómitos, diarrea, prurito.	Insomnio, náuseas, hiperhidrosis, depresión, dificultades para pensar y memoria.
<b>GHB (ácido gamma-hidroxi-butírico)</b>	Activa el receptor GABA <sub>B</sub> y otro receptor GHB	Euforia, desinhibición, somnolencia, habla disártrica, pérdida de control motor, aumento de la empatía y de la libido.	Insomnio, ansiedad, agitación, delirium, alucinaciones, calambres musculares, inestabilidad autonómica.
<b>Heroína</b>	Agonista del receptor opioide mu	Euforia, letargia, sensación de bienestar, somnolencia, miosis, estado hipoaactivo.	Insomnio, ansiedad, agitación, temblor, escalofríos, rinorrea, midriasis, taquicardia, hipertensión, dolor muscular, calambres, dolor.
<b>Ketamina</b>	Antagonista receptor NMDA, mejorando liberación de glutamato.	Analgesia, entumecimiento, amnesia, disociación, desorientación, alucinaciones.	Fatiga, insomnio, irritabilidad, depresión.

GABA: ácido gamma-aminobutírico; 5-HT: 5-hidroxitriptamina (serotonina); MDMA: 3,4-metilendioximetanfetamina; NMDA: N-Metil-D-aspartato.

Tabla G.3.2 (continuación)

Sustancia	Farmacología	Efectos agudos	Síndrome de abstinencia
<b>MDMA (éxtasis)</b>	Agonista de los receptores postsinápticos de la serotonina	Incremento de la empatía, aumento de la confianza y sensación de bienestar, leve despersonalización y desrealización, tensión mandibular, sed, sequedad bucal, inquietud, ataxia, disminución de la concentración, disminución del apetito, mareo, bruxismo, diaforesis	Depresión, ansiedad, disminución de la concentración.
<b>Mefedrona</b>	Estimula la liberación e inhibe la recaptación de los neurotransmisores de monoaminas.	Euforia, aumento de la concentración, verborrea, acatisia, empatía, tensión mandibular, reducción del apetito, insomnio, dolor de cabeza, náuseas, palpitaciones, aumento del deseo sexual, diaforesis, frialdad y cianosis distal.	Cansancio, insomnio, congestión nasal, disminución de la concentración, irritabilidad, pérdida del conocimiento, depresión, ansiedad, olor inusual del sudor, aumento del apetito y craving.
<b>Metaanfetamina</b>	A dosis bajas: bloquea la recaptación de dopamina y noradrenalina. A dosis altas: aumenta la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina	Euforia, estado de hipervigilia, ansiedad, reducción del apetito, incremento de la actividad física, excitación, ira, alucinaciones y delirios paranoides, alteración del juicio	Fatiga, insomnio o hipersomnía, sueños vívidos y desagradables, labilidad emocional, ansiedad, depresión, irritabilidad, violencia, psicosis paranoide; tendencias suicidas, estereotipias motoras
<b>Nitritos alcalinos volátiles (Popper)</b>	Potente vasodilatador y relajante del músculo liso	Sensación de calor y excitación	Craving, taquicardia, diaforesis
<b>Disolventes orgánicos</b>	Desconocido	Excitación, desinhibición, somnolencia, sensación de mareo, agitación, anestesia, incoordinación motora	Cefalea, epistaxis, tos seca, ataques de ansiedad, anorexia, tensión, náuseas y vómitos, dolor precordial, mareos, depresión, insomnio
<b>PCP (fenciclidina)</b>	Antagonista del receptor NMDA, aumenta la liberación de glutamato	Agitación, euforia, nistagmus, ataxia, habla disártrica, confusión, delirio	Vocalizaciones, bruxismo, diarrea, hiperactividad oculomotora, temblor
<b>LSD (dietilamida del ácido lisérgico)</b>	Agonista del 5-HT <sub>2A</sub> Sensibilidad	Sensibilidad exacerbada, alucinaciones vividas, sinestesia, desrealización, reacciones de pánico, hiperactividad autonómica (midriasis, piloerección, diaforesis, taquicardia, hiperreflexia, temblor, ataxia)	No están documentados
<b>Zopiclona</b>	Agonista de los receptores $\alpha 1,2,3$ y 5 del GABA	Disminuye la latencia del sueño, incrementa el sueño de ondas lentas	Similar a las benzodiacepinas

GABA: gamma-aminobutyric acid; 5-HT: 5-hydroxytryptamine (serotonin); MDMA: 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine; NMDA: N-Methyl-D-aspartic acid.

para motivar, educar e involucrar a la persona joven para el cambio, incluso en la primera consulta. Llegar a una comprensión de cómo los pacientes guían sus vidas, cuáles son sus aspiraciones, necesidades no cubiertas, junto con el patrón y el impacto del uso de drogas son aspectos importantes para formular el plan de gestión.

### Aspectos generales

- Estar atento, buscar signos de consumo de drogas.
- Desarrollar un buen vínculo, mediante una actitud empática y sin prejuicios, para facilitar la revelación de problemas de abuso de drogas.
- Los objetivos y procedimientos de evaluación deben ser claramente explicados a los jóvenes y a sus padres.
- Familiarizarse con la legislación local concerniente a la confidencialidad sobre el abuso de drogas y explicársela a los pacientes y a los padres.
- Debe facilitarse que los padres se involucren.
- Debido a historia de uso relativamente corta y al contexto de desarrollo (p.ej. vivir con la familia) los trastornos por uso de sustancias pueden manifestarse de maneras diferentes en los adolescentes que en los adultos.
- Clarificar, junto con el joven, la comprensión de los síntomas.
- Atender a las necesidades generales de salud y a los problemas derivados del uso de drogas, independientemente de si el paciente está listo para dejar el consumo o no.

### Historia

Ha de recogerse la siguiente información:

- Drogas utilizadas (actualmente y en el pasado), sabiendo de cada una de ellas:
  - Edad de comienzo.
  - Frecuencia.
  - Duración.
  - Cantidad mínima, máxima y habitualmente consumida.
  - Vía de administración.
  - Otras sustancias tomadas en combinación.
- Episodios de excesos, pérdida de memoria o sobredosis.
- Daños y perjuicios relacionados con el uso de drogas.
- Intentos previos de cesar el consumo.
- Síntomas de abstinencia.
- Presencia de síntomas psicóticos y su relación con el consumo de sustancias.
- Síntomas de dependencia física o psíquica.
- Factores de riesgo inmediatos:
  - Sobredosis, episodios de autoagresión o intentos de suicidio.
  - Uso de drogas por vía parenteral.
  - Uso de múltiples sustancias.
- La coexistencia de problemas psiquiátricos ( p. e. depresión, trastornos de conducta, psicosis, TDAH).



Haz clic en la imagen para acceder a Street Drugs, una web con información específica para estudiantes, padres, profesores y profesionales de la salud. El sitio contiene además informes de investigaciones, preguntas más frecuentes, posters y material interactivo.

### Becky

Becky tenía 16 años la primera vez que ingresó en la unidad psiquiátrica de un Hospital general después de ser llevada por la policía. Según las notas del ingreso, estaba “histérica” y pretendía saltar desde el tejado de un edificio tras una pelea con su novio. Becky estuvo tranquila y adaptada a la sala desde el segundo día, mostrándose cooperativa durante los diez días de su estancia hospitalaria. En la valoración Becky reveló que había abandonado la escuela hace un año y no había hecho nada desde entonces. Mantenía una pobre relación con su familia, los cuales se acostumbraron a que ésta se ausentara durante días. Una semana antes del ingreso, Becky estaba molesta porque su novio estaba quedando con una de sus mejores amigas. Ella les preguntó al respecto un par de veces pero nunca lo admitieron. Se sentía deprimida, enfadada y traicionada pero negó tener intención de suicidarse. Ella se describió a sí misma como “fuera de control” cuando amenazó con tirarse desde la azotea. La exploración física y los resultados de laboratorio, incluyendo el análisis de tóxicos, no revelaron hallazgos anormales; el test de embarazo fue negativo. Becky estaba bastante tranquila en la sala. Su humor fue

mejorando gradualmente. No se observaron conductas anormales durante su estancia. Becky fue diagnosticada de trastorno adaptativo. Se le dio una cita en una clínica para seguimiento en dos semanas, pero apareció un mes más tarde. En esa visita, Becky reveló que había estado escuchando voces que le hablaban durante semanas, hasta unos días tras su ingreso hospitalario. Ella no lo contó porque pensó que eso prolongaría su estancia en el hospital. Ella resaltó que no había consumido ninguna droga ilícita, pero sí que había tomado pastillas para adelgazar durante semanas antes del incidente. Al dejar de tomarlas las voces pararon. Becky se mostró calmada y amable en las dos visitas siguientes, pero posteriormente el servicio perdió contacto con ella. Volvió a aparecer en la clínica cinco meses después y confesó que había estado fumando “ice” (metaanfetamina) con sus amigos durante casi un año. Durante este periodo, escuchaba voces que le hablaban de vez en cuando. Ella no estaba segura de que sus experiencias alucinatorias estuviesen relacionadas con el consumo de drogas porque a veces esas voces eran excepcionalmente duraderas; estaba embarazada de tres meses.

- Uso de las sustancias en contextos de riesgo:
  - Consumo de sustancias en presencia de familiares.
  - Explotación sexual o conductas sexuales de riesgo.
  - Criminalidad.
- Problemas físicos:
  - Infecciones (p. ej. VHB, VHC, VIH o enfermedades de transmisión sexual)
  - Problemas urológicos relacionados con el uso de ketamina.

También es importante recopilar información acerca de la opinión que tienen los pacientes sobre su consumo de drogas preguntando sobre:

- El nivel de conocimiento sobre la drogas y sus riesgos.
- Dónde, cómo y con quién toman esas sustancias.
- Quién más entre sus amigos y su familia consume drogas.
- Si piensa que las drogas son usadas para controlar el humor, los pensamientos o el comportamiento.
- Su opinión acerca de cómo las drogas afectan a su vida.
- Esperanzas y miedos en relación con el consumo y con el estar libre de drogas; experiencias previas de haber dejado de consumir drogas o alcohol.
- La opinión de los familiares sobre el abuso de sustancias.
- Apoyos disponibles si cambia el comportamiento de consumo.
- Expectativas del tratamiento y motivación – de acuerdo con los estadios del modelo de cambio (Prochaska & DiClemente, 1992).

Una comprensión adecuada del impacto psicológico del uso de sustancias es necesaria tanto para el diagnóstico como para planificar el tratamiento, esto incluiría un riguroso entendimiento de las vidas de los jóvenes:

- Cómo dirigen sus vidas
- En qué actividades se involucran
- Quién tiene influencia sobre ellos
- Cómo perciben sus vidas
- Qué aspiraciones tienen
- Cuáles son sus necesidades no cubiertas
- Cuáles son las consecuencias que tiene el abuso de sustancias para ellos
- Cuáles son sus metas y aspiraciones.

## DIAGNÓSTICO

### Abuso

Para establecer el diagnóstico de abuso de sustancias en DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), debe haber un patrón de uso recurrente que daría lugar al incumplimiento de obligaciones importantes en la familia, en el trabajo o en la escuela; problemas legales, sociales o interpersonales; y situaciones de riesgo físico importante en un periodo de 12 meses. La categoría paralela en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) lo califica como “consumo perjudicial” y enfatiza el daño real causado a la salud física o mental, pero no las consecuencias sociales adversas para el consumidor.

### Dependencia

Hacer un diagnóstico de dependencia a una sustancia según los criterios del DSM-IV requiere un periodo mantenido de 12 meses en el que se cumplan tres de los siguientes siete criterios: tolerancia, síntomas de abstinencia, naturaleza de uso compulsivo, fracaso en los intentos de cesar el consumo, cantidad de tiempo empleada en obtener las drogas, abandono de otras actividades más apropiadas y uso a pesar de las consecuencias adversas. Los criterios requeridos de acuerdo con la CIE-10 son similares. Para más discusión sobre la validez de la distinción entre abuso y dependencia véase la sección sobre el DSM-5 a continuación.

Pese a que los criterios diagnósticos en ambos sistemas de clasificación llevan utilizándose durante años, aún hay problemas a la hora de aplicarlos a los adolescentes. El criterio de tolerancia, síndrome de abstinencia y complicaciones médicas puede que no sea aplicable en ellos debido a la relativamente corta historia de consumo de sustancias.

### Cambios en el DSM-5

Entre los cambios en el DSM-5, la sección general se titula “trastornos relacionados con sustancias y adictivos”, que incluye trastornos no relacionados con sustancias (ludopatía, la adicción patológica a los juegos de azar). Se ha propuesto una nueva categoría de “trastornos inducidos por uso de sustancias”, que combina los dos diagnósticos actuales de “abuso de sustancias” y “dependencia” (basándose en que esta distinción histórica no está respaldada por evidencia empírica), con un rango de severidad en función del número de síntomas. El criterio “problemas legales” será eliminado mientras que se incluirá el de “*craving*” (deseo vehemente). Los síntomas de tolerancia y síndrome de abstinencia no serán tenidos en cuenta para el diagnóstico cuando los pacientes estén incluidos en un programa de tratamiento médico por un problema como el dolor, ansiedad o depresión, a no



Haz clic en la imagen para acceder a Erowid, una web muy útil con información de todo lo relacionado con las drogas.

ser que tengan otros síntomas de conducta desviada que demuestre una búsqueda compulsiva de la droga (O'Brien, 2011). Los autores del DSM-5 esperan que esto aclare concepciones erróneas y evitará que pacientes con otros trastornos psiquiátricos vean interrumpido un tratamiento eficaz o se haga referencia a su "dependencia" (Heilig, 2011).

Si los cambios en el DSM-5 son clínicamente útiles para separar pacientes con patrones de consumo de sustancias que responderían a una breve intervención psicológica de aquellos que necesitarían un tratamiento más profundo, es un asunto que requiere mayor exploración (Poznyak et al, 2011).

Las críticas incluyen que, sin tener otra alternativa diagnóstica que la intoxicación aguda, es poco probable que las personas que usan sustancias psicoactivas raramente y que no tienen síntomas de dependencia sean identificadas en salas de emergencia, salas de hospital y clínicas ambulatorias. Por lo tanto es poco probable que reciban intervenciones tempranas, que han demostrado ser efectivas en personas que usan drogas pero que no son dependientes (Babor, 2011). Además, al colapsar el diagnóstico de abuso y dependencia en un solo trastorno, es posible diagnosticar un trastorno por uso de sustancias con tan solo dos criterios psicosociales y el juicio subjetivo del clínico (Meyer, 2011). A pesar de algunos cambios positivos, los criterios en el DSM-5 no van mucho más lejos a la hora de afinar el diagnóstico en los jóvenes; ajustes específicos de acuerdo con el periodo del desarrollo, incluidas definiciones más claras y operativas, son necesarias para asegurar que el DSM-5 sea capaz de identificar de forma válida los trastornos por uso de sustancias a lo largo de todos los periodos del desarrollo (Winters et al, 2011).

### Test de drogas en adolescentes

Los parámetros actuales para la práctica clínica (Bukstein et al, 2005) afirman que un cribado toxicológico "debería constituir parte de la rutina dentro de la evaluación formal y continuada del consumo de sustancias tanto durante como después del tratamiento". Los autoinformes por adolescentes usan drogas



Haz clic en la imagen para ver a un estudiante de secundaria hablando sobre su batalla con la drogas. (10:05)



Esnifando disolventes

son poco fiables, especialmente en la familia, colegio y escenarios legales. La negación, respuestas de deshabilidad social, miedo a las consecuencias legales u otras consecuencias dan como resultado una subdeclaración del consumo de sustancias en este grupo. Un test de drogas le proporciona al clínico información objetiva para el cribado y diagnóstico, y es útil para vigilar la adherencia al tratamiento y los resultados.

En el ámbito clínico, el test de drogas es práctico y rentable, emplea equipos a pie de cama capaces de detectar la presencia de sustancias de abuso en muestras de orina mediante técnicas de inmunoanálisis. Para confirmar un resultado positivo, en determinadas circunstancias (p.ej. en lo que refiere a temas legales) puede ser requerida cromatografía de gases y espectrometría de masas. La principal limitación de estos análisis es el periodo en el que las sustancias pueden ser detectadas (en la mayoría de los casos entre 1-3 días) además de las precauciones que deben tomarse para evitar la falsificación de la muestra (la muestra debe obtenerse bajo supervisión directa de una persona del mismo sexo; el pH o la densidad de la muestra ayudan a comprobar si ésta ha sido diluida; medir la temperatura también puede resultar útil para prevenir engaños). También podría realizarse inmunoanálisis a pie de cama con saliva; no obstante, es más caro y el periodo de detección es aún más corto (6-12 horas). El test del cabello detecta el consumo de drogas en los últimos 3 meses (a excepción de los 7 días previos a la toma). Las muestras son difíciles de adulterar pero la permanente, decoloraciones y tratamientos de alisado podrían alterar los niveles de droga en las muestras de cabello; además el test resulta caro y no puede realizarse *in situ*. El análisis del sudor investiga de forma prospectiva el uso de sustancias durante 1-3 semanas. El parche recoge restos de las sustancias y sus metabolitos a partir de la evaporación del sudor; también es caro aunque algo menos que el test del cabello. La detección de tóxicos en muestras sanguíneas es útil para evitar falsificaciones pero es un método invasivo y costoso

Es importante considerar determinados factores antes de realizar un análisis de drogas:

- Se espera que los adolescentes, siempre y cuando sean competentes para dar su consentimiento, vayan a formar una relación confidencial con su terapeuta. Por consiguiente, es aconsejable explicar la necesidad e implicaciones del test (tanto de resultados positivos como negativos) y obtener el consentimiento informado del adolescente.
- No es recomendable solicitar un análisis únicamente si los padres sospechan algo.
- Se alienta a los terapeutas a discutir con el adolescente los límites de la confidencialidad, quién será informado de los resultados del análisis y cuál será el proceso.

Es importante tener en cuenta que sustancias como las anfetaminas, cocaína y opiáceos no serán detectadas en orina después de 1-4 días (véase Tabla G.3.1). La disponibilidad de estos tests de laboratorio no obvia la necesidad de un cuidadoso cribado a través de la entrevista y los autoinformes, pero es una herramienta importante en la evaluación y monitorización del consumo de sustancias. Además, el empleo de análisis de drogas aumenta la fiabilidad de los informes del adolescente, lo cual tiene valor terapéutico en sí mismo. Un enfoque a la hora de solicitar un análisis de drogas sería, por ejemplo, decirle al adolescente que es probable



Haz clic en la imagen para acceder a información sobre drogas recreativas proporcionada por la NIDA (EEUU).

que salga positivo si ha consumido cannabis en el pasado mes. Si el adolescente confirma el uso de sustancias, el clínico no necesitaría solicitar un análisis. Otra práctica común tanto en la clínica como en la investigación es considerarse a negarse a realizar el test equivalente a un resultado positivo (Goldstein, 2009).

## TRATAMIENTO

Tras una evaluación comprehensiva, el joven y sus padres deberían ser involucrados en la planificación del tratamiento. Los objetivos del tratamiento dependen en gran medida de la motivación y las circunstancias de cada individuo. Resulta útil considerar el abuso de sustancias como un síntoma de una compleja disfunción en el joven, la familia, el colegio y el ambiente social, que requiere un plan de tratamiento general, y que además debería abordar de una manera coordinada asuntos como el apego, las necesidades educativas, la salud física y psicológica, el estilo de vida, la relación con los pares y el estrés psicológico.

El nivel de cuidados requerido vendrá determinado por la intensidad y complejidad de los problemas y de las necesidades del paciente. El plan de tratamiento debe ser realista, aceptable para el paciente y la familia, y viable con los recursos disponibles. Aquellos adolescentes en los que la frecuencia de consumo sea baja y cuyos problemas relacionados con drogas no sean severos, son mejor manejados por su médico de cabecera. Aquellos que abusen de drogas con frecuencia y que tengan comorbilidad psiquiátrica moderada o severa relacionada con los consumos, serán mejor manejados por un equipo de salud mental infanto-juvenil. La derivación a un equipo especializado en adicciones será oportuna si la complejidad de las necesidades del joven no puede ser atendida por un menor nivel de cuidados.

Algunas de las intervenciones que abordan directamente el consumo de sustancias incluyen: psicoeducación, entrevista motivacional, intervenciones de reducción de daños y prevención de recaídas. Otras se centran en aspectos diferentes como las habilidades sociales, relación familiar, estado de ánimo, control de los impulsos y la salud mental y física.

### Intervenciones breves

Éstas se ofrecen cuando surge la oportunidad en escenarios diversos como la clínica familiar, servicios sociales o departamentos de emergencias y están dirigidas a aquellos que consumen drogas que tienen contacto limitado con los servicios de adicciones y que no tienen un trastorno por uso de sustancias severo. Durante contactos rutinarios o cuando hay oportunidad se les da con información y orientación para reducir los riesgos del abuso de drogas (p.ej. exposición a virus de transmisión sanguínea). No obstante también se pueden organizar sesiones cuyo fin sea incrementar la motivación para el cambio. Durante la sesión los terapeutas deben explorar la ambivalencia sobre el consumo y la posibilidad de tratamiento. Se ha demostrado un aumento de las tasas de abstinencia de heroína, cocaína y anfetaminas tras esta mínima intervención (Bernstein et al, 2005; Baker et al, 2005).

### Grupos de autoayuda

Narcóticos Anónimos y Cocainómanos Anónimos son los mejores ejemplos. Se basan en el principio de los 12-pasos, que tienen la abstinencia como

objetivo del tratamiento (véase también Capítulo G.1.). Pese a la falta de evidencia definitiva de efectividad, la participación semanal o con mayor frecuencia en el programa de 12-pasos parece estar asociada con un menor consumo de alcohol y de drogas (Fiorentine, 1999). La posible mediación de los efectos del apoyo social y de la asistencia a servicios religiosos en el mantenimiento de la recuperación a largo plazo, también ha sido postulada entre adolescentes (Chi et al, 2009).

### **Entrevista motivacional**

La entrevista motivacional es una técnica que ayuda a los pacientes a explorar y a resolver su ambivalencia respecto al consumo de drogas. Esto se consigue a través de la escucha reflexiva, el desarrollo de la crítica, evitando la resistencia al responder con empatía y comprensión, y aumentando la autoeficacia con el fin de conseguir comprometerse y decidirse a cambiar (Miller & Rollnick, 1991).

El terapeuta adopta una actitud que no es crítica, conduce al paciente a expresar lo que le preocupa y a identificar los problemas relacionados con el abuso de sustancias. A través de escuchar empáticamente y reflejar las respuestas del paciente de una forma modificada, se fomenta que el paciente exprese la discrepancia entre sus metas personales ideales y su conducta actual (p.ej. desea llegar a ser un peluquero importante pero continua bebiendo alcohol a pesar del temblor de manos). Esto ayuda a incrementar la motivación para el cambio.

Para reducir la resistencia al cambio, el terapeuta debe evitar la confrontación y discutir con los pacientes (p.ej. si el empleo de metanfetamina mejora la capacidad de trabajo o no). En lugar de eso el terapeuta debe ser capaz de entender el marco de referencia del que parte el paciente, filtrar y amplificar los pensamientos que favorecen el cambio, identificar el estadio del proceso de cambio en el que se encuentra, expresar aceptación y reafirmar la libertad de elección del paciente y su autodirección (Rollnick & Miller, 1995).

Consumidores de drogas que recibieron la entrevista motivacional fueron más propensos a reducir su consumo, se ajustaron mejor a los requerimientos del tratamiento, permanecieron más tiempo en tratamiento, tuvieron menos problemas psiquiátricos post-tratamiento, permanecieron abstinentes con mayor frecuencia y tuvieron menos recaídas (Baker et al, 2001; Daley et al, 1998; Macgowan & Engle, 2010; Saunders et al, 1995).

### **Prevención de recaídas**

La prevención de recaídas requiere combinar un entrenamiento en habilidades conductuales, entrenamiento cognitivo y un cambio en el estilo de vida (Marlatt & Gordon, 1985). El objetivo es enseñar al consumidor a identificar, anticipar y hacer frente a situaciones de alto riesgo que pueden llevar a una recaída. Se anima a los pacientes a establecer objetivos conductuales asequibles para aumentar su percepción de autoeficacia. Se deben clarificar los falsos mitos que tienen los pacientes, reencuadrando el significado de los eventos que llevan a la recaída, ayudando a reducir el sentimiento de fracaso, animando a establecer un plan de gestión de recaídas y reduciendo las posibilidades de recaer. Además, se anima a los pacientes a aumentar la participación en actividades que producen placer o reducen estrés con el fin de aumentar su autoeficacia.

Una revisión de 24 intervenciones focalizadas en el uso de sustancias demostró que la prevención de recaídas tiene una efectividad comparable a la de



Haz clic en la imagen para acceder a un vídeo recomendado para la educación de los padres sobre el uso de drogas en adolescentes (3:39).

otros tratamientos activos (Carroll, 1996), reduce la intensidad del episodio de recaída si ésta ocurre y tiene significativamente mejores resultados, incluso para los consumidores más afectados (Carroll et al, 1991; Carroll et al, 1995). Una extensa revisión indica que las intervenciones de autoayuda en fumadores basadas en un enfoque de prevención de recaídas muestra un efecto significativo en el aumento de la abstinencia a largo plazo (Agboola et al, 2010). Otro metaanálisis de 53 ensayos controlados de terapia cognitivo conductual (TCC) basada primariamente en un enfoque de prevención de recaídas mostró que el 58% de los individuos que recibieron TCC tuvieron mejores resultados que otros en condiciones comparables (Magill & Ray, 2009).

### **Manejo de contingencias**

El manejo de contingencias es un tipo de programa de refuerzo para motivar a los usuarios de drogas a estar abstinentes recompensándoles con dinero o vales de compras o privilegios como llevarse la metadona a casa (véase también Capítulos G.1 y G.2). La abstinencia normalmente se evalúa mediante el test de drogas en la orina. La cantidad de la recompensa (p.ej. el valor económico de los vales) normalmente aumenta a medida que aumenta la duración de la abstinencia (p.ej. el número de tests de orina negativos consecutivos). Se ha demostrado que el manejo de contingencias es útil en pacientes que no responden a otros tratamientos (Gossop, 2003).

### **Intervenciones basadas en la familia**

Las intervenciones basadas en la familia pueden tener éxito a la hora de disminuir el uso de sustancias, reducir el riesgo de usar otras drogas, mejorar la tasa de retención en el tratamiento y fortalecer factores protectores en múltiples dominios de la vida del adolescente.

La *terapia familiar multi-dimensional* aspira a cambiar un estilo de vida de abuso de drogas por uno consistente con esta etapa del desarrollo, a mejorar el funcionamiento, a aumentar el compromiso de los padres y mejorar sus habilidades parentales y de comunicación con el adolescente (Liddle, 2002). La terapia familiar multi-dimensional busca reducir factores de riesgo y promover factores protectores en el individuo, familia, pares y dominio escolar, reducir el consumo de sustancias y la delincuencia (Liddle et al, 2004; Rowe et al, 2003; Rowe, 2010). Un estudio demostró que la terapia familiar multi-dimensional producía resultados superiores en jóvenes con un consumo más severo y más comorbilidad psiquiátrica comparado con la terapia individual cognitivo conductual (Henderson et al, 2010).

### **Tratamiento farmacológico**

La farmacoterapia en los jóvenes que abusan drogas puede ser utilizada para reducir el daño inmediato del abuso, para estabilizar a los jóvenes y posibilitar el movimiento hacia la abstinencia (Departamento de Salud de UK, 2007). El tratamiento farmacológico es útil en:

- El tratamiento del síndrome de abstinencia.
  - Durante el proceso de desintoxicación.
  - Para eliminar o reducir la severidad de los síntomas de abstinencia cuando un usuario que es físicamente dependiente deja de tomar las drogas.

- Tratamiento sustitutivo (también conocido como de mantenimiento o de reemplazo).
  - Prescripción de una sustancia con una acción farmacológica similar a aquella de la que se es dependiente, pero con un menor grado de riesgo.
  - Para reducir la exposición a conductas de riesgo y estabilizar la salud y el funcionamiento social antes de abordar la dependencia física.
- Prevención de recaídas
  - Para prevenir la recaída tras la desintoxicación.

### ***Dependencia a las benzodiazepinas***

La desintoxicación de pacientes que sufren una dependencia a las benzodiazepinas, rara en los jóvenes, debe ser cuidadosamente planeada vigilando de cerca la presencia de síntomas de abstinencia como insomnio, inquietud o agitación, espasmos musculares y convulsiones. Es necesario monitorizar también el estado mental y el riesgo de suicidio. La desintoxicación hospitalaria es considerada la mejor opción en pacientes con poca colaboración en el pasado o que están a riesgo de desarrollar síntomas severos de abstinencia como convulsiones. Las benzodiazepinas de larga duración de acción (p.ej. diazepam) en un régimen de dosis gradualmente reducidas son ampliamente utilizadas en el proceso de desintoxicación. No se recomienda la prescripción de benzodiazepinas como tratamiento de mantenimiento.

### ***Dependencia a estimulantes***

Síntomas como el intenso deseo de usar (*craving*), insomnio o hipersomnia, letargia, agitación y depresión son frecuentes cuando un usuario habitual deja de tomar estimulantes. Sin embargo, no hay medicamentos efectivos para el tratamiento de la abstinencia a las anfetaminas (Shoptaw et al, 2009). La presencia de un estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ideación suicida y violenta durante el periodo de abstinencia hacen necesaria una vigilancia cercana. Los episodios psicóticos asociados al uso de estimulantes son normalmente de corta duración y remiten espontáneamente tras el cese del consumo. El tratamiento sustitutivo (p.ej. bupropion, dexanfetamina, metilfenidato, modafinilo, mazindol, metanfetamina y selegilina) no está recomendado (Castells et al, 2010; Departamento de Salud UK, 2007).

### ***Dependencia a opiáceos***

El síndrome de abstinencia a opiáceos puede ser subjetivamente muy desagradable pero raramente constituye una amenaza para la vida. Los pacientes normalmente se quejan de dolor musculoesquelético, insomnio, náuseas o vómitos, piloerección, escalofríos, diaforesis, rinorrea, bostezos y lagrimeo. Los síntomas de abstinencia pueden ser aliviados por:

- Una reducción gradual de la dosis de metadona
- Buprenorfina
- Clonidina y lofexidina
- Tratamiento sintomático
- Acupuntura.



Haz clic en la imagen para ver un vídeo sobre la película de ficción "Sampson and Delilah", que representa a los aborígenes australianos que esnifaban petróleo y sus efectos. El mundo de Sampson y Delilah es pequeño – una comunidad aislada en medio del desierto central australiano. Cuando les golpea la tragedia le dan la espalda a su hogar y se embarcan en un viaje hacia la supervivencia. Perdidos, indeseados y solos descubren que la vida no siempre es justa, pero que el amor nunca juzga (14:56).

Cuando el paciente no está dispuesto a abstenerse completamente de usar opioides, se puede sugerir un tratamiento de mantenimiento con metadona como terapia sustitutiva (aunque no está aceptado o no es legal en algunos países). El tratamiento de mantenimiento con metadona alivia los síntomas de abstinencia, elimina el *craving* y bloquea los efectos euforizantes de otros opioides ilícitos. El mantenimiento con metadona además ayuda a reducir la transmisión de infecciones asociadas con el empleo de inyecciones intravenosas, como la hepatitis o el VIH, porque disminuye el uso de jeringuillas compartidas y conductas sexuales de riesgo (p.ej. múltiples parejas o el intercambio de sexo por drogas o dinero) (Gossop et al, 2002; Gowing et al, 2011; Sorensen & Copeland, 2000). Es el tratamiento de elección para adolescentes embarazadas que abusan de la heroína.

En muchos países hay controversia sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona a pesar de la abundante evidencia sobre su utilidad en la reducción de daños asociados con la dependencia a opioides. Esto es porque se considera la metadona un opioide legalmente disponible. Además, algunos pacientes que reciben mantenimiento con metadona también consumen heroína.

La buprenorfina es un opioide agonista-antagonista parcial al menos tan efectivo como la metadona como agente sustitutivo en la reducción del uso de opioides ilícitos y en la retención de pacientes en tratamiento (Johnson et al, 2000). Cuando se compara con la metadona, la buprenorfina es más segura – menos riesgo de sobredosis – y bien tolerada. Durante la desintoxicación se observan pocos síntomas de abstinencia. Una combinación de buprenorfina y naloxona (Suboxone®) ha reemplazado la preparación previa de buprenorfina (Subutex®) para evitar el empleo intravenoso del medicamento. El Suboxone® viene en forma de comprimido u hoja (*film*) sublingual. Ambos deben tomarse una vez al día. El Suboxone® en forma de hoja, en contraste con el comprimido sublingual, tiene mejor sabor y lleva menos tiempo en disolverse.

La naltrexona es un antagonista opioide de acción prolongada que se emplea vía oral y que bloquea o reduce el efecto de los opioides, incluyendo la euforia. La naltrexona se tolera bien en su dosis habitual, pero puede precipitar síntomas de abstinencia cuando la persona está consumiendo opioides. Una vez superado el síndrome de abstinencia, la naltrexona puede desempeñar un papel en la prevención de recaídas (Marsch et al, 2005), no obstante se utiliza con más frecuencia en el tratamiento del alcoholismo. Los medicamentos que contienen opioides (p.ej. jarabes para la tos, analgésicos) deben ser evitados cuando un paciente está en tratamiento con naltrexona. Debido al riesgo de hepatotoxicidad se recomienda la realización de controles basales y vigilancia regular de la función hepática.

### ***Abuso de inhalables***

No hay medicamentos específicos disponible para la desintoxicación de inhalables. Durante la intoxicación aguda, el paciente debe ser examinado y tratado sintomáticamente. La hidratación y la función cardiorespiratoria deben ser monitorizadas de cerca. Es necesario un entorno tranquilo y de apoyo. A veces es necesaria medicamentos antiarrítmicos o betabloqueantes para estabilizar el miocardio; los simpaticomiméticos o broncodilatadores deben evitarse. Cuando existe comorbilidad psiquiátrica, debe ser tratada como corresponda (Williams et al, 2007; Baydala, 2010).



Haz clic en la imagen para visualizar un clip acerca de si los padres deberían hablar de su consumo de drogas con sus hijos (en inglés, 4:15)



Haz clic en la imagen para ver a la Dra Nora Volkow hablar del impacto de la conducta social cambiante en el uso de drogas en los jóvenes (en inglés, 2:28)

## PREVENCIÓN

El consumo de sustancias es el resultado de la interacción entre factores de riesgo y factores protectores en el adolescente, la familia, el grupo de pares, colegio y comunidad social local. Los objetivos de la prevención son reducir o retrasar la iniciación en el consumo, demorar la progresión desde experimentación a uso problemático y reducir complicaciones.

### Prevención universal

Las actividades de prevención universal pueden estar dirigidas hacia la población en general o basadas en el colegio. El contenido se concentra en la transmisión de información – la situación actual del consumo de drogas en el area, posibles complicaciones y maneras de controlarlas – transmitida al público a través de los medios de comunicación y conferencias para incrementar la conciencia social sobre el problema de las drogas. A través de actividades basadas en las escuelas se puede proporcionar entrenamiento en habilidades personales y sociales, asesoramiento en el diseño del currículo para mejorar el conocimiento de asuntos relacionados con las drogas y entrenamiento en habilidades parentales. Los programas escolares dirigidos hacia la mejora de las habilidades sociales son efectivos en la reducción del consumo de drogas (Faggiano et al, 2005), pero no tienen éxito a la hora de reducir consumo de tabaco y abuso de alcohol (Thomas & Perera, 2006).

El Ensayo Europeo de Prevención de Drogadicciones es uno de los programas escolares más importantes, con la participación de 170 escuelas (7079 alumnos de 12-14 años) en siete países. El programa consiste en un currículo de 12 horas de duración basado en un enfoque que busca aumentar la comprensión de la influencia social, con especial énfasis corregir creencias erróneas de los estudiantes referentes a las drogas y su consumo. Esto ha demostrado tener efectos positivos en el consumo de alcohol y de cannabis que persistieron a los 18 meses (Faggiano et al, 2010).

### Prevención específica

La prevención específica concentra su atención en aquellos que tienen un mayor riesgo de consumo. Los jóvenes vulnerables y sus familias son identificados por profesores o por trabajadores sociales para un entrenamiento más a fondo basado en la adquisición de habilidades (p.ej. control de impulsos, afrontamiento para los jóvenes y entrenamiento en habilidades parentales para los padres). Por ejemplo, el Project Towards No Drug Abuse (Proyecto TND) fue creado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) para adolescentes entre 14 y 19 años procedentes de escuelas ordinarias y especiales. El proyecto TND aspira a prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y ayudar a los estudiantes a tomar decisiones sanas e informadas. Incluye sesiones de 40 a 50 minutos y se concentra en las siguientes áreas:

1. Factores motivacionales:
  - Aborda las actitudes de los estudiantes, creencias, expectativas y deseos referentes al consumo de drogas.
  - Se dirige hacia las percepciones y cogniciones erróneas de los estudiantes y mitos asociados con el consumo de drogas.



Haz clic en la imagen para ver un clip acerca de factores de riesgo y factores de protección (en español, 4:38)

2. Adquisición de habilidades (sociales, autocontrol y métodos de afrontamiento):
  - Aspira a proporcionar a los estudiantes habilidades más sanas de afrontamiento, comunicación y autocontrol con el fin de que no recurran al uso de drogas.
3. Toma de decisiones:
  - Cómo tomar decisiones.
  - Comprometerse con el no consumo de drogas y continuar estas conversaciones derivadas del proyecto TND con sus colegas.

Sussman y colegas (2004) han demostrado que el proyecto TND reduce el consumo de drogas tanto a corto como a largo plazo (1 año). Además, indican que el proyecto TND es efectivo tanto para jóvenes pertenecientes a escuelas ordinarias como a aquellos de mayor riesgo que asistían a escuelas alternativas. No obstante, el estigma y los criterios de selección para el grupo de “alto riesgo” podrían afectar los resultados.

---

## REFERENCIAS

- Agboola S, McNeill A, Coleman T et al (2010). A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*, 105:1362-1380.
- Alia-Klein N, Parvaz MA, Woicik PA (2011). Gene x disease interaction on orbitofrontal gray matter in cocaine addiction. *Archives of General Psychiatry*, 68:283-294.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong TD, Costello EJ (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70:1224-1239.
- Babor TF (2011). Substance, not semantics, is the issue: comments on the proposed addiction criteria for DSM-V. *Addiction*, 106:870-872.
- Baer JS, Sampson PD, Barr HM et al (2003). *Archives of General Psychiatry*, 60:377-385.
- Baker A, Boggs TG, Lewin TJ (2001). Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction*, 96:1279-1287.
- Baker A, Lee NK, Claire M et al (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100:367-378.
- Baydala L (2010). Inhalant abuse. *Paediatrics & Child Health*; 15(7):443-448.
- Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K et al (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 77:49-59.
- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V et al (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:609-621.
- Carroll KM (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: a review of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4:46-54.
- Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ (1995). Differential symptom reduction in depressed cocaine abusers treated with psychotherapy and pharmacology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183:251-259.
- Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17:229-247.
- Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C et al (2010). Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD007380. DOI: 10.1002/14651858.CD007380.pub3.
- Chen K, Kandel DB (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85:41-47.
- Chi FW, Kaskutas LA, Sterling S et al (2009). Twelve-step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: social support and religious service attendance as potential mediators. *Addiction*, 104: 927-939.
- Daley DC, Salloum IM, Zuckoff A et al (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 155:1611-1613.

- Day NL, Goldschmidt L, Thomas CA (2006). Prenatal marijuana exposure contributes to the prediction of marijuana use at age 14. *Addiction*, 101:1313-1322.
- Delaney-Black V, CHiodo LM, Hannigan JH et al (2011). *Neurotoxicology & Teratology*, 33:110-119.
- Department of Health, UK (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G et al (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108:56-64.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2) doi:10.1002/14651858, Art. No.: CD003020.pub2.
- Fergusson D, Woodward L (2000). Educational, psychosocial and early sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:779-792.
- Fiorentine R (1999). After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 25:93-116.
- Fuller E (ed) (2011). *Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2010*. Health and Social Care Information Centre, Lifestyles Statistics.
- Goldstein BI (2009). Managing adolescents with comorbid depression and substance abuse. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gossop M (2003). *Drug Addiction and Its Treatment*. New York. NY: Oxford University Press.
- Gossop M, Marsden J, Stewart D et al (2002). Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*, 14:77-93.
- Gowing L, Farrell MF, Bornemann R et al (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004145.
- Griensven FV, Supawitkul S, Kilmarx PH et al (2001). Rapid assessment of sexual behavior, drug use, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted diseases in Northern Thai youth using audio-computer-assisted self-interviewing and noninvasive specimen collection. *Pediatrics*, 108:1:e13
- Haggerty KP, Skinner ML, MacKenzie EP et al (2007). A randomized trial of Parents Who Care: effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prevention Science*, 8:249-260.
- Heilig M (2011). A welcome change that stops short of being fully satisfying. *Addiction*, 106:874-875.
- Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE et al (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78:885-897.
- Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC et al (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343:1290-1297.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG et al (2011). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2010: Volume I, Secondary School Students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Knight JR, Sherritt L, Shrier LA et al (2002). Validity of CRAFFT substance abuse screening tests among adolescent clinic patients. *Archives in Paediatric & Adolescent Medicine*, 156:607-614.
- Knight JR Shrier, LA, Bravender TD et al (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153:591-596.
- Liddle HA (2002). *Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA et al (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Family based versus group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36:49-63.
- Macgowan MJ, Engle B (2010). Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:527-545.
- Magill M, Ray LA (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70:516-527.
- Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ et al (2005). Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents. A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 62:1157-1164.
- Marlatt GA, Gordon JR (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martino S, Grilo CM, Fehon DC (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviours*, 25:57-70.
- Meyer RE (2011). A commentary on 'addiction and dependence in DSM-V'. *Addiction*, 106:873-874.
- Miller WR, Rollnick S (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change Addictive Behavior*. New York: Guildford Press.
- Narcotics Division of Security Bureau, Hong Kong (2011). *The 2008/09 Survey of Drug Use among Students*. The Government of Hong Kong SAR.
- O'Brien C (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106:866-867.
- Poznyak V, Reed GM, Clark N (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-V. *Addiction*, 106:868-870.

- Prochaska JO, DiClemente CC (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M Hersen, P M Miller, R Eisler (eds), *Progress in Behavior Modification* Vol 28. New York: Wadsworth Publishing, pp184-218.
- Rhee SH, Hewitt JK, Young SE et al(2003). *Archives of General Psychiatry*, 60:1256-1264.
- Rollnick S, Miller WR (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23:325-335.
- Rowe CL (2010). Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:563-576.
- Rowe CL, Parker-Sloat B, Schwartz S et al (2003). Family therapy for early adolescent substance abuse. In Stevens S, Morral A (eds), *Adolescent Drug Treatment: Theory and Implementation in Eleven National Projects*. Binghamton, NY: Haworth Press, pp105-132.
- Saunders B, Wilkinson C, Philips M (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90:415-424.
- Shoptaw SJ, Kao U, Heinzerling K et al (2009). Treatment for amphetamine withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003021. DOI: 10.1002/14651858. CD003021. pub2.
- Sorensen JL, Copeland AL (2000). Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug & Alcohol Dependence*, 59:17-31.
- Subramaniam M, Cheok C, Verma S et al (2010). Validity of a brief screening instrument - CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addictive Behaviors*, 35:1102-1104.
- Sussman S, Earleywine M, Wills T et al (2004). The motivation, skills, and decision-making model of "drug abuse" prevention. *Substance Use & Misuse*, 39:1971-2016.
- Thomas R, Perera R (2006). School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi:10.1002/14651858, Art. No.:CD001293.
- White V, Smith G (2009). *Tobacco, Alcohol, Over-the-Counter and Illicit Substance Use among Australian Secondary School Students 2008*. Canberra: Australian Government Department of Health and Aging.
- Williams JF, Storck M et al (2007). Inhalant Abuse. *Pediatrics*, 119:1009-1017.
- Willner P (2000). Further validation and development of a screening instrument for the assessment of substance misuse in adolescents. *Addiction*, 95:1691-1698.
- Winters KC, Martin CS, Chung T (2011). Substance use disorders in DSM-V when applied to adolescents. *Addiction*, 106:882-883.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
-

# Apéndice G.3.1

## La entrevista de diagnóstico CARLOS (CRAFT)

**Inicio: “Le voy a hacer algunas preguntas que le hago a todos mis pacientes. Le agradezco que responda con la mayor sinceridad posible. Trataré sus respuestas de manera confidencial.”**

### Parte A

**Durante los ÚLTIMOS 12 MESES:**

	No	Sí
1. ¿Ha consumido <u>bebidas alcohólicas</u> (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha fumado <u>marihuana</u> o probado <u>hachís</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha usado <u>algún otro tipo</u> de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(El término “algún otro tipo” se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.)

**Para uso exclusivo del personal médico: ¿Respondió el paciente “sí” a cualquiera de las preguntas de la Parte A?**

No

Sí

**Passar a la pregunta B1 solamente**

**Passar a las 6 preguntas CARLOS**

### Parte B

	No	Sí
1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un <u>CARRO</u> o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus <u>AMIGOS</u> o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para <u>RELAJARSE</u> , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha metido, alguna vez, en <u>LÍOS</u> o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se le ha <u>OLVIDADO</u> , alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba <u>SOLO</u> o SOLA, sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN:

La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON, 2009. TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research, CeASAR, Children's Hospital Boston. ([www.ceasar.org](http://www.ceasar.org))