



ALUMNO:

UZIEL DOMINGUEZ ALVAREZ

DOCRNTR:

DR. ISRAEL DE JESUS GORDILLO LOPEZ

ACTIVIDAD:

METODO DE INVESTIGACIÓN

ASIGNATURA:

DISEÑO EXPERIMENTAL

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD:

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LUGAR Y FECHA:

TAPACHULA CHIAPAS A 17/05/2024



Viernes 25 de marzo de 2022

Seminario:

**Lo que esconde el consumo
de sustancias en adolescentes**

Moderadora:

Begoña Rodríguez-Moldes Vázquez

Pediatra. CS Alamín. Guadalajara.

Ponente/monitor:

■ **Antonio Terán Prieto**

*Especialista en Psiquiatría. Adicciones.
Valladolid.*

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Terán Prieto. Adolescentes y consumo de drogas. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 167-175.



Adolescentes y consumo de drogas

Antonio Terán Prieto

Especialista en Psiquiatría. Adicciones. Valladolid.

aterpri@gmail.com

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de profundos cambios biológicos, psicológicos y sociales, en la transición de la infancia a la edad adulta; que esconden factores de riesgo para la salud en general y en el inicio del consumo de drogas en particular. Es un tiempo de especial vulnerabilidad que el especialista en Pediatría debe conocer y tener en cuenta en el abordaje, diagnóstico y tratamiento de esta patología. Entender la singularidad del adolescente, en la mayor parte de los casos obligado a acudir a la consulta, además de sus sentimientos de omnipotencia y omnisciencia, a los que se suma la precontemplación respecto a sus problemas relacionados con el consumo de drogas, es fundamental en el cumplimiento del objetivo preventivo –“prevenir es siempre mejor que curar”– o del tratamiento cuando el problema se ha instaurado. Los adolescentes viven, piensan, sienten, se divierten, sufren y experimentan como sus amigos. Difícilmente aceptan que determinados comportamientos puedan ser problemáticos para su salud, ni ante la presencia de complicaciones, simplemente porque repiten y comparten los modelos de sus iguales. La comprensión de todo ello mejorará la eficacia y eficiencia de los programas terapéuticos. ¿Qué esconde la adolescencia? ¿Cuál son los factores que hacen a los adolescentes vulnerables frente al consumo de drogas? son preguntas que intentaremos contestar a lo largo del presente capítulo.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un momento de cambios importantes en el proceso vital en el que la dependencia y protección del medio familiar, fundamental durante la infancia, se transforma en el deseo de independencia del púber y la necesidad de escrutar e interactuar con el entorno. Los cambios madurativos en lo biológico, psicológico y social marcan la transformación progresiva del niño en joven/adulto. El paso del pensamiento concreto al abstracto, la creación de la propia identidad e imagen corporal, el establecimiento de sus propias ideas y valores morales, la reactividad/inestabilidad emocional, las relaciones y el rol en el grupo de iguales, los proyectos de futuro, son característicos, entre otros, de este periodo y explican el comportamiento de los adolescentes en la preparación para la adultez. Esta apertura e interacción con el entorno, más allá de la protección del ambiente familiar, no está exenta de riesgos y circunstancias que pueden afectar a los cambios señalados, al tiempo que ocasionan problemas para la salud. El contacto con las drogas, legales e ilegales, es uno de los primeros retos a los que se enfrenta el adolescente y en los que la respuesta de aceptación o rechazo está condicionada por múltiples factores que desarrollaremos a lo largo del presente capítulo.

¿QUÉ DROGAS CONSUMEN LOS ADOLESCENTES-JÓVENES?

La Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES- 2021), muestra cómo, en los últimos 12 meses, el consumo de drogas más frecuente entre los estudiantes de 14-18 años son: alcohol (70,5%), tabaco (30,7%), cannabis (22,2%) e hipnótico-sedantes sin receta (7,2%). Respecto de la encuesta del año 2019 destaca un discreto descenso del consumo de alcohol y tabaco, frente al incremento del consumo de hipnótico-sedantes y la ruptura en la tendencia ascendente que veníamos observando en los últimos años con el cannabis. Asimismo, es importante señalar como el consumo de drogas legales está más extendido entre las chicas, mientras el de drogas ilegales es más habitual en los chicos. La encuesta

también subraya el fenómeno del consumo de cannabis en los jóvenes, destacando el incremento del “consumo problemático” entre los que consumieron esta droga en el último año (17,8%), el mayor porcentaje observado en la serie histórica¹.

Alcohol, tabaco, cannabis e hipnótico-sedantes son las drogas más consumidas en la actualidad por los adolescentes.

FACTORES DE RIESGO FRENTE A FACTORES DE PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

Una amplia revisión de Becoña y Cortes (2011) destaca los factores de riesgo/protección más relevantes en el consumo de drogas diferenciando cinco grupos a saber: factores familiares, factores comunitarios, factores de los compañeros e iguales, factores escolares y factores individuales². Estos autores, siguiendo a Clayton (1992) definen los factores de riesgo/protección como: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que –incrementa– o –inhibe, reduce o atenúa– la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o la transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”³. Los factores de riesgo no son condición inexcusable en la existencia de un problema de drogas en el adolescente, pueden estar presentes o no, aunque si representan las condiciones individuales o sociales que incrementan la probabilidad de que aparezcan. La guía para la prevención del uso de drogas en niños y adolescentes del National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2020)⁴, actualiza y detalla, con evidencias científicas, los diferentes factores relacionados con el consumo a esta edad al tiempo que desarrolla las líneas fundamentales en la prevención.

NEURODESARROLLO Y VALORACIÓN DE RIESGOS

Los avances experimentados en la neurobiología han mostrado como el proceso de maduración del cerebro se produce de forma asíncrona desde regiones posteriores hacia las zonas anteriores (frontales). Durante la adolescencia tiene lugar una amplia transformación en

los circuitos de conexión interneuronal: corteza prefrontal, sistema límbico, sistema mesolímbico, etc.; fenómeno conocido como *pruning* o “poda”, mecanismo esencial para el desarrollo del sistema nervioso que prepara el cerebro para la vida adulta. Una amplia revisión de Guerri (2015) destaca como las zonas involucradas en el sistema de recompensa y de motivación en la búsqueda de estímulos placenteros (estriado, núcleo accumbens, amígdala, etc.) maduran antes que la región cortical prefrontal implicada en la toma de decisiones, la planificación y la inhibición de las conductas impulsivas. Este desequilibrio entre áreas maduras que motivan la búsqueda de recompensa y las áreas inmaduras que planifican e inhiben este impulso, favorece que el individuo adopte conductas exploratorias de alto riesgo ante estímulos novedosos⁵. Por su parte Miñarro (2015) señala a un desequilibrio “fisiológico” en el nivel de los neurotransmisores dopamina/serotonina, propio del momento madurativo del sistema nervioso central en la adolescencia, como responsable de la mayor impulsividad, la presencia de más conductas de riesgo, más búsqueda de sensaciones y preferencia por la novedad. “El funcionamiento de los adolescentes es más promotivo (dopamina) que inhibitorio (serotonina)”⁶. Estructuralmente no existen, en este momento evolutivo, buenas conexiones entre amígdala y corteza. Las decisiones que se toman en la adolescencia están controladas fundamentalmente por la amígdala (estructura dopaminérgica), por lo que evidentemente todo es motivacional. Con el paso de los años mejoran las comunicaciones entre amígdala y corteza cerebral (lóbulo frontal) que ejerce el control inhibitorio (serotoninérgico)⁶.

PERCEPCIÓN DE RIESGO POR LOS JÓVENES DEL CONSUMO DE DROGAS

La percepción de riesgo que tienen los escolares respecto al consumo de drogas puede convertirse en un elemento trascendente en la decisión de probar o experimentar con ellas. La encuesta ESTUDES 2021 muestra entre las diferentes drogas evaluadas, las percepciones de riesgo más altas asociadas con el consumo habitual de sustancias ilegales como la heroína (97,0%), la cocaína en polvo (96,8%) o el éxtasis (96,7%). El can-

nabis, sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes, tampoco está exenta de esta opinión (88,7%). Si ampliamos la valoración del riesgo a las drogas legales: alcohol, tabaco o hipnótico-sedantes; observamos percepciones elevadas a fumar tabaco diariamente (93,9%), al consumo habitual de hipnótico-sedantes (88,6%) y tomar de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana (75,7%). Este último con un incremento muy notable en los últimos cinco años: 56,1% en 2016 frente al 75,7% del 2021. Por regla general, las chicas tienen una mayor percepción de riesgo del consumo habitual de drogas que los chicos. Al mismo tiempo existe cierta polarización por edades. Así los adolescentes de 14 años consideran más peligroso fumar 1-5 cigarrillos diarios, beber alcohol a diario y consumir cannabis, mientras a los 18 años asocian el riesgo más alto a fumar un paquete de tabaco diario, tomar 5-6 bebidas alcohólicas el fin de semana o tomar hipnótico-sedantes habitualmente. Cuando se abordan conductas esporádicas de consumo de sustancias, la percepción de riesgo entre hombres y mujeres arroja diferencias más discretas que en las situaciones de consumo habitual¹.

¿QUÉ MOTIVA EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS ADOLESCENTES-JÓVENES?

A pesar de la valoración de riesgos que hacen los adolescentes del consumo de drogas recogida en la encuesta ESTUDES¹, este sigue produciéndose con prevalencias más o menos altas en función del tipo de droga. La pregunta surge de forma inmediata. ¿Qué motiva el consumo de drogas en los adolescentes/jóvenes? La mayor parte de los estudios realizados en esta población destacan la importancia del grupo de iguales, de los amigos, como elemento fundamental en el consumo. En general, se observa que la prevalencia es más elevada en los adolescentes que cuentan con amigos que también consumen. Circunstancia que observamos tanto para tabaco, cannabis, alcohol (bottellón/borrachera) como para la cocaína¹. El sentido de pertenencia al grupo, el “nosotros” que constituye el grupo de iguales, junto a la vivencia de nuevas experiencias, la diversión, el disfrute, el placer y el sentido de autoafirmación e independencia son elementos

relacionados que han sido destacados por Cañedo *et al.* (2017)⁷. A pesar de lo anteriormente comentado, la “percepción de riesgo” respecto a las drogas representa el factor protector fundamental frente a las primeras experiencias de consumo.

La relación con amigos y/o compañeros consumidores de drogas es uno de los factores de riesgo más significativo para el inicio del consumo de drogas en los chicos y chicas adolescentes.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

Reducir el comportamiento de los adolescentes a únicamente cambios biológicos sería un grave error teniendo en cuenta que hemos señalado esta etapa como de importantes transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.

La edad de inicio del consumo de drogas se relaciona directamente con los riesgos asociados. El inicio más temprano conlleva un mayor daño en un cerebro en proceso de maduración, además de mayor riesgo de evolucionar al abuso/dependencia de las drogas. La encuesta ESTUDES 2021 sitúa el inicio de los primeros consumos de tabaco, alcohol e hipnótico-sedantes en los 14 años, mientras el consumo de cannabis se inicia, por término medio, antes de los 15 años. Otras drogas como: éxtasis, cocaína, anfetaminas y alucinógenos muestran una edad para la primera experiencia en torno a los 15,3-15,6 años. El cerebro en desarrollo es especialmente susceptible a los efectos neurotóxicos de las drogas. La trascendencia y consecuencias del consumo de drogas a edades tempranas ha sido estudiada por Guerri (2015) tanto en animales de experimentación como en humanos en los que, para el alcohol, concluye que el abuso de esta droga en la adolescencia altera el desarrollo normal de la sustancia gris y la mielina en diferentes áreas del cerebro, incluyendo la corteza prefrontal, hipocampo y otras regiones cerebrales, alterando su función e interfiriendo en capacidades básicas y esenciales que se adquieren a estas edades: aprendizaje, pensamiento abstracto, función ejecutiva. Muchos efectos del alcohol durante la adolescencia son permanentes y se mantie-

nen en la edad adulta⁵. Hallazgos similares han sido señalados por otros autores como Maldonado R y Ozaite A (2009) y Maldonado R (2021), para otras drogas como el cannabis^{8,9}.

El cerebro del adolescente se encuentra en proceso de maduración y desarrollo lo que le hace más vulnerable a los efectos neurotóxicos y adictivos de las drogas.

La genética también tiene su protagonismo en los factores asociados al consumo de drogas en adolescentes. Múltiples y variadas son las referencias bibliográficas en las que se relaciona la existencia de antecedentes familiares de alcoholismo y una mayor susceptibilidad en la descendencia a desarrollar problemas de alcohol. Por el contrario, son escasos los que han evaluado la influencia genética en la predisposición al inicio, abuso y dependencia de otras drogas diferentes al alcohol. La conclusión en el año 2003 del Proyecto Genoma Humano (PGH), ha posibilitado la lectura del mapa genético y la apertura de nuevas líneas de investigación en la etiopatogenia y tratamiento de las enfermedades. Las adicciones no han sido excepción y en los últimos años se han investigado genes asociados al abuso de alcohol en los adolescentes sin que, por el momento, se haya identificado alguno “específico” involucrado en el inicio del consumo y/o su abuso. Todo parece indicar que estamos ante la confluencia de factores genéticos y factores ambientales. La epigenética “donde los genes se encuentran con el ambiente” o el estudio de los cambios funcionales, y a veces heredados, en la regulación de la actividad y la expresión de los genes que no dependen de la secuencia genética. Las exposiciones al entorno y las elecciones que hace una persona pueden “marcar” -o remodelar- la estructura del ADN a nivel de la célula o incluso a nivel del organismo completo¹⁰.

El género es otro de los factores que hay que tener en cuenta a la hora de abordar los factores de riesgo en el inicio del consumo de drogas de los adolescentes. Durante mucho tiempo, la tendencia a generalizar el patrón de consumo de los hombres a las mujeres ha supuesto la negación de una realidad marcada por las diferencias biológicas, psicológicas y sociales de las

mujeres, y lo que es más grave, la ausencia de programas de prevención y asistenciales que tuvieran en cuenta la singularidad de estas y sus necesidades específicas. Una prueba de las diferencias la apreciamos en la encuesta ESTUDES 2021, en la que, a pesar de la tendencia a la homogeneización de los patrones de consumo entre chicos y chicas, observamos como las chicas muestran una mayor preferencia por las drogas legales: alcohol, tabaco e hipnótico-sedantes. Asimismo, existe un patrón diferenciado de su consumo. En el caso del alcohol, las chicas reconocen haberse emborrachado en mayor medida que los chicos, sobre todo en los grupos de edad más temprana (14 y 15 años), al tiempo que muestran mayor prevalencia de consumo en "atracción". No obstante, a medida que aumenta la edad, esta variación se acorta hasta el punto de que, en el grupo de 18 años, se registra un porcentaje de *binge drinking* ligeramente mayor en hombres que en mujeres¹. En el caso del tabaco, el hábito de fumar diariamente estaba más presente en las chicas que en los chicos. Sin embargo, las diferencias entre ambos sexos se han ido recortando en los últimos años hasta llegar a un nivel de prevalencia similar. A medida que aumenta la edad, aumenta la prevalencia de fumar, siendo los 18 años la edad de mayor consumo para ambos sexos. Asimismo, es la edad en la que observamos la mayor diferencia entre las prevalencias de consumo (20,2% mujeres vs. 16,8% hombres). Finalmente, los hipnótico-sedantes con o sin receta, desde el inicio de la serie histórica presentan, en todos los tramos temporales, una mayor prevalencia de consumo en las chicas, alcanzando en 2021 los valores más altos desde que se monitoriza este indicador¹. Sin embargo, las diferencias más significativas respecto a los hombres las observamos en la especial sensibilidad y vulnerabilidad a los efectos tóxicos de las drogas en relación con las características: biológicas, psicológicas y sociales propias de las mujeres. Un ejemplo demostrativo de esta diferencia lo observamos para el consumo de alcohol. A nivel biológico, las mujeres adolescentes presentan diferencias en: peso, distribución de la grasa corporal, metabolización gástrica (enzima alcohol deshidrogenasa), etc. El resultado es que a igual cantidad de alcohol ingerida que los hombres adolescentes, los efectos tóxicos son más importantes en las mujeres. Probablemente sea debido a esta fisiología diferente

por lo que la mujer presenta mayor deterioro, gravedad y complicaciones asociados al consumo de alcohol. Otra de las características diferenciales y de especial trascendencia en la mujer es la presencia de embarazos y los efectos tóxicos directos del consumo de drogas sobre la evolución de este y la salud del feto. Las diferencias a nivel psicosocial también tienen protagonismo en la vulnerabilidad de la mujer frente a las drogas. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017) señala algunos aspectos diferenciales a tener en cuenta. Las mujeres experimentan más estigma que los hombres al interpretarse que contravienen sus roles como madres y cuidadoras. El estigma puede incrementar el sentimiento de culpa y vergüenza al tiempo que favorecer la ocultación y la no petición de ayuda especializada. Tener un amigo o pareja consumidor de drogas desempeña un papel importante en el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo. Las mujeres tienen mayor probabilidad de haber sufrido agresión sexual y física o abusos en la niñez. La presencia de trastorno por estrés postraumático y otras enfermedades mentales como depresión, ansiedad, etc., son frecuentes en las mujeres usuarias de drogas¹¹. Sánchez (2012) describe un amplio grupo de elementos diferenciales y factores de impacto del consumo de drogas en la mujer concluyendo: "Aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas es sensiblemente menor que el de hombres, los problemas que presentan las mujeres tienen una mayor gravedad, lo que las hace merecedoras de una atención específica"¹².

La existencia de comorbilidad psiquiátrica adquiere especial relevancia en el "riesgo" a nivel individual de consumo de drogas. Así, la presencia de trastornos de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, entre otros; incrementan la probabilidad de consumir drogas a edades más tempranas y evolucionar a abuso/dependencia de forma más rápida. El National Institute on Drug Abuse (NIDA) alerta sobre algunas de las señales de riesgo que pueden verse tan pronto como en la infancia o en la niñez temprana y están en relación con la presencia de conducta agresiva, la falta de autocontrol o

un temperamento difícil⁴. La personalidad es otro de los factores que se ha estudiado a la hora de valorar los riesgos de los adolescentes/jóvenes en el consumo de drogas y de la que existe una amplia representación en la literatura científica. Entre los elementos más referidos destaca la impulsividad en sus dos dimensiones: necesidad de refuerzo inmediato (inicio del consumo) y la no planeada (mantenimiento del consumo). Aunque, si tenemos que prestar una atención especial e inexcusable en la valoración de adolescentes con problemas de drogas, esta debiera dirigirse a la existencia en la infancia de abusos físicos, sexuales u otras experiencias traumáticas. En los últimos años es frecuente encontrar al acoso escolar o en redes sociales (*bullying*, *ciberbullying*), implicados en el consumo de drogas y el desarrollo de un trastorno adictivo. Pero, los trastornos mentales no solo existen como factor de riesgo o de vulnerabilidad para el inicio del consumo de drogas en los adolescentes. El propio consumo en este momento del proceso madurativo cerebral puede generar todo tipo alteraciones neurocognitivas y patologías mentales que afectan al comportamiento, a las relaciones familiares y sociales, al rendimiento académico y laboral, etc. En definitiva, a la respuesta funcional frente a las necesidades de la vida diaria y la calidad de vida presente y futura. La relación entre drogas y salud mental es compleja. Estaríamos ante una vulnerabilidad de "ida y vuelta". Por una parte, los problemas mentales hacen vulnerable al adolescente frente al inicio del consumo de drogas, mientras que el consumo de estas puede aumentar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental en personas vulnerables o exacerbar los ya existentes. Al contrario de la creencia extendida entre los jóvenes en la minimización de los efectos tóxicos y de la capacidad adictiva de algunas drogas, debemos ser contundentes a la hora de afirmar el que: ¡no existen drogas duras y drogas blandas! Todas son drogas y tienen efectos tóxicos sobre el sistema nervioso central, mucho más cuando su consumo se inicia a edad temprana y el cerebro se encuentra en periodo de maduración. Unas drogas tienen capacidad neurotóxica más intensa y rápida mientras otras lo hacen de forma más lenta e insidiosa.

La presencia de comorbilidad psiquiátrica en los adolescentes incrementa la probabilidad del consumo de drogas, del inicio a edades más tempranas y la evolución a la adicción.

Los adolescentes/jóvenes pueden presentar con cierta frecuencia episodios de consumo intensivo de una o varias drogas asociados al fin de semana, a celebraciones en fechas señaladas o fiestas tradicionales. La complicación con estados de intoxicación y de afectación del nivel de conciencia, de la capacidad cognitiva y la toma de decisiones, incrementa los riesgos de presentar otros problemas para la salud: accidentes de tráfico, traumatismos y contusiones por caídas, agresividad, participación en peleas, reyertas o actos vandálicos, conductas sexuales de riesgo, contagio de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, violencia sexual (abuso/violación), etc.; que agravan y ponen en riesgo la situación vital del adolescente y su proyecto de futuro.

No existen drogas duras y drogas blandas, todas son drogas y tienen efectos neurotóxicos, mucho más cuando su consumo se inicia a edad temprana y el cerebro se encuentra en periodo de maduración.

FACTORES DE RIESGO EN EL CONTEXTO SOCIAL

Junto a los factores de riesgo del propio sujeto, existen otros relacionados en la interacción de este con el entorno, el contexto social: familiar, académico, grupo de iguales y comunidad de residencia; que adquieren relevancia en los momentos diferentes de la transición de la niñez a la juventud/adulthood.

Los valores y creencias respecto al uso de drogas de la comunidad en la que se desenvuelve el adolescente tienen una gran importancia en el inicio y primeros consumos. Estos se verán favorecidos o entorpecidos por la facilidad para acceder a las sustancias, tanto por el control sobre su distribución y venta como por el precio de estas. La percepción de riesgo por los adolescentes sobre su uso ya ha sido señalada en este capítulo como un factor de riesgo valorado periódicamente en las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas

por su alto impacto en el inicio del consumo, la continuidad de este y la importancia en la comprensión del fenómeno a estas edades. Todo parece indicar que cuanto mayor es el riesgo percibido menor es el consumo de drogas y lo contrario. Finalmente, son conocidos y ampliamente estudiados factores relacionados con la organización social-comunitaria como la pobreza, la marginación y la aculturación o proceso en el cual una persona adquiere una nueva cultura o incorpora elementos de esta, ligados a los fenómenos migratorios de total actualidad.

La familia probablemente sea otro de los factores fundamentales en el inicio del consumo por los adolescentes. Desde el momento del nacimiento se convierte en el espacio de socialización donde tienen lugar la interacción con padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc.; referentes en el desarrollo de su identidad y personalidad, así como el de las actitudes relacionadas con la salud y las drogas. La relación de apego o vínculo emocional que el niño desarrolla con sus padres o cuidadores será fundamental en el equilibrio emocional y la conformación de su personalidad. Cuando este se produce de forma positiva “apego seguro” se convierte en un factor de protección, a mayor apego menor consumo de drogas en los hijos. Por el contrario, si se produce de forma negativa “apego inseguro”, surgirán dificultades en el logro de la identidad, en el manejo de las emociones, en las estrategias para arrostrar las adversidades y la posibilidad del uso de drogas en el afrontamiento del estrés asociado a ellas. En definitiva, en un factor de riesgo. La presencia del consumo de drogas en el ámbito familiar, principalmente por los progenitores, y las actitudes favorables y/o permisivas de estos hacia su consumo suponen un factor de riesgo fundamental para el consumo en los hijos, mayor si además se suman otros factores como la ausencia de límites y normas de comportamiento, ausencia de supervisión, crianza ineficiente, comunicación ineficaz, ausencia de valores, conflictividad y violencia intrafamiliar, etc.

La influencia del grupo de iguales, de los amigos, en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas destaca en la mayor parte de los estudios realizados en adolescentes/jóvenes. Para Sánchez-Queijo *et al.* (2015), se

consume –se bebe– en ausencia de los adultos y en compañía del grupo de amigos, compartiendo experiencias que son las que dan lugar a un estilo de vida del grupo y los miembros que lo componen¹³. El consumo puede ser motivado tanto por el sentido de pertenencia al grupo, como por la presión del rechazo de los iguales que puede sufrir el adolescente de no cumplir con las expectativas de aquellos. La asociación con compañeros que abusan de las drogas con frecuencia es el riesgo más inmediato para que los adolescentes se expongan al abuso de drogas y al comportamiento delincuente⁴.

La escuela/colegio/instituto es el espacio de socialización, al margen del familiar, en el que más tiempo pasa el adolescente y que influye de forma trascendental en su desarrollo personal. La presencia de comportamientos negativos o una conducta social deficiente, los bajos rendimientos académicos, el fracaso escolar, el apego deficiente, el absentismo, la relación con compañeros que abusan de las drogas y, en último término, el abandono del centro de formación y de los estudios, suponen un factor de riesgo conocido en la implicación de actividades al margen de la ley y el consumo de drogas. En algunas ocasiones podemos encontrar un efecto sinérgico con factores de riesgo descritos en el ámbito familiar y/o comunitario que incrementan el desajuste en el adolescente y las probabilidades de desarrollar el uso, abuso o dependencia de drogas². El NIDA señala diferentes periodos clave de mayor riesgo en el uso de drogas en el ámbito escolar-académico. El paso de la Primaria a la Secundaria, momento en el que los adolescentes enfrentan desafíos sociales, emocionales y académicos, al tiempo que aumenta la posibilidad de estar más expuestos a consumidores de drogas y/o actividades relacionadas con las mismas. El inicio de la universidad o de la actividad laboral, momento en el que se encuentra solos, con menor apoyo familiar, lo que puede incrementar el riesgo de abuso de alcohol y drogas ilegales⁴.

Las evidencias científicas muestran como los adolescentes que consumen drogas y evolucionan al abuso y dependencia de estas, acumulan múltiples factores de riesgo, mientras son bajos o inexistentes los factores de protección.

¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA?

Muchos adolescentes, chicas y chicos, consumen drogas, pero solo una minoría desarrollarán problemas de abuso y/o dependencia. A pesar de ello, los posibles problemas y complicaciones que puedan surgir asociados a las drogas en este trascendental momento evolutivo, hacen que en una publicación anterior, Terán et al (2017) destacásemos la necesidad de identificar de forma temprana los factores de riesgo y protección, los signos y síntomas de sospecha de los primeros contactos con las drogas, como elementos fundamentales en la intervención temprana, en la prevención de complicaciones asociadas y la evolución a los trastornos adictivos¹⁴. El pediatra tiene una importancia capital en el tratamiento de los problemas de drogas al ser la puerta de entrada, el primer paso, si exceptuamos la urgencia hospitalaria, en el acceso de los adolescentes al sistema sanitario. Es en este momento, “el primer contacto”, cuando adquieren gran importancia aspectos como: la motivación, la información, el consejo sanitario (intervención breve), la propuesta de tratamiento específico, así como el abordaje de la patología específica presente en cada momento¹⁵. Debemos enseñar, adiestrar y potenciar en los adolescentes las actitudes, habilidades y estrategias que posibiliten el afrontamiento de las situaciones de riesgo y protejan frente al consumo de drogas. Transmitir una información completa y veraz sobre las drogas y sus consecuencias. Aclarar todas sus dudas al tiempo que alertar sobre la existencia de fuentes de información sesgadas o espurias. Poner en valor la salud y el cuidado activo y comprometido de esta. Finalmente, en los adultos: padres, familiares, profesores, monitores, médicos, autoridades, etc.; evitar las contradicciones entre lo que enseñamos y lo que hacemos, “enseñar con el ejemplo” fortalecerá la calidad del mensaje preventivo a nivel familiar, escolar y comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESTUDES 2021. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2021.
2. Factores psicológicos en las adicciones. En: Becoña E, Cortes M (coords.). Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación. Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Barcelona: Socidrogalcohol; 2011. p. 45-64.
3. Clayton RR. Transitions in drug use: risk and protective factors. En: Glantz M, Pickens R (eds.). Vulnerability to drug abuse. Washington DC: American Psychological Association; 1992. p. 15-51.
4. Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes. Los principios de la prevención. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Junio 10, 2020. [Fecha e acceso 7 ene 2022]. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/los-principios-de-la-prevencion>.
5. Guerri Sirera C. Consecuencias bio-psico-sociales derivadas del consumo intensivo. Investigación básica en animales. En: Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica. Barcelona: Socidrogalcohol; 2015. p. 59-67.
6. Miñarro J. El cánnabis ¿una droga inofensiva? En: Debates en Drogodependencias. Bueno FJ, Miñarro J, Aleixandre R (eds.). Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas. Plan Municipal de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Concejalía de Sanidad, Salud y Deportes. Ayuntamiento de Valencia; 2016. p. 33-47.
7. Cañedo M (coord.). “Sudar Material”: cuerpos, afectos, juventud y drogas. Una etnografía de los consumos de atracón entre jóvenes madrileños. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
8. Puighermanal E, Marsicano G, Busquets-García A, Lutz B, Maldonado R, Ozaita A. Cannabinoid modulation of hippocampal long-term memory. *Nat Neurosci*. 2009;12:1152-8.

9. Ricart M. ¿Regular el cannabis? La paradoja de la marihuana: efectos negativos y propiedades medicinales. *La Vanguardia*. 18 de octubre 2021. [Fecha de acceso 18 ene 2022]. Disponible en <https://www.lavanguardia.com/vida/20211018/7796747/paradoja-marihuana.html>
10. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Genética y epigenética de la adicción- DrugFacts. Revised agosto 2019. [Fecha de acceso 18 ene 2022]. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/genetica-y-epigenetica-de-la-adiccion>.
11. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction -EMCDDA-. Women with drug problems. In: Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2017. p. 105-10.
12. Sánchez Pardo I. Género y drogas. Guía Informativa. Alicante: Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud; 2012.
13. Sánchez-Queija I, Moreno C, Rivera F, Ramos P. Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo XXI. *Gac Sanit*. 2015;29(3):184-9.
14. Terán A, Mayor E, García I. Drogodependencias en el adolescente. Actuación desde la consulta. *Pediatr Integral*. 2017;XXI(5):343-9.
15. Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013;XVII(3):205-16.

1. ¿cuál es el problema de investigación?

El problema de investigación es identificar los factores que contribuyen al uso indebido y al tráfico ilícito de drogas en una determinada población, así como evaluar los impactos sociales, económicos y de salud de estas actividades. Esto incluye explorar las causas subyacentes, los patrones de consumo, las rutas de tráfico, y las consecuencias para la comunidad y los individuos.

2. ¿cuál es la muestra?

Grupos de personas, como:

Consumidores de drogas en tratamiento o en programas de rehabilitación.

Personas arrestadas por delitos relacionados con el tráfico de drogas.

Residentes de áreas con alta prevalencia de uso indebido de drogas.

Profesionales de la salud y trabajadores sociales que trabajan con personas afectadas por el uso de drogas.

3. ¿cómo fue elegida?

- Muestreo estratificado: La población se divide en diferentes estratos (por ejemplo, consumidores de drogas, traficantes, residentes de áreas de alta prevalencia, profesionales de la salud).
- Muestreo aleatorio: Dentro de cada estrato, se seleccionan participantes al azar para asegurar representatividad y minimizar sesgos.

4. ¿son adecuadas la muestra y el procedimiento de muestreo para el problema que se investigó?

El muestreo estratificado asegura que todos los subgrupos relevantes están representados.

El muestreo aleatorio dentro de cada estrato ayuda a obtener una muestra representativa de la población, lo que es crucial para obtener resultados válidos y confiables.

5. ¿cuáles son los principales resultados o conclusiones?

- Factores de riesgo: Identificación de factores socioeconómicos y familiares que aumentan la probabilidad de uso indebido y tráfico de drogas.
- Patrones de consumo: Variaciones en los patrones de consumo entre diferentes grupos demográficos.
- Impacto: Evaluación del impacto negativo del uso indebido y el tráfico de drogas en la salud pública

6. ¿dichos resultados son generalizables a una población mayor?

Los resultados pueden ser generalizables a una población mayor si la muestra fue adecuadamente seleccionada y representa fielmente a la población objetivo

7. con base en la muestra, ¿pueden tomarse como serias dichas generalizaciones justifican tu respuesta?

Si el muestreo fue bien diseñado y ejecutado, y la muestra es suficientemente grande y diversa, entonces las generalizaciones pueden considerarse serias. Sin embargo, deben tomarse en cuenta las limitaciones del estudio, como posibles sesgos de selección o el contexto específico en el que se realizó el estudio.

para que las generalizaciones sean válidas:

- La muestra debe ser representativa de la población general.
- El procedimiento de muestreo debe minimizar los sesgos.
- Los resultados deben ser interpretados en el contexto del diseño del estudio y sus limitaciones.

MUERTES, TRAUMATISMO Y PROBLEMA SOCIAL CON EL TRANSITO VEHICULAR

Cada año, aproximadamente 1,19 millones de personas fallecen como consecuencia de accidentes de tránsito. Entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, muchos de los cuales provocarán una discapacidad. Las lesiones causadas por el tránsito ocasionan pérdidas económicas considerables para las personas, sus familias y los países en su conjunto. Esas pérdidas se deben a los costos del tratamiento y a la pérdida en términos de productividad de las personas que mueren o quedan discapacitadas como consecuencia de las lesiones sufridas, así como al tiempo de trabajo o de estudio que los familiares de los lesionados deben distraer para atenderlos. Las colisiones debidas al tránsito cuestan a la mayoría de los países el 3% de su PIB.

Grupos de riesgo en función de la situación socioeconómica

Más del 90% de las defunciones causadas por accidentes de tránsito se producen en los países de ingreso bajo y mediano. Las tasas de mortalidad más elevadas debidas a esta causa se registran en la Región de África de la OMS y las más bajas, en la de Europa. Incluso en los países de ingreso alto, las personas de nivel socioeconómico más bajo corren más riesgo de verse involucradas en estas colisiones.

En función de la edad

Los traumatismos debidos al tránsito son la principal causa de mortalidad entre los niños y los jóvenes de 5 a 29 años. Dos tercios de las muertes por accidentes de tránsito se producen entre personas en edad de trabajar (18-59 años).

En función del sexo

Los hombres suelen tener tres veces más probabilidades de morir en un accidente de tránsito que las mujeres.

Factores de riesgo

El enfoque de sistema seguro: tener en cuenta el error humano

Los sistemas de transporte deberían responder a las necesidades de los usuarios y perdonar el error humano. El enfoque de sistema seguro aboga por un sistema de transporte seguro para todos los usuarios de las carreteras. Este enfoque tiene en cuenta la vulnerabilidad de las personas a los traumatismos graves causados por el tránsito, y reconoce que, al concebir el sistema, debería tenerse en cuenta el error humano. Los elementos más importantes de este enfoque son la seguridad de las vías y los arcones, la circulación a velocidades seguras y la seguridad de los vehículos y los usuarios, y todos ellos deben abordarse para acabar con las colisiones mortales y reducir el número de traumatismos graves.

La velocidad

Existe una relación directa entre el aumento de la velocidad media y la probabilidad de que ocurra una colisión, así como con la gravedad de sus consecuencias. Por ejemplo, por cada aumento del 1% en la velocidad media, el riesgo de que se produzca una colisión mortal se incrementa en un 4%, y el de colisión grave, en un 3%.

El riesgo de muerte para los peatones atropellados frontalmente por un automóvil se dispara (por ejemplo, si pasamos de 50 km/h a 65 km/h, este riesgo es 4,5 veces superior). En los impactos laterales entre automóviles que circulan a 65 km/h, el riesgo de mortalidad para los ocupantes es del 85%.

Conducción bajo los efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas

Conducir bajo los efectos del alcohol o de cualquier droga o sustancia psicoactiva aumenta el riesgo de que se produzca una colisión que cause muertes o lesiones graves. En los casos de conducción bajo los efectos del alcohol, el riesgo de colisión existe incluso con un nivel bajo de alcohol en la sangre, y aumenta considerablemente cuando el conductor presenta un nivel igual a superior a 0,04 g/dl. Cuando se conduce bajo los efectos de las drogas, el riesgo de colisión aumenta en mayor o menor medida en función de la sustancia psicoactiva consumida. Por ejemplo, el riesgo de accidente mortal en el caso de una persona que haya tomado anfetaminas es unas cinco veces superior al de un conductor que no las haya consumido.

No utilización de cascos, cinturones de seguridad y sistemas de sujeción para niños

Utilizar correctamente el casco puede hacer que el riesgo de morir en un accidente de tránsito se divida por más de seis y que el de sufrir lesiones cerebrales se reduzca hasta en un 74%.

El uso del cinturón de seguridad puede reducir hasta en un 50% el riesgo de muerte entre los ocupantes del vehículo.

El uso de sistemas de sujeción para niños permite reducir hasta en un 71% el riesgo de muerte entre los niños.

Distracciones durante la conducción

Existen muchos tipos de distracciones que pueden afectar a la conducción. La distracción debida al uso de teléfonos celulares es un motivo de preocupación cada vez mayor en el ámbito de la seguridad vial.

Los conductores que usan el teléfono mientras conducen tienen cuatro veces más probabilidades de verse involucrados en una colisión que los que no lo hacen. Esta distracción hace que se reduzca la velocidad de reacción (sobre todo para frenar, pero también frente a las señales de tránsito) y que el vehículo tenga tendencia a no mantenerse en el carril correcto y a no guardar las debidas distancias.

Los teléfonos manos libres no son mucho más seguros que los teléfonos portátiles. Enviar mensajes de texto aumenta considerablemente el riesgo de un accidente.

Falta de seguridad de la infraestructura vial

El trazado vial puede afectar notablemente a la seguridad. Teóricamente, todas las vías deberían concebirse teniendo en cuenta la seguridad de todos los usuarios. Esto supondría velar por que hubiera unos servicios adecuados para peatones, ciclistas y motociclistas. Las aceras, los carriles para bicicletas, los cruces seguros y otras medidas de ordenamiento del tránsito pueden ser fundamentales para reducir el riesgo de lesiones entre los usuarios.

Falta de seguridad de los vehículos

La seguridad de los vehículos es esencial para evitar colisiones y reducir la probabilidad de que se produzcan traumatismos graves. Existen una serie de prescripciones de las Naciones Unidas en materia de seguridad de los vehículos que, si se aplicaran a los criterios nacionales de fabricación y producción, permitirían salvar muchas vidas. Estas prescripciones exigen, por ejemplo, que los fabricantes de vehículos cumplan normas relativas a los impactos frontales y laterales, incluyan el control electrónico de la estabilidad (para prevenir el sobreviraje) y equipen todos los vehículos con airbags y cinturones de seguridad. Sin esas normas básicas, aumenta considerablemente el riesgo de traumatismos causados por el tránsito, tanto para los ocupantes del vehículo como para quienes no viajan en él.

Atención insuficiente tras las colisiones

Las demoras para detectar la necesidad de ofrecer asistencia a las víctimas de colisiones de tránsito y al prestarla aumentan la gravedad de las lesiones. En la atención de esos traumatismos, el tiempo de reacción desempeña un papel extremadamente importante: unos pocos minutos de demora pueden decantar la balanza entre la vida y la muerte. Para mejorar la atención después de una colisión, es necesario velar por que se pueda recibir oportunamente atención prehospitalaria y mejorar tanto la calidad de esta atención como la de la hospitalaria, por ejemplo, mediante programas de capacitación especializada.

Cumplimiento insuficiente de las normas de tránsito

Si no se vela por el cumplimiento de las normas de tránsito que regulan la conducción bajo los efectos del alcohol, el uso del cinturón de seguridad, los límites de velocidad, el empleo de cascos y los sistemas de sujeción para niños, no se podrá lograr la reducción prevista en el número de defunciones y de traumatismos debidos al tránsito relacionados con comportamientos específicos. Por consiguiente, si no se hacen cumplir las normas de tránsito, o si existe esa percepción, es probable que no se respeten y, consiguientemente, su influencia en los comportamientos será mínima.

Para que estas normas se apliquen de manera efectiva es preciso establecer, actualizar periódicamente e implementar, a nivel nacional, municipal y local, normas de prevención de los factores de riesgo mencionados. Ello incluye también definir las sanciones apropiadas.

Prevención

Los traumatismos por colisiones causadas por el tránsito se pueden evitar. Los gobiernos deben adoptar medidas para abordar la seguridad vial de manera holística. Esto requiere la participación de múltiples sectores, tales como los del transporte, la policía, la salud y la educación, así como del sector privado y de organizaciones de la sociedad civil. Exige medidas que aborden la seguridad de las carreteras, los vehículos y todos los usuarios de la carretera.

Las intervenciones eficaces incluyen diseñar unas infraestructuras más seguras e incorporar características de seguridad vial en la planificación del uso del terreno y del transporte, mejorando las características de seguridad de los vehículos; mejorar la atención después de un accidente para

las víctimas de accidentes de tráfico; promulgar leyes relacionadas con los principales riesgos y velar por su cumplimiento, y aumentar la sensibilización pública.

Respuesta de la OMS

La OMS colabora con los Estados Miembros y con asociados de todos los sectores para apoyar la evaluación, la aplicación y la planificación de la seguridad vial. En cuanto que organismo encargado de la seguridad vial en el seno del sistema de las Naciones Unidas, la OMS desempeña un papel fundamental en la tarea de orientar los esfuerzos mundiales mediante la promoción de la seguridad vial al más alto nivel, la recopilación y el intercambio de prácticas óptimas y la sensibilización sobre la seguridad vial.

¿cuál es el problema de investigación?

El problema de investigación es comprender cómo el tránsito vehicular contribuye a la muerte, traumatismos y problemas psicológicos en las personas, especialmente en relación con la frustración de llegar a tiempo a la escuela, trabajo o negocio. Se busca identificar las causas de accidentes de tránsito, los factores que aumentan la frustración en los conductores y pasajeros.

¿cuál es la muestra?

Conductores y pasajeros que han experimentado accidentes de tránsito, Estudiantes, empleados y empresarios que frecuentemente enfrentan retrasos debido al tráfico, Profesionales de salud que atienden a víctimas de accidentes de tránsito y personas con estrés relacionado con el tráfico, Policías de tránsito y funcionarios de transporte que manejan la regulación del tráfico.

¿cómo fue elegida?

- La población se divide en estratos como víctimas de accidentes de tránsito, personas que enfrentan retrasos regularmente, profesionales de la salud y reguladores del tráfico.
- Muestreo aleatorio: Dentro de cada estrato, se seleccionan participantes al azar para asegurar representatividad y minimizar sesgos.

¿son adecuadas la muestra y el procedimiento de muestreo para el problema que se investigó?

El muestreo estratificado asegura que todos los subgrupos relevantes están representados.

El muestreo aleatorio dentro de cada estrato ayuda a obtener una muestra representativa de la población, lo cual es crucial para obtener resultados válidos y confiables.

¿cuáles son los principales resultados o conclusiones?

Factores de riesgo: Identificación de los principales factores que contribuyen a los accidentes de tránsito, como el exceso de velocidad, la distracción al volante y la conducción bajo los efectos del alcohol o drogas.

Impacto psicológico: Evaluación del impacto del tráfico en la salud mental.