

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL
HOSPITAL DR. JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS

**CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN
ADOLESCENTES. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Psiquiatría Infantil y Juvenil.

Eliú R. Torres M.

Tutor: Edgar J. Belfort

Caracas, noviembre 2013

Dr. Edgar J. Belfort
Tutor

Dr. Edgar J. Belfort
Director del Curso

Dra. Omaira Rosales
Coordinador del Curso

Dr. Hender Rangel
Asesor Metodológico

DEDICATORIA

Fácil es soñar con una nueva meta... difícil es concretarla y hacerla realidad...
Planificamos, vencemos obstáculos, damos nuevos pasos con la esperanza infinita de plasmarla en ese futuro lejano que parecía inalcanzable...
Una vez que lo logras o lo repites nuevamente... se siente parecido, se saborea diferente pero la emoción y la esencia siguen siendo la misma...
Finalmente piensas en plantearte otro reto, repitiéndose nuevamente el ciclo.

Quiero ser agradecido y humilde al dedicar mi esfuerzo y constancia a todos...
A Dios, mi familia, a los siempre presentes, especialmente a mi Tutor y a los que indirectamente contribuyeron conmigo... una vez más, esto es para ustedes.

Eliu Raphael Torres Maldonado.

AGRADECIMIENTO

En honor a los que ya no están... a mis Abuelos.

A quienes conmigo han estado... mi familia, especialmente a mi Madre.

A los que estuvieron y a los que vendrán... esperando servirles de ejemplo...

Pero sobre todo, a quien más fiel ha estado siempre a mi lado... a Dios.

Eliu Raphael Torres Maldonado.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MÉTODOS	39
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	45
REFERENCIAS	52
ANEXOS	57

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Eliú Raphael Torres Maldonado, C.I.9.869.680. Sexo: Masculino, E-mail: heliorafal@hotmail.com. Telf: 0426-1166362/0212-5645646. Dirección: Av.Vollmer San Bernardino Caracas. Curso de Especialización en Psiquiatría Infantil y Juvenil.

Tutor: **Edgar J. Belfort**, C.I.3.226.748. Sexo: Masculino, E-mail: belfort.ed@gmail.com. Telf: 0414-2376079/02122382340. Dirección: Av.Vollmer San Bernardino Caracas. Especialista en Psiquiatría Infantil y Juvenil.

RESUMEN

Objetivo: determinar las características generales del adolescente con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica que asistieron a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, durante febrero – abril del año 2012. **Método:** se entrevistaron adolescentes entre 10 y 19 años, con criterios diagnósticos de consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica. Se recabaron sus datos a través de un formulario de recolección de datos y los resultados evaluados bajo el sistema estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Resultados:** participaron 18 adolescentes con una edad media de 14,83 años, 11 masculinos (61%) y 7 femeninos (38,9%), desempleados (100%), 13 con secundaria incompleta (72%). Nivel socioeconómico Estrato IV del Graffar 14(77,8%), 15 (83,3%) coincidieron con antecedentes familiares psiquiátricos y de consumo ausentes, así como asistencia bajo presión de familiares y/o amigos. La edad promedio de inicio de consumo de 13,17 años. 8 (44,4%) con uso de múltiples sustancias y 4 (22%) con nicotina. Retraso mental en 5 adolescentes (27,8%) mostro ser la enfermedad comórbida más frecuente.

Conclusiones: El estudio reporta un porcentaje mayor en la población masculina de 15 años de edad, referidos al servicio por iniciativa de familiares o amigos, con grado de instrucción: secundaria incompleta, desempleados, inicio de consumo a los 13 años, pobreza relativa como nivel socioeconómico, sin antecedentes familiares de consumo o enfermedad psiquiátrica, utilizando múltiples sustancias y con retraso mental como enfermedad comorbida.

PALABRAS CLAVE: Comorbilidad psiquiátrica, Patología Dual, Consumo de sustancias, Adolescentes.

**USE SUBSTANCES AND PSYCHIATRIC COMORBIDITY EN ADOLESCENTS.
CHARACTERISTICS GENERAL.**

ABSTRACT

Objective: to determine the general characteristics of adolescents with substance use and psychiatric comorbidity attending the outpatient service of Child and Adolescent Psychiatry Hospital Dr. Jose Manuel de los Rios, during February-April 2012. **Method:** we interviewed adolescents between 10 and 19 years, with diagnostic criteria for substance use and psychiatric comorbidity. Their data were collected through a data collection form and the results evaluated under the statistical Statistical Package for Social Sciences (SPSS). **Results:** participaron 18 adolescents with a mean age of 14.83 years, 11 male (61%) and 7 females (38.9%), unemployed (100%), 13 with incomplete secondary (72%). Socioeconomic Stratum IV Graffar 14 (77.8%), 15 (83.3%) agreed with a family history of psychiatric and consumption absent as well as low pressure support from family and / or friends. The average age of onset of 13.17 years. 8 (44.4%) with use of multiple substances and 4 (22%) with nicotine. Mental retardation in 5 adolescents (27.8%) proved to be the most common comorbid condition.

Conclusions: The study reports a higher percentage of the male population aged 15, referred to the service at the initiative of relatives or friends, with level of education: incomplete secondary, unemployed, consumption started at age 13, relative poverty and socioeconomic status, no family history of psychiatric illness consumption or using multiple substances and mental retardation and comorbid disease.

KEYWORDS: Psychiatric comorbidity, Dual Diagnosis, Substance, Adolescents.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas en los niños y adolescentes pueden estar presentes y ser más difíciles de identificar, dado los procesos dinámicos de cambios que estos experimentan, e interferir en la vida cotidiana de la casa, escuela o comunidad. Sin ayuda, los problemas de salud mental, podrían conducir a fracaso escolar, consumo de sustancias, discordias familiares, violencia o incluso suicidio.

La comorbilidad entre distintos trastornos psiquiátricos constituye un fenómeno sanitario, tanto en el ámbito científico, como también a nivel de asistencia clínica. La existencia conjunta de trastornos inducidos por el consumo de sustancias y de enfermedades psiquiátricas en una misma persona, es comúnmente denominada “Patología Dual”, y no constituye un fenómeno nuevo, aunque sus estudios sean mayormente en adultos. También se designa como: comorbilidad psiquiátrica, diagnóstico dual, trastorno dual, trastorno comórbido o concurrente. No obstante, en los últimos años este problema, ha ido ganando terreno en el debate político y profesional y se ha hecho evidente que un gran (y probablemente creciente) número de personas se ve afectado por este fenómeno ⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió en 1995, la comorbilidad o «patología dual» ⁽²⁾, reconociéndola como la coexistencia en el mismo individuo, de un trastorno producido por el consumo de una sustancia psicoactiva, y de un trastorno psiquiátrico.

A nivel mundial, el consumo de sustancia y comorbilidad psiquiátrica en adolescentes o Patología Dual (PD), es considerado cada vez más, una situación vigente y actual. Las últimas previsiones de la (OMS), estiman que para el año 2020, el 75 % de las personas con una enfermedad mental crónica, tendrá además algún problema de uso de sustancias.

La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), realizó una publicación en julio del 2011⁽³⁾ sobre el consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica en la población adolescente; en donde se reseña la elevada prevalencia de la misma en este grupo etario, haciendo referencia al lamentable hecho que el diagnóstico de estos pacientes no es adecuado, debido a que los adolescentes no siempre cumplen los criterios incluidos en la cuarta edición del texto revisado del

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) ⁽⁴⁾, ni los de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10) ⁽⁵⁾.

Debido a lo anterior, era de sumo interés intentar recabar información sobre esta patología en niños y adolescentes venezolanos, identificando el fenómeno, documentándolo y en cierta forma servir de apoyo a posibles intervenciones, estimulando el debate sobre lo útil y necesario en este tema.

Planteamiento y Delimitación del Problema

La OMS define a la adolescencia como "etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". Para aquellos adolescentes que luchan tanto con una enfermedad mental, como con un problema de consumo de sustancias, la situación adquiere proporciones enormes, diagnóstico también conocido como Patología Dual (PD) ⁽²⁾.

Como diagnóstico formal el consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica o PD, en adolescentes, aún no está tipificado en los manuales diagnósticos de referencia (CIE 10⁽⁵⁾ y DSM IV-TR ⁽⁴⁾), pudiéndose inferir que podría ser una de las razones, por la que aún no forma parte de las estadísticas del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos; aunque existan en múltiples soportes bibliográficos^(1-3,6) que demuestran, que el inicio del uso de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas se producen precisamente en la adolescencia.

Como consecuencia de lo anterior, se estableció la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características generales en adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica que asistieron a la Consulta Externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del hospital Dr. José Manuel de los Ríos?

Justificación e Importancia

La comorbilidad psiquiátrica y consumo de sustancias o (PD), ha sido objeto de investigaciones importantes en varios países ^(1-3,6), que han conllevado al establecimiento de avances extraordinarios en el tratamiento de las dependencias en los mismos. Partiendo de dichas experiencias se ha iniciado el proceso de documentación y descripción del problema en Venezuela, los grupos de población que necesitan mayor atención y estimular el debate para evidenciar la necesidad de atención que estos pacientes requieren. Este proceso de documentación da paso a un beneficio adicional, que es permitir identificar las características comunes de un grupo de adolescentes y de alguna forma sensibilizar al médico especialista, residentes y equipo multidisciplinario, en el área psiquiátrica del adolescentes, sobre la necesidad de intervenir a este nivel.

Tomando en cuenta que ya es más que conocido, que las edades de inicio de uso de sustancias lícitas e ilícitas se dan en la adolescencia ^(1-3,6), una intervención oportuna en dicho período pudiera repercutir notoriamente, en menor cantidad de adultos dependientes de sustancias. Queda entonces claramente establecida la necesidad de documentación como punto de partida en el conocimiento de las características generales de este grupo de pacientes.

Antecedentes

El consumo de sustancias (drogas) es tan antiguo como la humanidad y siempre han existido algunas asociadas a la cultura, en cada contexto histórico y social. Hoy en día, el incremento del consumo se relaciona con el actual modelo social, que promueve el individualismo, consumismo, competitividad, énfasis en el placer y la desigualdad socioeconómica, entre otras. En la investigación “Etiología y percepción del problema del consumo de drogas” realizado por Hogares Crea de Venezuela, en el marco de Desarrollo de habilidades para la vida en 2001, establece lo siguiente: “Las drogas como el tabaco y el alcohol se han integrado a la

cotidianidad y forma parte de la vida de muchos jóvenes, están ligadas al tiempo de ocio, al baile, la música, los temas de conversación y los hábitos...”

El consumo de sustancias de abuso y los trastornos mentales (o simplemente, ciertos síntomas de la esfera psiquiátrica), no constituye un fenómeno de nuevo acuño, sino se trata de un vínculo conocido desde épocas muy pretéritas ⁽⁶⁾. Hacia finales de la década de los 70, tras consolidarse el fenómeno de la desintitucionalización psiquiátrica, se publicaron una serie de trabajos en revistas del área de la psiquiatría, que hacían referencia a un nuevo paciente crónico y se comenzó a hablar en términos de “Trastorno dual o Patología Dual” en los círculos científicos. Bajo esta denominación se englobaba a cierto tipo de pacientes, generalmente jóvenes, con continuos ingresos y altas de los centros psiquiátricos, caracterizados por una falta de cumplimiento terapéutico además de rechazo a los programas asistenciales comunitarios ⁽⁶⁾. Se trataba entonces de pacientes de puerta giratoria, resistente al tratamiento convencional. Para referirse a estos adolescentes y jóvenes, que no eran correctamente diagnosticados, ni tampoco correctamente tratados en los centros de asistencia psiquiátrica, pues existía una base de uso o abuso de alcohol u otras drogas se utilizaron múltiples términos, desde “Young adult chronic patient”, “mentally ill chemical abuser”(MICA) ⁽⁷⁾, “chemically abusing mentally ill”(CAMI) ⁽⁸⁾, entre otros y es hasta finales de los 80 que el término dual cobro la fuerza que actualmente mantiene. Término que ha generado múltiples controversias.

En la más reciente coalición latinoamericana de profesionales de la salud para el tratamiento de la dependencia al tabaco, llevada a cabo en Venezuela en julio del 2011, destaca que el consumo del tabaco es la principal causa de enfermedad y muertes prematuras prevenibles, en diversas regiones del mundo. Proyectando que para el año 2030, la cifra de fallecimientos por el tabaquismo, en el mundo entero aumentara aproximadamente a 8,3 millones y que la mayoría de las muertes (70%), ocurrirán en los países en vías de desarrollo.

La Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud de Río de Janeiro (Brasil) de octubre del 2011 sobre el tabaquismo, refiere que es un problema grave de salud pública, con una incidencia progresiva mayor entre mujeres,

niños y adolescentes. Se determinó que la edad promedio de inicio del consumo de Nicotina es a los 15 años de edad, incluso antes y la mayoría consume menos de 5 cigarrillos diarios. La prevalencia de fumadores jóvenes, es mayor entre más alta es la escolaridad. A pesar de que la nicotina es la sustancia de abuso más utilizada por los pacientes con enfermedades mentales graves, hay estudios descritos que no tomaron en cuenta la adicción a la nicotina como una comorbilidad en el paciente psiquiátrico ^(9,10).

En Venezuela se inicio formalmente la documentación de la misma, como lo demuestran, trabajos presentados y reconocidos, que abordan un enfoque desde el género, hasta algunos que se incluyen como aparte de sesiones de Tratados sobre Patología Dual ⁽⁶⁾ como es: "Ludopatía, personalidad y otros trastornos mentales". Antecedentes de investigación dentro de la Unidad Nacional de Neuropsiquiatría "Dr. Jesús Mata de Gregorio", que realizaron acercamiento a este fenómeno, se encuentran los trabajos de investigación titulados: "Comorbilidad entre Trastornos Depresivos y Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas", de mayo del 2003 ⁽¹¹⁾ y Patología Dual en pacientes hospitalizados en la Unidad Nacional de Neuropsiquiatría "Dr. Jesús Mata de Gregorio". Prevalencia y características generales, diciembre 2010 ⁽¹²⁾. Resaltándose, que la mayoría de la data encontrada, en los diversos estudios de investigación Venezolana, fueron llevados a cabo, en la población adulta y escasas en niños y adolescentes.

Como parte del proceso de fortalecimiento y consolidación del sistema de investigación, documentación e información de drogas establecido en el Plan Nacional Antidrogas 2008-2013, la Oficina Nacional Antidrogas (ONA), a través de su Observatorio Venezolano de Drogas (OVD) presentó el informe sobre la caracterización del consumo de drogas en pacientes atendidos en centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional durante el año 2009 ⁽¹³⁾, que es una referencial Nacional determinante, pues si contempla el estudio de niños y adolescentes. Al igual, el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 ⁽¹⁴⁾, cuyos hallazgos contribuyen con un diagnóstico adecuado sobre la problemática del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en la población escolar asimismo, representan un insumo prioritario tanto para la

reorientación y evaluación de las políticas públicas como para las estrategias en materia de prevención y tratamiento en el área de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Marco Teórico

El consumo de sustancias es un problema significativo que afecta a la población infantil y adolescente, especialmente en presencia de comorbilidades psiquiátricas ⁽³⁾, este escenario puede acompañarse por conductas de riesgo. El diagnóstico de estos pacientes en la población adolescente, por lo general no es el adecuado ⁽³⁾, debido a que los adolescentes no siempre cumplen con los criterios incluidos en (DSM-IV-TR) ⁽⁴⁾, ni el CIE-10 ⁽⁵⁾.

La adicción en adultos a cualquier tipo de sustancia está íntimamente vinculada algún trastorno mental. Cada vez resulta más frecuente encontrar en la clínica trastornos psiquiátricos asociados al consumo de drogas. Sin duda la psicopatología es un factor de riesgo para padecer un trastorno adictivo, y a la inversa, los pacientes adictos están en riesgo de cursar con enfermedades mentales además con una peor evolución y un peor pronóstico ⁽¹⁵⁾. Se ha demostrado que la psicopatología ya sea primaria o secundaria al uso de sustancias, tiene una mayor prevalencia cuando se compara con la población general. Se estima que aproximadamente la mitad de los drogodependientes actuales presentarán una enfermedad mental en el próximo decenio al mismo tiempo que el 50% de los pacientes con enfermedades mentales abusarán de sustancias ⁽¹⁶⁾. Lo cierto es que el consumo de tóxicos eleva la aparición de todo tipo de patologías psiquiátricas. Así, el 47% de los pacientes con Esquizofrenia, el 60,7% de los pacientes con Trastorno Bipolar tipo I y el 83,6 % de los que presentan Trastorno antisocial de la personalidad, presentan trastornos por uso de sustancias (alcohol y otras drogas) ⁽¹⁷⁾.

El Estudio de Prevalencia de la Patología Dual en la Comunidad de Madrid del 2009 ⁽¹⁸⁾ reportó que en la población estudiada, el 51,7% (433 individuos sobre 837) cumplían criterios para Patología dual actual definida como la presencia de Abuso/dependencia de alcohol u otras drogas más diagnóstico establecido de

trastorno mental y/o trastorno de la personalidad; en los Centros de atención a drogodependientes (629 personas) el 61,7% (387) cumplen criterios de Patología dual actual, llegando al 67,4% si consideramos además adicción o trastorno mental en el pasado. Es decir, dos de cada tres personas con adicción a drogas presentaban algún trastorno mental y/o de la personalidad. Entre los trastornos mentales diagnosticados, el trastorno Bipolar afecta al 22,7% (143 sobre 629) y las Psicosis al 8,9% (56 sobre 629); algún Trastorno de la Personalidad al 42% (262 sobre 629) siendo 82 (13%) los que presentan Trastorno Antisocial de la Personalidad. Estas cifras, aun siendo extraídas del tipo de población atendida y por tanto con una prevalencia esperada de cualquier trastorno superior a la de la población general. Es indudable que el abuso/dependencia de drogas aumenta el riesgo de padecer algún trastorno mental. En Latinoamérica, se describe, en una serie de casos de pacientes con trastornos de la personalidad, un 19% de comorbilidad con Trastorno del Uso de Sustancias ⁽¹⁹⁾. Mientras en México, un estudio descriptivo encontró correlación entre las conductas antisociales y el consumo de sustancias adictivas, sin ser estas de gran cuantía, sin embargo se encontró también que el grado de correlación entre consumo de drogas y conductas antisociales de tipo violento se observaban con mayor fuerza entre los adolescentes mayores ⁽²⁰⁾. Sin embargo, esta comorbilidad entre ambos tipos de patología está actualmente bajo intensa discusión y presenta importantes implicaciones desde el punto de vista tanto terapéutico como de pronóstico. Probablemente uno de los hechos que produce confusión es el nombre, ya que no es una patología, sino la descripción de la coexistencia de dos o más enfermedades y no se encuentra reconocida en las clasificaciones internacionales, es una conceptualización muy controvertida entre los que sostienen su validez como concepto y los que no están de acuerdo con ella y reniegan de esa etiqueta ⁽¹⁾. Durante años, la psiquiatría académica ha ignorado la Patología Dual (un doble diagnóstico era imposible antes de la DSM III, debido a los criterios de exclusión y el DSM I y II “prohibían” diagnósticos múltiples), o la consideración de la personalidad como causa subyacente del abuso de sustancias. En el campo de las adicciones se creía, que tras la abstinencia, los trastornos mentales cederían paulatinamente. La

investigación no ha encontrado una sola variable de la personalidad como causa para los trastornos por uso de sustancias, tampoco se ha comprobado la remisión de los trastornos psiquiátricos con la abstinencia ⁽²¹⁾.

Ambas teorías han puesto de relieve la necesidad de investigación y tratamiento específicamente dirigido a la complejidad de la patología dual. Algunas investigaciones sugieren deficiencias en el funcionamiento neurológico como un precursor para el diagnóstico dual en algunas personas ⁽²²⁾. La automedicación de los trastornos del Eje I, y el alivio sintomático de diagnósticos del Eje II también ha sido citada como la causa de los trastornos duales ⁽²³⁾. Por otro lado, se ha señalado a los antecedentes familiares de consumo de sustancias y el consumo propio, como predictores de la presencia de un trastorno de la personalidad ⁽²⁴⁾. Otros subrayan los factores psicosociales como la pobreza y ausencia de los padres ⁽²⁵⁾, el abuso físico y sexual y el descuido y las normas culturales ⁽²⁶⁾, juegan un papel fundamental en el desarrollo del diagnóstico dual. Mientras las dos enfermedades se exacerben mutuamente existen numerosas interacciones causales que deben ser consideradas para una mayor especificidad diagnóstica y un abordaje terapéutico más eficaz. La investigación está aun a años luz de hallazgos generales en neurociencias, a falta de un reconocimiento oficial y por tanto la inversión de fondos para esta cuestión junto con las dificultades de modelos experimentales diseñados explícitamente para este tipo de problemas ⁽²⁷⁾. A pesar de la relevancia de llevar a cabo tratamientos efectivos en los casos de patología dual, hasta la actualidad este es uno de los puntos más conflictivos y donde existe mayor reto para el futuro. La patología dual requiere aproximaciones terapéuticas complejas para adecuar el tratamiento a la doble naturaleza del problema ^(27,28). Es importante conocer los efectos e interacciones medicamentosas que puedan acontecer para evaluar la sintomatología que refiere el paciente ⁽²⁸⁾. Y una de las principales dificultades del tratamiento es justamente, la inexistencia de lugares de atención especializados: los centros de salud mental se dedican a una gama de patologías que no incluye a las toxicomanías, y los de drogadicción no tratan los problemas psiquiátricos, en general.

Por consiguiente, la comorbilidad entre distintos trastornos psiquiátricos constituye pues un fenómeno sanitario, tanto el ámbito científico, como también a

nivel de asistencia clínica. Lo importante a recalcar, es que el término trastorno dual o patología dual, no implica la naturaleza de esa asociación ni el carácter primario o secundario de una u otra patología.

En general, el consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica tiende a estar relacionada con actos delincuenciales y con la presencia de una mayor cantidad de problemas del comportamiento a temprana edad ⁽¹³⁾. Esto ha llevado a que muchos grupos de trabajo consideren la adicción tanto a la nicotina como a otras sustancias, a temprana edad, marcadores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales posteriores ⁽²⁹⁾.

El café, té, chocolate y los refrescos de cola, son las principales fuentes de cafeína, que es consumida en casi todas las edades y estratos socio económico, se podría considerar la sustancia estimulante de mayor consumo y la más sociablemente aceptada a nivel mundial. Si bien su concentración ha sido regulada en las bebidas de ciertos países, numerosos productos destinados a los niños como caramelos y helados, ni siquiera especifican que contienen, sin contar el acceso ilimitado que tienen los adolescente a las bebidas energizantes tipo Red Bull® ⁽³⁰⁾, al querer citar un ejemplo. De igual manera, la consideración de la cafeína como droga de abuso es objeto de polémica ⁽³⁰⁾. Así, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS considera la existencia de dependencia de cafeína, como también la de abstinencia e intoxicación, el DSM-IV-TR ⁽⁴⁾ no reconoce la existencia de la dependencia y, aunque de forma inespecífica, sólo incluye en el capítulo de trastornos por uso de sustancias a la intoxicación por cafeína, dejando como trastorno en investigación la abstinencia. Si se considera la definición de dependencia del DSM-IV-TR ⁽⁴⁾ y se tienen en cuenta los criterios para cumplir el diagnóstico de dependencia, la cafeína podría considerarse como una droga de abuso. En el caso de la cafeína se cumplen en la mayoría de grandes consumidores ^(30,31) al menos tres de los criterios específicos, concretamente los de presencia de tolerancia, un síndrome de abstinencia específico, y el hecho de que la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía. Además, la cafeína actúa como

reforzador positivo y produce efectos placenteros o agradables, lo que conduce a la auto-administración ⁽³⁰⁾

El problema del consumo de sustancias y sus consecuencias en el mundo y en particular en Venezuela, está lejos de ser algo resuelto, siendo esto avalado por todos los trabajos científicos desarrollados, tanto para drogas ilícitas como lícitas ^(13,14). Por ejemplo, en un estudio reciente llevado a cabo con adolescentes en Bangkok, se encontró que 5,4% consume Nicotina, 37,3% consume alcohol y 37,8% consume drogas ilícitas ⁽³¹⁾. La prevalencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios de medicina, en países desarrollados, muestra una baja del consumo de Nicotina (de 28,8% a 9,2%), en contraste a una fuerte alza del consumo de alcohol. Así mismo, investigaciones recientes del consumo de drogas en universitarios de Sao Paulo, muestran que el consumo de drogas lícitas ha aumentado en mujeres, mientras que el consumo excesivo tiende a ser mayor en el sexo masculino (86,5% para el nicotina y 65% para el alcohol) ⁽³¹⁾. Por otro lado, se ha encontrado una fuerte relación explicativa, en un plazo de cinco años, entre el consumo de drogas, violencia y victimización ⁽³¹⁾.

Entre los factores relacionados con el potencial adictivo de una sustancia o droga, se encuentran variables vinculadas tanto al sujeto como al propio contexto social, grupal o familiar donde habita ⁽²⁶⁾. La forma en que se articulan cada una de dichas variables conlleva la creación de un proceso particular que puede concluir en una relación de adicción/dependencia, lo que dependerá de cada caso en particular. Uno de estos elementos, ampliamente reconocidos como factores de riesgo en la generación de adicciones, se encuentra vinculado con la edad de inicio en el consumo. Más aun cuando es referido a grupos poblacionales caracterizados por rangos de edades que los ubica en la adolescencia ^(1-3,5,6,12-20,22,24-26,29-32). Cuando se menciona la relación riesgo y edad de inicio, normalmente se parte de algunas premisas que pudiesen resumirse en tres grandes aspectos:

- En primer lugar, la constatación empírica a través de estudios longitudinales que han demostrado la existencia de una relación entre la precocidad del inicio y la intensidad del consumo futuro. Estos estudios de carácter longitudinal han sido realizados en algunos países (por ejemplo, España y Chile) ⁽¹⁴⁾ y

demuestran la existencia de una relación que tiende a incidir en la intensificación de las adicciones.

- Como segundo elemento se encuentra la referencia general a las etapas o ciclos de las adicciones, las cuales describen un proceso que suele iniciarse con la experimentación de algún tipo de consumo, la regularización de los intervalos de tiempo y el desarrollo de tolerancia a la sustancia utilizada, lo cual lleva al incremento de la misma o a la búsqueda de otro tipo de drogas para satisfacer las necesidades que genera la relación de dependencia. En el marco de esta relación se genera una dinámica que suele iniciarse con el consumo de drogas lícitas, para luego migrar hacia el consumo de drogas ilícitas, por lo que es previsible esperar que, en la medida en que se dé inicio temprano al consumo, puedan generarse patrones de adicciones enmarcados en tales ciclos.
- El último de los elementos hace referencia a la relación de mayor vulnerabilidad del individuo en cuanto más temprana sea la edad de inicio del consumo. En este caso la vulnerabilidad posee distintas aristas relacionadas con las etapas del desarrollo físico y psicológico del infante, adolescente o joven, las cuales hacen referencia a factores que van desde la relación de madurez que pueda tener la persona en el momento de inicio al consumo, lo cual incide en la posibilidad real del joven adolescente para la comprensión y toma de decisiones sobre el consumo o no de cualquier sustancia. En esta relación entran en juego la capacidad de respuesta ante riesgos, discernimiento del problema, etc., hasta las implicaciones de carácter físico-químico donde entran en juego los impactos y efectos que sobre el organismo genera la incorporación de sustancias químicas, más aun para una población que se encuentra en pleno proceso de cambios hormonales, físicos, fisiológicos, etc., los cuales pueden llegar a incrementar su vulnerabilidad en un momento determinado.

Género en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

El género condiciona de manera importante la salud de hombres y mujeres y su relación con las drogas. A pesar de ello, la perspectiva de género no ha sido

incorporada a las investigaciones epidemiológicas realizadas en Venezuela y, consecuentemente, a las políticas que se vienen aplicando en los ámbitos de la prevención y asistencia de al consumo de sustancias ^(13,14). El modelo tradicional de roles femenino y masculino, que vinculaba a las mujeres con el ámbito familiar y las tareas domésticas (incluyendo la crianza de los hijos y el cuidado de las personas dependientes) y a los hombres con la vida pública y el trabajo productivo, sigue todavía distorsionando el conocimiento y el análisis de la realidad de los consumos de drogas. Este discurso dentro del mundo adolescente consumidor, hace alusión al de la sociedad patriarcal, donde se cree que la mujer es inferior, por tanto los adolescentes deben imitar los roles estereotipadamente masculinos como la violencia, la agresividad, la valentía, o ser sexualmente arriesgadas, etc. Pero sin dejar abandonar los roles más tradicionalmente atribuidos a la mujer, como dependencia del varón, la sumisión ante sus normas, o ser una “compañía” u objeto del que presumir en un grupo de chicos ^(16, 18,17). El resultado de todo ello es que continúan interpretándose estos comportamientos en clave masculina, considerando que las mujeres mantienen un patrón de conducta similar al de los hombres.

Este sesgo tiene un importante impacto sobre los contenidos actuales de programas preventivos y asistenciales en materia de consumo de sustancias, que se enfrentan a sus respectivas poblaciones destinatarias como si fueran un todo monolítico, que comparte idénticas características, motivaciones y problemas: los dominantes entre los hombres ⁽²⁴⁾.

La ausencia de la perspectiva de género hace, que el nivel de conocimiento actual sobre algunas dimensiones del mismo mermen el éxito de las estrategias preventivas y asistenciales ⁽¹⁶⁾, estas comprenden:

- El impacto que la coexistencia de los modelos tradicional y contemporáneo de roles femenino y masculino tiene en los hábitos de consumo de hombres y mujeres.
- Los factores asociados o motivaciones que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas, a mantener dichos consumos y a desarrollar trastornos adictivos.

- Los mecanismos que explican la distinta vulnerabilidad de hombres y mujeres a los efectos de las drogas.
- Los efectos o consecuencias que el uso y/o abuso de drogas tienen en hombres y mujeres, más allá de los relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Las dificultades que la superación de las adicciones plantea específicamente en los hombres y las mujeres.
- Los factores que determinan la efectividad de las estrategias preventivas y asistenciales con hombres y mujeres (el distinto nivel de éxito de dichas estrategias en el caso de los hombres y las mujeres).

Investigaciones a nivel internacional indican que el género masculino tiene indicadores de consumo superiores al femenino ⁽³²⁾, el informe sobre la caracterización del consumo de drogas en pacientes atendidos en centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional durante el año 2009 ⁽¹³⁾, coincide con dichos hallazgos, al igual que el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 ⁽¹⁴⁾. Pero en los estudios que específicamente evalúan esta variable en adolescentes con patología dual, no se han encontrado diferencias significativas respecto al género ^(17,18,24,32).

Situación Laboral en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

La Situación Laboral del adolescente, esta sujeta a un contexto social, cultural y geográfico. La participación por ejemplo de niños, niñas y adolescentes en la producción agrícola de ciertas regiones de algunos países, es una práctica tradicional que se ha realizado como algo cotidiano ⁽³³⁾. Sin embargo, en años recientes esta y cualquier otra participación del niño y adolescente en actividades laborales se ha cuestionado a la luz de señalamientos internacionales, que aluden a la explotación, abuso y privación de derechos a los que se ven sometidos cientos de personas menores de dieciocho años, que por participar en actividades laborales, ven limitadas sus posibilidades de desarrollo integral, pues muchas veces los

trabajos que realizan van más allá de sus capacidades físicas y emocionales y obstaculizan el acceso a educación , salud, recreación y condiciones laborales adecuadas a las necesidades de esta población ⁽³³⁾ . La experiencia y los estudios ⁽³³⁾ demuestran que el trabajo infantil y juvenil obstaculiza el pleno desarrollo y realización de la niñez y la adolescencia, de igual manera constituye un obstáculo para el desarrollo de la sociedad, pues este fenómeno, además de ser una causa de la pobreza y el subdesarrollo, también es una consecuencia de este, que la infancia no de asumir como su problema. Sin embargo, no solo la pobreza es la causa del trabajo infantil y juvenil, hay que observar también al sistema educativo como otro responsable de este fenómeno, pues hay un contraste entre familias pobres cuyos niños, niñas y adolescentes no trabajan, con respecto a los hijos e hijas de familias que no son pobres y si trabajan. En estas ultimas familias que no viven en condiciones de pobreza, se estimula la inserción de sus hijos e hijas menores, sin que medie para ello una necesidad económica por parte del grupo familiar, esta estimulación viene dada por fracasos escolares frecuentes, por lo cual de forma indirecta el sistema educativo desarrolla mecanismos de expulsión, para quienes tienen menores posibilidades de rendimiento académico, al no poder ofrecer alternativas de estudios a esta población juvenil que va quedando rezagada ⁽³³⁾. En el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 ⁽¹⁴⁾ pudo observarse que el 14.9% de la población evaluada expresaba encontrarse realizando algún tipo de trabajo.

La adolescencia es una etapa especialmente favorable para usar drogas debido a la curiosidad y a la búsqueda de sensaciones nuevas como un mecanismo para enfrentarse a los problemas emocionales por su rebeldía a las autoridades y por el proceso de búsqueda de la propia identidad, que frecuentemente se relaciona con la sensación de invulnerabilidad que acompaña esta etapa. Sin embargo, también es un hecho que no a todos los adolescentes los afecta igualmente este problema. La mayoría no usa drogas, una gran proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y aunque un porcentaje menor continúa usándolas, sólo algunos desarrollan problemas con ellas; pero es fundamental evitar que esto ocurra. La escuela es un agente socializador prioritario; en ella tienen el primer contacto con sus

pares y con figuras de autoridad distintas de los padres, y al mismo tiempo es el entorno en que el sujeto tiene oportunidad de conseguir el reconocimiento social de sus primeros logros. En algunos estudios se muestra que el uso de drogas se relaciona con el bajo rendimiento académico, con el ausentismo y con el abandono escolar ⁽³⁴⁾. Los adolescentes con conductas problemáticas tienden a mostrar desapego hacia el entorno escolar, y sus expectativas respecto a su éxito académico son negativas. En este escenario es en el que los menores interactúan con sus pares ⁽³²⁾. Aunque allí es donde tienen las primeras oportunidades de usar drogas, los menores que permanecen en la escuela tienen menos probabilidades de usarlas. Estudios realizados en torno a la relación de consumo de drogas en el ámbito escolar señalan que los adolescentes con mayor riesgo de verse afectados por el uso de drogas tienden a mostrar un mayor desapego respecto al entorno escolar, actitudes negativas y poca motivación para adaptarse al marco normativo, así como a mantener bajas expectativas respecto a sus logros académicos y a percibir al estudio como poco útil o relevante ^(14,34). Cuando se evalúa esta variables en poblaciones adolescentes de estudios de prevalencia puede observarse que el predominio su situación laboral es desempleado ^(6,18,20,24).

Grado de Instrucción en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

El Sistema Educativo Venezolano ⁽³⁵⁾ comprende 4 niveles y 6 modalidades. Son niveles, la educación Pre-escolar, la educación Básica, la Educación Media Diversificada y Profesional y la Educación Superior. Se consideran oficialmente modalidades la Educación Especial, la Educación para las Artes, la Educación Militar, la Educación para la Formación de Ministros del Culto, la Educación de Adultos y la Educación Extraescolar.

El último año escolar cursado por el adolescente donde puede demostrar sus capacidades cognitivas, conceptuales, aptitudinales, procedimentales, fue definido en la Formulario de recolección de datos en esta investigación como Grado de instrucción. Se definió de manera operacional utilizando la escala ordinal (Anexo 3):

- Analfabeto(a): No sabe ni leer ni escribir.

- Alfabetizado: Sabe leer y escribir pero sin abordaje al sistema educativo.
- Primaria Incompleta: Inicio en el sistema educativo pero no culmino, el Nivel de Educación Básica.
- Primaria Completa: Inicio en el sistema educativo y culmino, el Nivel de Educación Básica hasta la tercera etapa.
- Secundaria Incompleta: Inicio en el sistema educativo La Educación Media Diversificada y Profesional sin culminarla.
- Secundaria Completa: Inicio en el sistema educativo La Educación Media Diversificada y Profesional culminándola.
- Técnico Medio: Inicio en el sistema educativo La Educación Media Diversificada y Profesional culminando alguna de sus especialidades, por ejemplo, enfermería. Este Nivel se caracteriza por poseer un año adicional al regular conocido.

El informe sobre la caracterización del consumo de drogas en pacientes atendidos en centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional durante el año 2009 ⁽¹³⁾ reporto que el 46,1% de los mismos alcanzaban culminar la Secundaria completa, importante no olvidar que este estudio no posee un límite de edad determinado, por lo que abarca el dato de pacientes desde los 8 hasta más de 40 años. Por otro lado en el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENADPE) 2009 ⁽¹⁴⁾, el aporte no es de utilidad, pues ofrece información tanto de escolares con consumo y sin consumo. Lo que si es importante acotar de este último informe, es que los adolescentes catalogan las drogas lícitas, específicamente el alcohol, en la escala de la aceptabilidad social con una amplia mayoría, desestimando la posible penalización o incurrancia en conductas poco adecuadas al consumirlo. Los estudiantes de primer año de Educación Básica (séptimo grado) argumentan que además se las ofrecen en fiestas (debido a que es socialmente aceptado que un adolescente ingiera bebidas alcohólicas en celebraciones) y “otras razones”, las cuales no logran identificar. Una vez que estos estudiantes pasan a octavo grado y subsecuentes, asumen la presencia de emociones negativas (la ira, el miedo y la tristeza) como las principales causas del consumo ⁽¹⁴⁾. Estudios recientes

como el de Prevalencia de la Patología Dual en la Comunidad de Madrid 2009, muestran que cuando se aíslan datos de los adolescentes estos poseen una escolaridad de estudios secundarios en su predominio ⁽¹⁸⁾, pero estos datos no están vinculados con rendimiento alguno, de igual manera sucede con estudios similares ⁽²⁰⁾.

Nivel Socio-Económico en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

Existen diversas formas de medir los fenómenos sociales ^(25,26,36), tales como la educación, salud, pobreza, desempleo, etc. Lo más importante es que debe tenerse presente que estos indicadores no son el hecho en sí, sino una forma de medirlos para tratar de comprenderlos. Así como se tienen dos sistemas métricos para la medición de magnitudes físicas (el decimal con gramos y centímetros, y el anglosajón con onzas y pulgadas), así mismo pueden existir diversas formas de medición de los fenómenos sociales. La naturaleza de los indicadores puede variar entre ellos según las variables empleadas en su construcción. En el caso de la medición de la pobreza existe una gran diversidad, y cada uno de ellos da cuenta de distintos rasgos de un mismo fenómeno. Uno de los principales indicadores utilizados en Venezuela es el Graffar, se utiliza una versión modificada por el Dr. Hernán Méndez Castellano (1959) de la UCV del original producido por el profesor belga Marcel Graffar ⁽³⁶⁾. Se emplea para clasificar a la población según su Nivel Socio-económico. Considera 4 variables:

1. Procedencia del ingreso
2. Profesión del Jefe de Hogar
3. Nivel de instrucción de la madre
4. Condiciones de alojamiento

Emplea un escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 4 (clase alta) hasta 20 (pobreza crítica), de acuerdo a la siguiente escala:

* Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos)

- * Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos)
- * Estrato III: clase media (10 a 12 puntos)
- * Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos)
- * Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos)

El estudio sobre el desarrollo humano en la actualidad presenta diversas perspectivas teóricas y metodológicas, siendo que cada una de ellas procura explicar, a partir de un enfoque diferenciado, las dimensiones a las que se debe dar prioridad para el entendimiento de los procesos de adaptación del individuo a lo largo de su ciclo evolutivo. La pobreza es un fenómeno omnipresente en el mundo capitalista globalizado en el que se vive, alcanzando niveles alarmantes en algunas regiones del planeta. Muchas veces es caracterizada como un desdoblamiento de las relaciones históricas y estructurales de oposición entre los intereses de clases, siendo, por lo tanto, resultado de un fenómeno económico que se configura en la cuestión social y política derivada del antagonismo de las relaciones entre capital y trabajo. Sin embargo, a pesar de la tendencia de encarar la pobreza en un nivel macro sistémico, reduciéndola a la dimensión material de la miseria económica, los efectos generados sobre el cotidiano de los agrupamientos humanos son inmensos. La condición de pobreza puede constituir una amenaza constante y real al bien estar del niño y del adolescente, en la medida en que limita sus oportunidades de desarrollo, conduciéndolos, en ciertas circunstancias, a una situación de miseria afectiva ⁽³⁷⁾. Eso porque la miseria económica es un potencial generador de una serie de contextos de riesgo al desarrollo psicosocial de los individuos que se encuentran en proceso de maduración cognitiva y emocional, constituyendo factores adversos relacionados a las vivencias de exclusión social. Las diversas situaciones de privación de condiciones materiales de subsistencia pueden desencadenar restricciones severas en la entrega de las necesidades básicas del individuo, incluyendo las de orden afectiva, cognitiva y social. En el contexto familiar esos elementos de riesgo repercuten en el vínculo conyugal, contribuyendo, también, para un aumento de los conflictos entre padres e hijos, lo que afecta directamente la dinámica de relación entre ellos ⁽³⁷⁾.

La falta de una relación familiar de calidad interfiere en el proceso de desarrollo saludable del individuo, pudiendo ser considerado un factor de riesgo para niños y adolescentes, en lo que se refiere, por ejemplo, al uso abusivo de sustancias psicoactivas y a la delincuencia ⁽³⁷⁾. Niños y adolescentes que crecen en un ambiente que se constituye como amenaza a la salud psicológica pueden volverse más vulnerables al enfrentar determinadas situaciones cotidianas, especialmente los eventos adversos. Sin embargo, no todos los individuos que vivencian situaciones de riesgo presentan problemas emocionales y/o de comportamiento ⁽³⁷⁾, lo que evidencia las varias dimensiones y plasticidad de los procesos de adaptación. En ese sentido, un fenómeno que trasparece en esas preguntas y que se tornó preocupante, tanto para la comunidad científica como para la sociedad en general, principalmente a partir de las últimas décadas del siglo XX, es el consumo de drogas entre los adolescentes, que presentó alta incidencia e inicio cada vez más precoz ^(13,14,25,26,29,37). Frente a esa realidad, el abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia se ha constituido en un grave problema social y de salud pública tanto en la realidad venezolana como en otros países, diseminándose en escala planetaria. Además de eso, el primer contacto con la droga ocurre, generalmente, en la adolescencia, etapa del ciclo evolutivo marcada por múltiples y profundos cambios en el plano físico y psíquico, que tornan al adolescente más vulnerable desde el punto de vista psicológico y social. Entretanto, a pesar de que los adolescentes son encarados como un grupo de riesgo, en lo que se refiere al uso de sustancias psicoactivas, los factores que pueden llevarlos a utilizar drogas son variados. Los principales están relacionados a las características individuales y sociales, incluyendo en esa última categoría la colectividad, la familia y el grupo de pares ⁽³⁷⁾. Los factores de riesgo y de protección en relación al uso de drogas están relacionados a seis dominios de la vida (el individual, el familiar, el escolar, el de los medios de difusión masiva, los amigos y la comunidad con la cual conviven) que presentan relaciones entre sí, siendo que cada investigación referente a esta temática enfatiza determinadas variables (por ejemplo, sexo, edad, nivel socioeconómico, desempeño escolar, trabajo, uso de drogas en la familia, entre otros) ⁽³⁷⁾. Partiendo del referencial antes presentado, algunos estudios fueron

realizados buscando verificar las posibles relaciones entre las clases sociales y el uso de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Sin embargo, los descubrimientos muestran que, en lo que se refiere al uso de alcohol y nicotina, no fueron verificadas diferencias significativas entre las clases sociales ⁽³⁷⁾, pero si, se hacen presentes algunas diferencias en lo que concierne al uso de otras sustancias, consideradas ilícitas. Un estudio realizado verificó que el uso de esas sustancias fue superior en las clases más favorecidas ⁽³⁷⁾. En otra investigación con 478 adolescentes de la enseñanza básica y media se constató que el consumo de sustancias ilícitas fue mayor entre adolescentes pertenecientes a la clase media de que en los de clase baja ⁽³⁷⁾. Controversias importantes se muestran con respecto a esta variable, pero en general los estudios reportan, que en adolescentes con diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica y consumo de sustancia, el nivel socioeconómico predominante es el bajo ^(6,18,20,24).

Antecedentes Familiares Psiquiátricos en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

Es sabido que el riesgo de padecer una enfermedad mental está incrementada en quienes tienen familiares con patología psiquiátrica ^(1,4,6,10,18,24,31,34,38). Estudios de Haro et Col ⁽²⁴⁾, sobre aspectos etiológicos de la Patología dual expresan que el antecedente psiquiátrico de enfermedad familiar no escapa de presentar una vinculación o relación directa.

La mayor prevalencia de trastornos detectados en los hijos de padres con patología previa tendría explicación por la parte genética compartida así como por la influencia ambiental basándose en los patrones de disciplina y elementos de modelado. Por lo tanto, ambas variables, genética y ambiente, confluirían en la dinámica familiar ⁽²⁴⁾.

En una familia en la que hay esquizofrenia, la probabilidad de que un familiar de primer grado tenga también el cuadro es cercana a 10%, pero si se usa una definición mucho más laxa, como personalidad esquizoide, la probabilidad parece ser mucho más alta, cerca del 25%. Esto se relaciona con la existencia de genes

predisponentes que en diferentes dosis o combinaciones pueden causar patología "menor" ⁽³⁸⁾. La gran mayoría de las veces, las enfermedades mentales no son determinadas por una mutación única ni un gen específico, más bien la herencia es poligénica y multifactorial, es decir, se requiere la combinación de muchos genes predisponentes, situados en diferentes cromosomas, así como probablemente factores ambientales desencadenantes para que se de la enfermedad. Se conocen varias decenas de genes que influyen en la ocurrencia de esquizofrenia y otras psicosis; cada uno de estos genes (que presenta una mutación o un determinado polimorfismo) constituye un "alelo de riesgo" cuyo efecto no es suficientemente importante para causar la enfermedad por sí mismo, pero sumado a otros "alelos de riesgo" y a determinadas condiciones ambientales, puede condicionar una determinada patología ⁽³⁸⁾. En otras palabras, lo que se hereda es la predisposición, no la enfermedad. Varios de los genes involucrados corresponden a receptores cerebrales de dopamina o de otros neurotransmisores, o a enzimas que intervienen en el metabolismo de dichas sustancias. En otros, la función es aún desconocida.

Aparte de la herencia multifactorial, es indudable que en algunas familias se observan múltiples afectados en varias generaciones, correspondiendo a herencia dominante con penetrancia incompleta. A veces, la poca definición clínica de los cuadros y la aparente ausencia de enfermedad cuando la presentación es tardía pueden llevar a errores en cuanto a la evaluación de la forma de herencia en una determinada familia. Estas características tipifican a las enfermedades mentales como genéticamente heterogéneas: el mismo fenotipo puede ser causado por diferentes genes ⁽³⁸⁾. La heterogeneidad genética hace que los estudios publicados a menudo parezcan contradictorios, ya que determinados investigadores encuentran ligamiento de determinada enfermedad mental con cierta región del ADN en un número de familias, y posteriormente otros no encuentran ese mismo dato; esto se debe a que la enfermedad en algunas familias es causada por unos genes y en otras, por otros distintos.

Es por eso que al hacer la historia clínica del paciente psiquiátrico debe interrogarse sobre la existencia de otros familiares con manifestaciones patológicas, incluyendo trastornos de conducta y aprendizaje, adicciones, personalidad anormal,

etc. Debe también examinarse al paciente buscando rasgos dismórficos o anomalías "menores". Cuando se encuentra dismorfia, alteraciones del desarrollo, anomalías de la pigmentación o coexistencia de retardo mental, se sugiere una evaluación cromosómica que, junto con el análisis de la genealogía, puede contribuir al esclarecimiento de la etiología de la enfermedad mental en ese paciente en particular y facilitar el consejo genético a los familiares cercanos ⁽³⁸⁾. Si bien por ahora es imposible predecir mediante exámenes de laboratorio la predisposición de alguien a sufrir de una enfermedad mental, los impresionantes adelantos del Proyecto Genoma Humano permiten avizorar el día en que cada uno pueda conocer las características de su propio genoma, entonces se podrá modificar el "estilo de vida" para prevenir aquellas enfermedades a las que se está genéticamente predispuestos. La terapia génica propiamente dicha, entendida como manipulación de ADN para reemplazar el alelo "inconveniente", es de difícil aplicación para las enfermedades complejas y poligénicas. Sin embargo, el conocimiento de las mutaciones génicas relacionadas y, consecuentemente, de la proteína faltante o defectuosa causará toda una revolución terapéutica: los medicamentos "a la medida" de cada individuo estarán dirigidos a neutralizar el efecto bioquímico de la mutación y tendrán una función preventiva más que curativa ⁽³⁸⁾. Esta medicina predictiva y preventiva, basada en la individualidad es la del futuro, que se espera no sea tan lejano. Su aplicación requerirá la modificación de una serie de aspectos legales y sociales, y planteará cuestionamientos éticos que deberán ser resueltos progresivamente.

Antecedentes Familiares de uso de Drogas en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

Algunos estudios realizados sobre el consumo de bebidas alcohólicas en población adolescente han dirigido su atención a la réplica de patrones adictivos como reflejo de la socialización vivenciada en los grupos familiares y en los entornos sociales inmediatos o comunidad en que viven ⁽¹⁴⁾. El propio hogar es el lugar donde muchos jóvenes comienzan a vincularse con las bebidas alcohólicas, e, igualmente, para cierto segmento poblacional se lleva a cabo una dinámica familiar que trae

consigo la primeras ingestas de licor en presencia de padres y familiares ^(14,24,25,34). Los y las jóvenes cuyas familias tienen un historial de abuso de alcohol y nicotina están en mayor riesgo, de desarrollar problemas relacionados ya que, bajo una lógica de socialización, este tipo de hábito es aceptado desde su grupo familiar. Se ha objetivado que el uso de sustancias y la personalidad antisocial de los padres son predictores de un abuso doméstico tanto físico como verbal. Así mismo, contextos socio-familiares adversos, como la presencia en los padres de un TUS concomitante a un TP antisocial, se asocian con mayores tasas de depresión mayor, TD, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, TND y trastorno de ansiedad por separación en la infancia, comparado con hijos de padres con sólo TUS y con hijos de padres sin ningún tipo de patología ⁽²⁴⁾.

En el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 ⁽¹⁴⁾, se busco conocer la forma en que los distintos grupos familiares presentaban estilos de vida y hábitos relacionados con el consumo o no de sustancias lícitas e ilícitas, lo cual se tradujo en el modelaje de conductas. En lo relacionado con el consumo de Nicotina el 45.4% se encontraban con antecedentes de consumo presente, así como el 66.6% presentaban el mismo antecedente positivo para el consumo de alcohol. En ese mismo estudio se pudo evidenciar que para las sustancias ilícitas el porcentaje de grupos familiares en situación de consumo mostraban un 7% ⁽¹⁴⁾.

Edad de Inicio del Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

El reconocimiento de la edad de inicio en el consumo de cualquier sustancia (droga) asume vital importancia en la comprensión tanto del riesgo latente como de los impactos que puedan generarse en los posibles patrones de adicción. En general, el consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátricas tiende a estar ubicados según gran parte de los estudios en los rangos de 13 a 15 años ^(2,3,6,12-15,18,24,29). Los resultados obtenidos en el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 ⁽¹⁴⁾ para la edad de inicio ofrecen un escenario enmarcado por la mayor concentración de población (De forma General) en los rangos

correspondientes entre 12 y 13 años, para lo cual se presenta un promedio general de 29,8%, lo que conlleva una dinámica que da inicio en un lapso de tiempo donde la población estudiantil se encuentra cursando estudios en los niveles de 6to grado y 1er. año de bachillerato (Séptimo grado), situación agravada por el 24,4% de población que plantea inicio con edades menores a los 11 años, lo que trae a colación un conjunto de elementos que agrupan un proceso de socialización que promueve la incorporación temprana al consumo o, al menos, a la experimentación. Esta relación que involucra al 54,2% de la población posee una fuerte carga de índole grupal/social y viene a apuntalar ciertos análisis realizados en torno al fuerte consumo detectado en los niveles de Séptimo y Octavo grado, donde las magnitudes llegan a ser muy similares a las presentes en los años finales, lo que en cierta forma conduce a pensar en algún tipo de patrón de consumo, que se encuentra incidiendo previamente y lleva a la conformación de este tipo de prevalencias. Las razones pueden estar vinculadas con factores como la interacción social con grupos de mayor edad, que hacen puente con las situaciones de consumo y la existencia de cierta permisividad familiar (principalmente para las drogas lícitas) que si bien no promueven directamente el consumo, tampoco generan patrones que la limiten, entre otras ⁽¹⁴⁾.

Solicitud de Ayuda en Consumo de Sustancias y Comorbilidad Psiquiátrica.

La motivación personal es muy importante para lograr el éxito en la vida personal y profesional. La motivación es una acción mental para animar o animarse a ejecutar algo con entusiasmo, interés y diligencia ⁽³⁹⁾. Es influir en el ánimo para proceder de un modo determinado. La motivación generalmente es vista como la aplicación de una fuerza externa o interna que induce a ejecutar una acción para obtener algo agradable o para evitar algo desagradable. La motivación es una fuerza real que hace que una persona o grupo de personas realicen esfuerzos extraordinarios para lograr un determinado objetivo en un momento dado. Esa fuerza anímica es usada por los líderes para lograr resultados especiales o para crear un ambiente favorable para realizar grandes esfuerzos ⁽³⁹⁾.

La importancia de la motivación radica en la mente; es un proceso del pensamiento y el deseo o voluntad de pensar siempre positivamente es lo que determinará cómo se percibe y se reacciona a todo lo que está alrededor de cada uno. Básicamente se puede afirmar que hay dos tipos de motivación: externa e interna ⁽³⁹⁾. Desde tiempos inmemorables se ha empleado la motivación externa para incentivar a las personas a lograr algo o a actuar bajo un patrón de comportamiento dado. Dentro de estos tipos de motivación se encuentran los premios y castigos. En las familias y en los centros de trabajo se han usado, se usan y probablemente se seguirán usando estos dos tipos de motivación externa. Tanto la motivación por el incentivo o recompensa como la motivación por el miedo son efectivas pero tienen una gran debilidad común, no son permanentes y son administradas por un agente externo (padres, maestros, jefes); por lo tanto, no es propio de la persona misma, no es auténtica ya que responde a los intereses particulares de ese agente exterior. Por el contrario la motivación interna o automotivación, es muy superior a las motivaciones externas; es más difícil de adquirir pero puede ser desarrollada, estimulada y mantenida hasta que sea parte inherente de la propia manera de ser. Cuando se extrapolan estos términos al ámbito de la Consulta de un centro de atención existen dos tipos de 'motivos' por los que un paciente acude solicitando ayuda:

Positivos: son razones personales, internas, planteadas por el propio sujeto; relacionadas con una buena motivación (Motivación Interna) ⁽³⁹⁾.

Negativos: generalmente son presiones externas (Motivación Externa) ⁽³⁹⁾ (problemas familiares, laborales, legales, de pareja, económicos, falta de droga en el mercado, etc.) o internas (malestar físico producido por el síndrome de abstinencia, etc.).

Cuando la motivación es positiva es más sencillo obtener éxitos, pero cuando es negativa, requiere una buena colaboración entre la familia y los terapeutas para abonar el terreno del éxito. Por lo anterior, se hizo una separación del motivo que conlleva al paciente a su asistencia a la consulta en: Voluntaria, considerada como motivo positivo y los restantes como negativos. Importante resaltar que dentro de los motivos negativos se pudo realizar una separación con los vinculados de manera

emocional a una presión familiar, de amistad o de pareja, con los vinculados por una presión de índole legal, como los que se ven obligados a recibir atención por un mandato laboral, escolar u otra autoridad.

La asistencia al tratamiento de manera voluntaria por parte de los pacientes adolescentes atendidos en centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional durante el año 2009 ⁽¹³⁾, se evidencia de manera significativa, pues el 80,7% buscó ayuda por voluntad propia. Los participantes voluntarios en su tratamiento reconocieron que su uso de sustancias era problemático y estaban dispuestos a considerar hacer algo para mejorar su condición. Por el contrario el 19,3% de los pacientes restantes asistieron al tratamiento por presiones externas, de amigos y familiares (15,3%), indicación médica (1,5%), legal (1,4%), académica (0,6%) o laboral (0,5%). Este dato no guarda valor comparable para adolescentes con patología dual, dado que este estudio no contempla la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Sería más lógico pensar como especifican algunos estudios que el adolescente con patología dual tiende a ocultar su consumo para evitar el rechazo ⁽¹⁴⁾, por ende el mayor porcentaje esperado para este grupo etario debería ser por una motivación externa.

Uso Patológico de Sustancias

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es la más utilizada en la actualidad, droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. Ahora, según esta definición no solo el cannabis, cocaína, pasta base, éxtasis, o heroína son drogas sino también lo son el alcohol, la nicotina, la cafeína, y algunos fármacos. El concepto de droga entonces se refiere a que la modificación puede ser perjudicial o

beneficiosa para el ser vivo, y que depende del tiempo de administración, de la dosis y de las características del propio ser.

Para que una droga sea considerada como tal ha de cumplir las siguientes condiciones:

- Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
- Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por el placer que generan.
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica).
- No tienen ninguna aplicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Las Drogas en general, pueden presentar múltiples formas de clasificarse, según su mecanismo de acción, vida media, legalidad, etc. Para los fines de esta investigación fue considerada exclusivamente su legalidad y fueron diferenciadas en legales o lícitas dentro de las que se incluyen la nicotina, la cafeína y el alcohol. Las ilegales o ilícitas fueron consideradas la cocaína, cannabis, éxtasis, popper y heroína, todas en cualquiera de sus múltiples presentaciones.

Partiendo entonces de la clasificación utilizada, se debe reportar las observaciones de Ramos, Collazos y Casas ⁽³⁰⁾ con respecto a su impresión de que la sustancia lícita mayormente utilizada y consumida a todas las edades y estratos socio económicos es la cafeína, dada su aceptación mundial. Pero su consideración como sustancia de abuso continuara siendo objeto de polémicas hasta tanto el (DSM IV-TR) ⁽⁴⁾ no reconozca la existencia de dependencia a esta sustancia. Por el contrario, varios estudios soportan como sustancias lícitas involucradas en el consumo y comorbilidad psiquiátrica en adolescentes al alcohol y la nicotina, en ese mismo orden de frecuencia ^(3,6,18,20,30). De la misma manera involucran a la cocaína y el cannabis como las principales sustancias ilícitas involucradas en el diagnóstico de patología dual de los adolescentes ^(3,6,18,20). Es de importancia resaltar que el informe sobre la caracterización del consumo de drogas en pacientes atendidos en

centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional durante el año 2009 ⁽¹³⁾ de acuerdo con la información aportada por los propios pacientes, en cuanto a la primera droga consumida, el 47,1% de los pacientes declararon haberse iniciado con las bebidas alcohólicas y el 23,4% con nicotina, resultando que el 70,5% de los pacientes (3.949 personas) iniciaron su consumo con drogas lícitas. Complementariamente el 29,5% de los pacientes (1.654 personas) se iniciaron con drogas ilícitas, siendo el cannabis la mayor consumida (20% de los pacientes), seguida de la cocaína (5,5%), crack (1,8%) y basuco (1,1%). Entre otras drogas ilícitas consumidas como droga de inicio se encuentran la heroína, popper y éxtasis. Por otra parte, el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 ⁽¹⁴⁾, reporta una Prevalencia de vida del 47.9%, este indicador resume la cantidad de población que reporta cualquier consumo de drogas lícitas, ya sea consumo de tabaco en cualquiera de sus formas (cigarrillo y/o chimó) o bebidas alcohólicas (cervezas o tragos) se ve por orden de frecuencia, que el consumo principal fue de Alcohol, seguido de cigarrillos y Chimó. Para el consumo de ilícitas el porcentaje fue del 1.2% en el mismo estudio, con un orden en frecuencia de cannabis, Cocaína, Éxtasis y Crack.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) ⁽⁴⁾ y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias). Para esta investigación se manejaron solamente los criterios del consumo (dependencia y abuso) y por otra parte el uso patológico de otras sustancias no psicotropas como laxantes, aspirinas, etc., se clasifican con abuso ⁽⁵⁾ que no crean dependencia no se incluyeron en esta investigación. Para la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10), el término abuso se equipara al de consumo perjudicial.

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el

individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína ⁽⁴⁾. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p.e.j., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses ⁽⁴⁾.

Tolerancia (Criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (p.e.j., pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas. Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de cannabis no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos). No está claro si la fenciclidina (PCP) da lugar a tolerancia o no. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio (p.e.j., altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia). Debe

distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben alcohol por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje farfullante ⁽⁴⁾.

La abstinencia (Criterio 2a) es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (Criterio 2b), normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos. La abstinencia en el caso de la fenciclidina y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales). Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (p.e.j., los que tienen dependencia de el cannabis) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia.

Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la

sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p.e.j., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida) (Criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (Criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos (Criterio 5). En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia (Criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p.e.j., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia (Criterio 7). El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas ⁽⁴⁾.

Por otro lado la característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (Criterio A). Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del

consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias (Criterio B). Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína ⁽⁴⁾, pero para el CIE-10 si aplica como se menciono con anterioridad bajo en clasificado de Consumo perjudicial ⁽⁵⁾.

El sujeto aparece intoxicado o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de él el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa (Criterio A1). Puede haber repetidas ausencias o un rendimiento pobre en el trabajo debido a resacas repetidas. Un estudiante puede incurrir en ausencias relacionadas con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela. Mientras está intoxicado, el individuo puede descuidar a sus hijos o las obligaciones de la casa. Puede ocurrir que la persona se intoxique repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas (p.e.j., mientras conduce el coche, accionando maquinaria o durante actividades recreativas de riesgo como la natación o la escalada) (Criterio A2). Pueden existir problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p.e.j., arrestos por comportamiento escandaloso, asalto y violencia, o por conducir bajo los efectos de la sustancia) (Criterio A3). El sujeto puede continuar el consumo de la sustancia a pesar de un historial de repetidas consecuencias indeseables, tanto sociales como interpersonales (p.e.j., dificultades conyugales, divorcio o violencia verbal o física) (Criterio A4) ⁽⁴⁾.

Trastorno Mental Comórbido en Patología Dual

A partir del estudio ECA. (“Epidemiological Catchment Area”) ⁽¹⁰⁾ se estudiaron 20.000 personas residentes en 5 grandes ciudades de EEUU de América, entre 1980 y 1985. El estudio ECA encontró un prevalencia de vida del 13,5% para el

alcoholismo (trastorno por abuso o dependencia del alcohol), del 6,1% para el abuso o dependencia de otras drogas y un 22,5% para los demás trastornos psiquiátricos ⁽¹⁰⁾. Asociando los trastornos psiquiátricos y todos los trastornos por abuso de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos mentales llegaría al 33% de la población de EEUU. Entre los abusadores de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos sería todavía más elevada que en la población general. Un 36,6% de las personas con alcoholismo y un 53,1% de las personas con otras drogodependencias presentaron además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, porcentajes superiores al 22,5% de la población general. Y también se detectan una mayor prevalencia de alcoholismo y de otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general.

También se ha detectado una prevalencia más elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias que entre los que nunca lo han tenido ⁽²⁾. Además, proponen que el inicio de la mayoría de dichos trastornos psiquiátricos habría sido previo al inicio del abuso de sustancias, excepto para los trastornos afectivos, como depresión, entre los hombres alcohólicos, cuyo inicio suele ser posterior al inicio del alcoholismo ⁽¹⁰⁾. Los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias presentan elevada frecuencia de comorbilidades psiquiátricas como los trastornos de ansiedad o depresivos, incluido el intento de suicidio ⁽³⁾. Según los resultados de un estudio, la presencia de un trastorno por consumo de sustancias en la población adolescente se acompaña por un índice elevado de trastornos disruptivos, de ansiedad y del estado de ánimo ⁽³⁾. La comorbilidad con los trastornos disruptivos supone un pronóstico y una respuesta al tratamiento especialmente desfavorables.

En un estudio realizado en 100 pacientes adolescentes internados en servicios de psiquiatría se observó que 33 de ellos consumían sustancias y que en muchos casos reunían los criterios para el diagnóstico de abuso o dependencia ⁽³⁾. La sustancia más consumida en esta población fue el alcohol. El consumo de sustancias se acompañó por una probabilidad superior de antecedente de trauma o abuso. En cambio, el antecedente familiar de enfermedades clínicas o el antecedente personal

de internación por cuestiones clínicas fue más frecuente entre los adolescentes que no refirieron abuso de sustancias ⁽³⁾. Esto permite sugerir que los trastornos clínicos pueden impedir la aparición de un trastorno por consumo de sustancias. La coexistencia entre la depresión y el consumo de sustancias es frecuente en la población adolescente. De hecho, hasta el 35% de los adolescentes con depresión presentarán un trastorno por consumo de sustancias ⁽³⁾. Debe considerarse que la prevalencia de depresión se asemeja a la prevalencia de distimia en esta población que presenta un índice elevado de suicidio. En general, el intento de suicidio se acompaña por el antecedente de estresores psicosociales recientes. Los trastornos de ansiedad también son frecuentes en la población de adolescentes que consume sustancias y en general se presentan antes del inicio del consumo. En estos casos, el consumo de sustancias puede precipitar el trastorno de ansiedad en un paciente vulnerable o asociarse con un intento de automedicación en presencia de un cuadro ansioso manifiesto ⁽³⁾.

La aparición del trastorno bipolar en un paciente adolescente es un factor de riesgo de consumo de sustancias. Asimismo, los adolescentes que presentan abuso de sustancias tienen probabilidad superior de padecer trastorno bipolar en comparación con aquellos que no consumen, especialmente en presencia de antecedentes familiares de consumo, episodios mixtos y sexo masculino. En cuanto al trastorno disocial, su prevalencia en pacientes con trastornos por consumo de sustancias sería del 60%. En general, el trastorno disocial precede el consumo de sustancias. Esta comorbilidad supone un cuadro de mayor gravedad en comparación con lo observado en ausencia de consumo, especialmente en pacientes de sexo femenino ⁽³⁾.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con frecuencia se asocia con el consumo de sustancias; no obstante, se desconoce si este consumo es favorecido por el TDAH o por las drogas empleadas para su tratamiento. Algunos autores sugirieron que la presencia de TDAH solo no predispone el consumo de sustancias, a diferencia de los trastornos bipolar o disocial. No obstante, también se observó que la falta de tratamiento adecuado hasta alcanzar la remisión completa en pacientes con TDAH supone elevado riesgo de consumo ⁽³⁾.

Con la intención de facilitar el análisis de los resultados y tomando como base que las estadísticas reportadas por el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, se optó por agrupar los trastornos mentales y del comportamiento de manera similar al CIE 10⁽⁵⁾ estructurándose 9 grupos, que se detallan a continuación según su denominación y contenido:

Grupo 1: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos que abarcan desde los diagnósticos F00 hasta F09.

Grupo 2: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, que van desde el F20 hasta el F29.

Grupo 3: Trastornos del humor, abarcan desde el F30 al F39.

Grupo 4: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos, que incluyen el F40 hasta el F48.

Grupo 5: Síndromes de comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, contempla desde el F50 hasta el F59.

Grupo 6: Retraso Mental, que va desde el F70 hasta el F79.

Grupo 7: Trastorno del desarrollo psicológico, que va desde el F80 hasta el F89.

Grupo 8: Trastorno emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia, que incluyen el F90 hasta el F98.

Grupo 9: Denominado como Otros trastornos mentales, incluyen al grupo de trastornos de personalidad y de comportamiento que van desde el F60 hasta el F69 y el de Trastorno mental no especificado F99.

Objetivo General

Determinar las características generales en adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica que asistieron a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, durante el período febrero – abril del año 2012.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características generales como: edad, género, situación laboral, grado de instrucción, Nivel socio-económico, la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares, presencia de antecedentes familiares de uso de sustancias y la forma en como el paciente acude al hospital.
- Establecer un promedio de la edad de inicio del consumo de sustancias.
- Reconocer el tipo de sustancia más frecuentemente involucrado.
- Listar las patologías psiquiátricas comórbida por orden de frecuencia.

Aspectos Éticos

A lo largo del siglo XX ha sido constante la proclamación de derechos y deberes en cuanto a la protección y defensa de la vida y la dignidad humana. La necesidad de determinar valores bioéticos clave que regulen mundialmente las investigaciones con seres humanos, con o sin intereses terapéuticos, y el deseo de encontrar soluciones para las presentes y futuras generaciones es una de las razones para realizar esas actualizaciones. Los avisos de alerta de grandes pensadores y filósofos del siglo XX, como Hans Jonas (fue un filósofo alemán, que es principalmente conocido por su influyente obra “El principio de la responsabilidad”), tienen una importancia capital en el campo de la investigación con seres humanos. Ante el temor de un futuro incierto en el que una técnica sin control pudiera destruir a la humanidad, Jonas hizo un llamado a la responsabilidad con las generaciones futuras.

Las propuestas de las declaraciones se introdujeron a partir de marcos referenciales de principios y de procedimientos que pudieran ser aplicados de modo universal, por estados, comunidades, comités de ética, asociaciones de médicos. El

enunciado de principios de la Declaración de Helsinki ⁽⁴⁰⁾ puede asumirse no sólo como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, sino como valores bioéticos clave. Potter (Van Rensselaer Potter, fue un bioquímico estadounidense, profesor de oncología en el Laboratorio Mc Ardle de Investigaciones sobre Cáncer de la Universidad de Wisconsin-Madison por más de 50 años), abrió el camino de la bioética y posteriormente el “principialismo”, “enfoque en cuatro principios de la ética biomédica”⁽⁴¹⁾, principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia, se convierten en regulación de la investigación clínica y la relación médico paciente. Estos principios orientan y determinan las regulaciones sucesivas de las declaraciones. A finales de octubre de 2009 el Comité Internacional de Bioética, en su 15ª reunión trató sobre el principio de responsabilidad social y salud consignado en el artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos ⁽⁴¹⁾.

La ética siempre ha sido importante en la investigación clínica, pero también es fuente de discusión y controversia, porque el afán de conseguir el objetivo científico puede confundir y sacrificar el contenido humano del acto médico. La misión principal de la ética es crear conciencia de responsabilidad, que asume el investigador de que todo lo técnicamente posible, no es éticamente aceptable y sobre todo, el respeto al valor fundamental de la dignidad y de la vida del ser humano.

Durante el desarrollo de esta investigación se respetaron los principios fundamentales de la bioética ⁽⁴¹⁾: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia social.

El quehacer del profesional de la salud ha estado fundamentado en el principio de beneficencia, al diagnosticar, tratar, aliviar o asistir a las personas que lo necesiten, y en esta investigación se cumplieron, al poder dar un diagnóstico precoz, lo cual es fundamental, para la terapéutica, prevención de futuros males, o solventarlos en el presente.

De igual manera, el estudio también, contempló y cumplió que, tanto en la formación y la práctica diaria del psiquiatra o en el campo de la investigación, el

segundo principio de no maleficencia, procurar hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño.

La autonomía como principio, se cumplió y se manifestó, estableciendo que si el adolescente, reunía los requisitos o los criterios de inclusión, participara en la investigación, teniendo el derecho decidir entre las opciones que se le presentaban, como el aceptar o rechazar, firmar o no, el consentimiento y asentimiento informado para ser incluido en el estudio.

La justicia social, le dio el marco vital a la investigación y al paciente, el trato merecido o justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido, siendo lo que el área de la salud necesita en la labor profesional e igualmente, éticamente llevado a cabo en este trabajo científico.

MÉTODOS

Tipo de Estudio

El tipo de Investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio ⁽⁴²⁾.

De acuerdo, al estudio que presentó este trabajo se puede decir que el Tipo de Investigación es Descriptiva, dado que consistió en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento ⁽⁴²⁾, la misión fue observar y cuantificar las características generales en adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica que asistieron a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, durante el período febrero – abril del año 2012.

En cuanto al diseño de la investigación entendida como la estrategia general que se adoptó para la aproximación al objeto de estudio la misma es de campo ⁽⁴¹⁾, dado que consistió en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados en un solo momento y en un tiempo único (Transversal) ⁽⁴³⁾, sin manipular o controlar variable alguna, de allí su carácter de investigación no experimental.

Población

La población estuvo constituida por “todos los adolescentes” atendidos por cuatro (4) Psiquiatras Especialista en Infantil y Juvenil y tres (3) Psiquiatras Residentes del Post-Grado de Infantil y Juvenil, para un total de siete (7) evaluadores, que dieron atención, en un día de la semana (lunes), en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil y juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, durante el trimestre comprendido desde febrero hasta abril del 2012.

Criterios de inclusión:

- Todo paciente adolescente, masculino o femenino, con edad comprendida entre 10 a 19 años.
- Todos los pacientes que cumplan los criterios según manuales diagnósticos CIE-10 y DSM-IV TR para enfermedad psiquiátrica y consumo de sustancias.

Criterios de exclusión:

- Concurrencia o comorbilidad de dos (2) trastornos psiquiátricos adicionales al consumo de sustancias.

Procedimientos

El investigador procedió antes de iniciar el estudio, a informar a los especialistas, residentes y al equipo multidisciplinario del servicio de psiquiatría infantil y juvenil de la consulta externa del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, sobre la propuesta de la investigación y la necesidad de apoyo, comunicando los ingresos que durante los días de consulta en el mes de febrero, marzo y abril del año 2012, calificaron por criterios clínicos.

Al ser notificado de los casos, el investigador, dio revisión a las Historia clínicas de los notificados y seleccionó a los adolescentes que cumplían ciertamente con el diagnóstico de consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica, según los manuales CIE-10⁽⁵⁾ y DSM-IV TR ⁽⁴⁾. Luego el investigador solicitó al representante del paciente, la autorización y firma del consentimiento informado (Anexo 1), la aceptación y firma del adolescente, del asentimiento informado (Anexo 2), para su participación en el estudio.

Se entrevistó a cada uno de los adolescentes seleccionados, y se recabo la información de sus características en la Hoja Clínica denominada Formulario de Recolección de Datos, previamente diseñada por el investigador (Anexo 3) y que

agrupó las variables a evaluar en: edad en años, género, situación laboral, grado de instrucción, estado civil, nivel socio-demográfico, antecedentes familiares de enfermedad mental, antecedentes familiares de consumo de sustancias, edad de inicio del consumo, Tipo de sustancia consumida y el trastorno mental comórbido que acompañaba al consumo.

Tratamiento Estadístico

Las variables cualitativas como: Género, Situación Laboral, Antecedentes Familiares Psiquiátricos, Antecedentes Familiares de uso de drogas, Forma de asistencia del paciente al Hospital, Uso patológico de sustancias y Trastorno Mental Comórbido se expresaron en un nivel o escala de medición nominal. El Grado de Instrucción y Nivel Socio-económico en un nivel o escala ordinal. Convirtiéndose todas posteriormente en cuantitativas. Se vaciaron los resultados de cada uno de los Formularios de recolección de datos en una Hoja comando de cálculo de Microsoft Excel® y los datos obtenidos fueron evaluados bajo el sistema estadístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) que actualmente se reconoce como IBM SPSS Statistics 20.0 (2011). El análisis estadístico aplicado fue netamente descriptivo ⁽⁴⁴⁾ utilizando las medidas de tendencia central, media, mediana y moda Edad en años y Edad de inicio del consumo de sustancias, para las restantes se utilizaron los análisis a través de distribución de frecuencia. La presentación que se eligió para la presentación de resultados fueron las Tablas y Gráficos en Barras (Anexos 4).

Aspectos Administrativos

Recursos Humanos

- Investigador
- Tutor-Asesor

- Especialistas y Residentes en Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos.
- Personal de Enfermería, personal de Historias Médicas.

Recursos Materiales

- Manuales Diagnósticos (CIE-10 y DSM-IV TR)
- Historia Clínica del Servicio de Psiquiatría
- Formulario de recolección de Datos
- Hoja comando de cálculo de Microsoft Excel
- Material de Papelería.

Recursos Institucionales

- Hospital Dr. José Manuel de los Ríos.
- Servicio de psiquiatría del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos.

RESULTADOS

Participaron 18 adolescentes con una edad media que fue de 14,83 años mediana 14,50 y una moda de 13 años (Tabla1 Anexo 4), del total eran Masculino 11 (61,1%) y 7 del Sexo Femenino (38,9%) Gráfico 2 (Anexo 4). Todos manifestaron estar en una Situación Laboral de Desempleados (100%) (Gráfico 3 Anexo 4). Según el grado de instrucción 13 (72,2%) poseía una Secundaria Incompleta, seguidos en frecuencia por una Primaria Incompleta 3 (16,7%), solo 1 (5,6%) poseía el Grado de Técnico medio (Gráfico 4 Anexo 4).

En cuanto al Nivel Socio Económico (Graffar) 14 (77,8%) fueron ubicados en el Estrato IV correspondiente a Pobreza Relativa, 3 (16,7%) en el Estrato III y solo 1 (5,6%) en el Estrato II correspondiente a la Clase Media Alta (Gráfico 5 Anexo 4).

Por otro lado los Antecedentes Familiares Psiquiátricos estuvieron ausentes en 15 de los adolescentes (83,3%) y presente solo en 3 (16,7%), al igual que el Antecedente Familiar de uso de drogas que presentaron la misma distribución de frecuencias (Gráficos 6 y 7 Anexo 4)

La edad de inicio del consumo se mostró con una media de 13,17 años mediana de 13 y una Moda de 12 años (Tabla 9 Anexo 4).

En la forma en como el paciente acude al Hospital 15 (83,3%) manifestaron acudir presionados por familiares y/o Amigos y 3 (16,7%) haberlo hecho por Indicación Legal (Gráfico 9 Anexo 4).

Ahora bien, en lo que respecta al Uso patológico de sustancias 8 (44,4%) reportaron hacer uso de Múltiples Sustancias, 4 (22,2%) solo de Nicotina, 2 (11,1%) solo de alcohol, 2 (11,1%) solo de cannabis y 2 (11,1%) solo de otra sustancia psicoactivas, las cuales fueron identificadas como éxtasis y poppers (Gráfico 10 Anexo 4). La tabla 12 y la 13 muestran la distribución de frecuencia general y detallada del uso de sustancias (Anexo 4). En lo que respecta a los 8 adolescentes con Uso de Múltiples Sustancia es importante resaltar que todos ellos tenían consumo de Nicotina y alcohol, 4 (22,2%) tenían adicionalmente consumo de cannabis y 2 (11,1%) adicionaban a todo lo anterior el consumo de éxtasis.

Finalmente el Grupo con Retraso mental en 5 (27,8%) de los adolescentes del estudio, mostro ser el Trastorno Mental Comórbido más frecuente específicamente el Retraso Mental Leve (F70), seguido del Grupo de Trastornos Neuróticos, estrés y somatomorfos con 4 (22,2%) representado por los trastornos de Reacción a estrés grave y trastorno de adaptación (F43), así como el Grupo de Trastornos habituales en la niñez u adolescencia 4 (22,2%), de estos últimos se detectaron 2 (11,1%) con Alteraciones en el comportamiento social (F94), 1 (5,6%) con Alteración de las emociones (F93) y 1 (5,6%) con Trastornos de la Conducta (F91). El Grupo de Esquizofrenia, Trastorno esquizotípicos y delirantes 3 (16,7%) representado por Esquizofrenia específicamente (F20). Grupo de Síndrome asociados con alteraciones fisiológicas y físicos, así como el de Otros Trastornos mentales 1 (5,6%) cada uno, para el primero el caso fue un trastorno de la ingestión de alimentos (F50) y para el segundo un Trastorno de los hábitos y los impulsos (F63) pueden verse su distribución porcentual global en el Gráfico 11 (Anexo 4).

La Tabla 15 muestra la distribución detallada de frecuencia según el Trastorno Mental Comórbido de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica (Anexo 4).

DISCUSION

Aun cuando el diagnóstico formal del consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica o Patología Dual en adolescentes, no está tipificado en los manuales diagnósticos de referencia (CIE 10 ⁽⁵⁾ y DSM IV-TR⁽⁴⁾) de ahí que, no formen parte de los diagnósticos de referencia en las estadísticas del servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos fueron identificados 18 adolescentes que cumplieron los criterios para dicha patología. Como bien lo soportan las publicaciones que con respecto a esta problemática hacen mención a la dificultad de su diagnóstico en este grupo etario de pacientes ^(1,3,6), Martínez RJ ⁽¹⁾ sostiene que probablemente el hecho que produce confusión es el nombre, ya que no es una patología, sino la descripción de la coexistencia de dos o más enfermedades, sumando a esto que la psiquiatría académica había ignorado a la Patología Dual dado que algunos de sus manuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en sus publicaciones iniciales “prohibían” los diagnósticos múltiples ⁽²¹⁾. Además a esto hay que añadir el hecho de que los jóvenes ocultan el consumo por miedo a represalias o rechazos y que no son conscientes en muchos casos de los efectos reales de los consumos ⁽¹⁴⁾, dado este infradiagnóstico pudiera confundirse con patologías mentales y en sentido contrario por la confusión de los efectos del consumo. No menos importante es tener presente que el abordaje metodológico para este diagnóstico han sido desarrollado a partir de modelos construidos para la población adulta. El caso es, que el problema existe y guarda similitudes importantes con respecto a investigaciones serias realizadas fuera del territorio venezolano.

En cuanto a la edad promedio de los adolescentes evaluados que fuera de 14,83, este resultado muestra semejanza con los datos aportados en publicaciones que respalda un promedio de edad para poblaciones con este diagnóstico alrededor de los 15 años ^(1,3,5,6,12,14,20,22,24,32).

De igual manera en lo que respecta al género masculino con un 61,1% soportan los hallazgos que estos, tienen indicadores superiores al femenino ⁽³²⁾. Aunque algunos trabajos que evalúan esta variable en adolescentes con patología

dual, manifiestan no haber encontrado diferencias significativas respecto al género (17,18,24,32).

También la Situación laboral de desempleo con un 100% mantiene similitudes con reportes que contemplaron esta variable (3,6,33). En general, el trabajo infantil y juvenil obstaculiza el pleno desarrollo y realización de la niñez y la adolescencia (33). En contraste en el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (ENaDPE) 2009 (14) pudo observarse que el 14.9% de la población evaluada expresaba encontrarse realizando algún tipo de trabajo, dato de poca utilidad referencial dado que contempla a una población escolar consumidora y no consumidora.

El grado de instrucción con un 72,2% en una Secundaria Incompleta, es el esperado encontrar para este grupo poblacional (3,6,24), ya que los sistemas educativos a nivel internacional guardan un gran parecido. Algunos estudios asocian el uso de drogas con el bajo rendimiento académico, con el ausentismo y con el abandono escolar (34). Los adolescentes con conductas problemáticas tienden a mostrar desapego hacia el entorno escolar, y sus expectativas respecto a su éxito académico son negativas. Una variable interesante a introducir en futuras investigaciones debería estar relacionada con el rendimiento académico del adolescente con Patología Dual.

De la misma manera, el nivel socio económico de pobreza relativa tipificado con un Estrato IV del Graffar en 77.8% se asemeja a varios soportes bibliográficos en donde el nivel bajo fuera el prevalente (6,18,20,24). Aun así, no se puede obviar la importancia de referencias que vinculan el consumo de ciertas sustancias ilícitas a la clase media, dado su mayor acceso a estas (37), que por ende podrían verificarse en poblaciones más grandes a las estudiadas.

Contrario a los hallazgos de múltiples investigaciones que vinculan la presencia de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (1,4,6,10,18,24,31,34,38) y el antecedente de consumo familiar (14,24,25,34) en los adolescentes con Patología Dual como un factor predisponente, en este estudio 15 de los 18 adolescentes, ósea el 83.3% negaron el antecedente. Hecho curioso y que pudiera estar vinculado por desconocimiento o para encubrir el dato. En todo caso, la técnica utilizada para la obtención de la información que fuera la entrevista formalizada, pudiera estar

mostrando su desventaja: intimidación del informante ⁽⁴³⁾. Algunos autores señalan que, sin desestimar la importancia de la presión grupal, la influencia de la familia (consumo y enfermedad psiquiátrica) resulta ser la variable que con más insistencia se plantea en los trabajos referidos a factores de riesgo ^(6,18,24). En este mismo sentido, por ejemplo, se ha hallado una relación directa entre el consumo de alcohol de los progenitores y el de sus hijos adolescentes.

Como bien lo demuestran las investigaciones en adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica, la edad de inicio suele estar ubicada en el rango de los 13 a 15 años ^(2,3,6,12-15,18,24,29). La edad promedio del consumo encontrado de 13,17 años guarda concordancia con dicho rango. Pero es importante tener presente que la edad más frecuente (moda) fuera de 12 años, ubicándola por debajo del rango y por ende inferir un pronóstico desfavorable a esta población como el de intensificación de las adicciones, al desarrollar tolerancia a la sustancia utilizada con búsqueda de otro tipo de sustancia. Por lo que pueden pasar de una sustancia lícita a una ilícita con más frecuencia y desarrollar una mayor vulnerabilidad del individuo ⁽¹⁴⁾.

El motivo negativo ⁽³⁹⁾, específicamente la motivación externa (Presión de familiares y/o amigos) obtuvo un 83,3% como resultado en esta investigación, mostrando congruencia con los esperados en una población adolescente consumidora ^(6-8,14), adicionando otra característica desfavorable en el pronóstico. Cuando la motivación es positiva es más sencillo obtener éxitos, pero cuando es negativa, requiere una buena colaboración entre la familia y los terapeutas para abonar el terreno del éxito ⁽³⁹⁾. Ya que el sistema familiar desempeña un papel fundamental como ente motivador en los hijos, se infiere la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos a fin de crear un ambiente familiar positivo y ofrecer a los hijos la posibilidad de crecer en un ambiente psíquico saludable, que le permitan desarrollar sus potencialidades humanas.

El análisis detallado de los 18 pacientes evaluados señala a la nicotina, como la sustancia de mayor prevalencia de uso. 12 (66,6%) de los adolescentes la consumían, de manera única 4 (22,2%) o combinada 8 (44,4%), concordando con resultados de poblaciones adolescentes similares ^(6,18,20,24,29,31). Si bien, el consumo

de nicotina no se había considerado como motivo de estudio para el análisis de la patología dual en el pasado ^(9,10), la importancia médica del tabaquismo (considerada la primera causa evitable de morbilidad en el mundo occidental) su asociación a diferentes patologías médicas, entre las que destacan procesos cardiovasculares, respiratorios y neoplásicos ⁽²⁹⁾, así como la elevada prevalencia de su uso, han contribuido a un viraje en su interés, no solo en comorbilidad psiquiátrica, sino en otros ámbitos de la salud. A esto, hay que sumarle que en Venezuela si bien tiene una nueva regulación en cuanto ambientes libres de humo, todavía se encuentra lejos de una política regulatoria del consumo en este tipo de sustancias. Actualmente pueden conseguirse, a la vuelta de cualquier esquina un vendedor ambulante de cigarrillos que no posea ninguna supervisión por entes del estado. Seguido en frecuencia de consumo, el alcohol con 10 (55,5%) adolescente de uso único 2 (11,1%) o combinado con otra sustancia 8 (44,4%) y luego el cannabis 4 (22,2%). El policonsumo de estas sustancias, al igual que han señalados otros autores ^(3,6,18,24) fue la forma más reiterada de uso en este grupo de adolescentes. Si bien pudiera mostrar diferencias leves en su orden, lo que sí es coincidente es que dentro de las sustancias lícitas están el alcohol y la nicotina y en las ilícitas el cannabis pero no la cocaína ⁽³⁾. Ese hecho puede ser justificado por el costo más alto de ese tipo de sustancia, comparativamente al alcohol, nicotina y cannabis, lo que hace difícil su acceso por adolescente con un poder adquisitivo menor ⁽³⁷⁾. Controversias importantes han sido reportadas en relación a la influencia del nivel socioeconómico y el consumo en adolescentes con comorbilidad psiquiátrica ^(6,18,20,24,37).

Finalmente, al evaluar el trastorno mental comorbido que acompaña a este grupo de adolescentes con consumo de sustancias se pudo determinar que el Retraso Mental leve (F70.0) con 5 (27,8%) pacientes fuera el grupo más prevalente, en contraposición a la mayoría de los reportes que sostienen que son los trastornos disruptivos, de ansiedad y del estado de ánimo los más frecuentes en estas poblaciones con patología dual ⁽³⁾. Este hallazgo pudiera estar relacionado con la destreza desarrollada por el personal de salud de este centro para realizar el diagnóstico comorbido en niños y adolescentes, a diferencias de reportes que

evaluaron grupos muy numerosos pero en los que intervinieron psiquiatras no infantiles ^(2,7,10,18). El grupo de trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos, al igual que el grupo de trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la infancia, en la niñez u en la adolescencia fueron las segundas comorbilidades más frecuentes en estos pacientes, con 4 (22,2%) adolescentes cada una, apegándose a los hallazgos que reporta la literatura ⁽³⁾.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de analizados los resultados obtenidos es posible establecer algunas conclusiones, en base, no solo a las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, sino también a la documentación consultada. Igualmente estas no pueden ser generalizadas a todos los adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica en Venezuela, debido a que se llevó a cabo en un solo hospital, lo que pudiese ocasionar algún sesgo en los resultados. Sin embargo su inferencia es totalmente válida para la población general de adolescentes que asisten a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos que cumplan los criterios de diagnóstico del tema de investigación.

El estudio reporta un porcentaje mayor en la población masculina de 15 años de edad, referidos al servicio por iniciativa de familiares o amigos, con grado de instrucción: secundaria incompleta, desempleados, inicio de consumo a los 13 años, pobreza relativa como nivel socioeconómico, sin antecedentes familiares de consumo o enfermedad psiquiátrica, utilizando múltiples sustancias y con retraso mental como enfermedad comorbida. Las múltiples sustancias representadas principalmente por nicotina, alcohol y cannabis y el grupo de retraso mental, seguido del grupo de trastornos Neuróticos, estrés y somatomorfos así como lo habituales en la niñez u adolescencia como enfermedad Comorbida. Este sería el perfil del adolescente que asistió a la consulta externa del Servicio de Psiquiatría Infantil y

Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, durante el período febrero – abril del año 2012.

La elevada gravedad clínica y social junto a las dificultades terapéuticas, justifican el interés que estos momentos plantea el estudio del consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica en adolescentes, tanto desde el conocimiento de sus bases neurobiológicas y su caracterización clínica y diagnóstica, al desarrollo de tratamientos adecuados farmacológicos y psicosociales, así como en la adaptación de los servicios asistenciales. Seguir avanzando en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo de sustancias de abuso.

En este sentido, se plantea la necesidad de clarificar esta relación en la elaboración de los criterios diagnósticos del DSM-V. Así pues, más allá de la necesidad de seguir investigando en las bases neurobiológicas de la Patología Dual, que sin duda aportarán una mayor comprensión tanto de la enfermedad adictiva así como de los otros trastornos mentales, también se recomienda:

1. Estimular investigaciones con grupo poblacionales de mayor tamaño y que puedan permitir hacer inferencias a la población general con menos sesgo. Esto pudiera darse en centros especializados que reciban a la población adolescente con trastorno de uso de sustancias, en conjunto con especialistas en Psiquiatría Infantil y Juvenil.

2. Revisar la necesidad de disponer de instrumentos clínicos cribado válidos y fiables que permitan detectar la presencia de otros trastornos psiquiátricos en adolescentes que manifiesten el consumo de sustancias.

3. Proponer terapias efectivas para los pacientes adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica. Este punto, constituye un importante reto: ¿cómo deben tratarse? (abordajes farmacológicos y psicológicos) y ¿dónde debe llevarse a cabo el tratamiento? (centros de salud mental, centros de

adicciones), que mitiguen la escasa contención que brinda una hospitalización limitada actualmente en la mayoría de los Centro de Salud mental Venezolana.

En cuanto a la psicofarmacología hay que recordar que la mayoría de las veces se aplican tratamientos que han sido estudiados en pacientes psiquiátricos en los que se excluyeron aquellos que consumían sustancias de abuso, o en pacientes con consumo de sustancias que no presentaban otra patología psiquiátrica. Ello conlleva a un mayor riesgo de interacciones y problemas de seguridad, tolerabilidad y efectos adversos, entre ellos el potencial de abuso y el agravamiento de la enfermedad psiquiátrica o de la enfermedad adictiva. También en los tratamientos psicosociales es necesario avanzar en conocimiento de cuáles son las terapias más eficaces en estos pacientes. Por tanto, es necesario desarrollar terapias específicas dirigidas al paciente adolescente con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica, que contesten las interrogantes en eficacia, tolerabilidad y efectos adversos que se tienen en la actualidad.

El paciente adolescente con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica debería ser atendido en un sistema integrado, es decir, en un sistema que garantice el abordaje del consumo de sustancias y su comorbilidad psiquiátrica de forma conjunta y simultánea, además a largo plazo.

Finalmente, los profesionales que asisten a estos pacientes adolescentes deberán tener formación y conocimientos para detectar y tratarlos adecuadamente. En este sentido es importante la formación de todos los profesionales sanitarios implicados en el ámbito de la salud mental en el conocimiento y manejo del consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica, con especial énfasis en los profesionales en período de formación (por ejemplo, Médicos Internos Residentes, Psicólogos Internos Residentes, Enfermeros Internos Residentes, etc...).

Así pues, la concurrencia de un consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica constituye uno de los desafíos más interesantes para los próximos años, no sólo desde la perspectiva de la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a tal coexistencia, con lo que implica de profundización y mejora del conocimiento de la enfermedad mental en general, sino también en el desarrollo de

estrategias terapéuticas adecuadas en recursos asistenciales adaptados y por profesionales entrenados convenientemente. Todo un reto para los planificadores de políticas sanitarias y los profesionales de la salud mental.

REFERENCIAS

1. Martínez RJ. Categorical o dimensional. En las puertas del DSM-V y la CIE-11, la importancia de reconsiderar la nosología especialmente en adicciones y considerando la relevancia de la comorbilidad/patología dual. [Internet] 2011 Marzo [citado el 20 de Marzo 2012], 1(1): [4 pantallas]. Disponible en: http://psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/511158/.
2. Álvarez J, Gómez T, Fierro I, Marcos A. Plan Regional sobre drogas de Castilla y León. Estudio sobre comorbilidad en drogodependientes en tratamiento en Castilla y León. Edita: Junta de Castilla y León. Valencia: 2005.
3. Deas D, Sherwood B. Abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica en la población adolescente. [Internet] 2011 julio [citado el 19 de Marzo 2012], 1(2):[5pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69864&uid=165592>
4. Firtsn MB. DSM-IV TR® Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson; 1 ed.Barcelona: 2005. p.894-181.
5. Organización Mundial de la salud. Décima clasificación internacional de enfermedades. trastornos mentales y del comportamiento, descripción clínica y guías diagnosticas, CIE-10. Editorial Médica Panamericana. Madrid:2004.
6. Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G. Tratado sobre patología dual, reintegrando la salud mental. 1 ed. Castellón: 2010.
7. Bergmann C. Treatment of the mentally ill chemical abuser (MICA): Description of the Hutchings day treatment program. *Psychiatric Quarterly* 1989;60:303-316.
8. Sciacca K. An Integrated Treatment Approach for Severely Mentally Ill Individuals with Substance Disorders. [blog online] 1996 [citado el 20 de Marzo 2012], 1(1): [16 pantallas]. Disponible en: <http://users.erols.com/ksciacca/integ.htm>.
9. González J, Insel T. The conundrum of co-occurring mental and substance use disorders: opportunities for research. *Biol Psychiatry* 2004;56(10):723-5.

10. Reiger D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from de epidemiologic catchment area (ECA) study. JAMA 1990;264(19):2511-8.
11. Montero M. Comorbilidad entre trastornos depresivos y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. [tesis de grado]. Unidad Nacional de Neuropsiquiatría "Dr. Jesús Mata de Gregorio". Caracas; 2003.
12. Torres ER. Patología dual en pacientes hospitalizados en la Unidad Nacional de Neuropsiquiatría "Dr. Jesús Mata de Gregorio". Prevalencia y características generales. [tesis de grado]. Unidad Nacional de Neuropsiquiatría "Dr. Jesús Mata de Gregorio". Caracas; 2010.
13. Observatorio Venezolano de Drogas (OVD). Resumen Ejecutivo del Informe de Caracterización del consumo de drogas en pacientes atendidos en centros de tratamiento y rehabilitación a nivel nacional durante el año 2009. Oficina Nacional Antidrogas ONA; [Internet] 2009 [citado el 30 de Julio 2012]. Disponible en: <http://www.ona.gob.ve/>
14. Observatorio Venezolano de Drogas (OVD). Estudio Nacional de Drogas en población Escolar (ENaDPE) 2009. Oficina Nacional Antidrogas ONA; [Internet] 2009 [citado el 30 de Julio 2012]. Disponible en: <http://www.ona.gob.ve/>
15. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol 2008;20:315-319.
16. Blanco P, Sirvent C, Villa M, Linares M, Rivas C. Psicopatología y género en adicciones. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet] Interpsiquis 2010 Abril 22. [citado el 10 de julio de 2012]. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/psicopatologia-género-adicciones/id/49454831.html
17. Regier D. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990;264(25):11-18.

18. Arias F. El Estudio de Prevalencia de la Patología Dual en la Comunidad de Madrid del 2009. XXXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Salamanca; [Internet] 2009 Marz [citado el 20 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org>
19. Koldobsky NM. Trastornos de Personalidad y Trastornos del Uso de Sustancias. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet] 2012 Feb [citado el 10 de Agosto de 2012] Buscar en: <http://hdl.handle.net/10401/877>
20. Ochoa E. Relación entre la conducta antisocial y el consumo de sustancias adictivas en adolescentes de educación media y media superior en Navjoa. México. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet] 2012 Feb [citado el 10 de Agosto de 2012] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_20.pdf
21. Trippier J, Parker N. Reflections on the role of the specialist dual diagnosis clinician. *Advances in Dual Diagnosis* 2008 August;1(1):14-18.
22. Chappel J, Ross S. Substance use disorders: Difficulties in diagnoses (1998) *Psychiatric Clinics of North America* 1998;21(4):803-828.
23. Kessler R, Berglund P, Zhao P. Leaf A. Bruce M et al., The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness (SMI). In: R.W. Manderscheid and M.A. Sonnenschein, Editors, *Mental health, United States, U.S:Washington, DC:1996.*
24. Bara J, Benito A. Real M. Matéu C. Martin N. Haro G. et al. Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones* 2010;22(1):15-24.
25. Rahav M, Link B. When Social Problems Converge: Homeless, Mentally 111, Chemical Misusing Men in New York City. *Substance Use & Misuse* 1995;30(8):1019-1042.
26. Traver F. Blog de Neurociencia Neurocultura [blog online] Castellón 2010 Jun. [citado el 5 de Julio de 2012] Disponible en: <http://pacotraver.wordpress.com/2010/05/15/patologia-dual>

27. Roncero C, López C, Barrial C, Sáez N, Rovira M, Casas M. Tratamiento concomitante de litio y metadona en un paciente bipolar: a propósito de un caso. *Adicciones* 2009;21(2):167-172.
28. Drake R, Mueser K, Brunette M, McHugo G. A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabil J* 2004; 27(4):360-74.
29. Kendler K, Neale M, McLean C, Heath A, Eavens L. Smoking and major depression: a casual analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993:136-43.
30. Ramos J, Collazos F, Casas M. Metilxantinas. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias, Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, editores. Barcelona: Ars Médica; 2003.p. 335-42.
31. Ramos J, Collazos F, Casas M. Adicciones a sustancias químicas (III). Psicoestimulantes. Tratado de psiquiatría. Ars. Médica editores. Barcelona; 2005.p.805-786.
32. Rodríguez J, Hernández E, Fernández A. Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista Médica Chile* 2007;135:449-456
33. Calderón A. Trabajo Infantil y Adolescente en el Agro: ¿Necesidad o Identidad?. *Revista de Ciencias Sociales de Costa Rica* 2004;12:165-79
34. Castellano M, Moreno D. Estudio de la Influencia que tiene la valoración familiar sobre el consumo de drogas de los estudiantes provenientes de Colegios Públicos y Privados. [Internet]. Cumaná: Universidad de Oriente; 2008 [citado el 20 de junio de 2012] Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/947/1/Tesis.AN%C3%81LIS DEL IMPACTO DE LA RECONVERSI%C3%93N MONETARIA.pdf>
35. Pérez E. SISTEMA EDUCATIVO Nacional de Venezuela. Ministerio de Educación de Venezuela y Organización de Estados Iberoamericanos; [Internet] Caracas: 1996 [citado el 15 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.oei.es/quipu/venezuela/index.html>

36. República de Venezuela. Ministerio de la Secretaría de la Presidencia de la República. FUNDACREDESA Proyecto Venezuela. Región Centro-Occidental. Caracas. 1990
37. Machado E, Dos Santos M. Adolescencia y el uso de sustancias psicoactivas: El impacto del nivel socioeconómico. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] Sau Paulo.2007 [citado el 3 de enero de 2013] Disponible en:<http://www.eerp.usp.br/rlae>
38. Quiroga M. Genética de las Enfermedades Mentales. Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú 2001 Sep;64(3):12-16.
39. Petri H, Govern J. Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones. México: Thomson:2006.
40. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59ª Asamblea General. [Internet] Seúl 2008 Sep. [citado 15 diciembre 2012];[6pantallas]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
41. Ferro M, Molina L, Rodríguez W. La bioética y sus principios. Acta Odontológica Venezolana [Internet] 2008 Feb [citado 6 Agosto 2012];[4 pantallas]. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art26.asp>.
42. Arias F. El Proyecto de Investigación: Introducción a la metodología Científica. 5 Ed. Caracas: Editorial Epistema: 2006.p.143-21.
43. Palella S, Martins F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. 3 ed. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Experimental Libertador: 2012.p.285-92.
44. Landeau R. Elaboración de Trabajos de Investigación.1 ed:Caracas: Editorial Alfa: 2007.p.190-92.

ANEXOS

Anexo N° 1

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL
HOSPITAL Dr. JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente, solicitamos su consentimiento voluntario, para que su representado (a), _____, de ____ años de edad, participe en el Trabajo de Investigación: **CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES. CARACTERÍSTICAS GENERALES**, que se llevara a cabo en el Hospital Dr. José Manuel de los Ríos.

El responsable del proyecto es: _____, médico residente del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, quien presentará este Estudio Científico, como su Trabajo Especial de Grado, en la Universidad Central de Venezuela (UCV).

- **El objetivo de la investigación** es conocer la frecuencia del consumo de droga, en los pacientes que acuden a nuestra consulta, las de mayor frecuencia, además de las enfermedades Psiquiátricas que se asocian al consumo. Esperamos que sus resultados permitan un mejor conocimiento, prevención y tratamiento de ambos problemas
- **La participación de su representado radica:** en responder a las preguntas que se le realizarán en la entrevista clínica, que igualmente forman parte de los datos contenidos en la historia clínica del servicio mencionado, por lo que no se requiere de tiempo adicional a la misma. La información que se tome de

la historia, será manejada con total confidencialidad por parte del investigador, sin identificar en ningún momento al paciente.

- No se prevén efectos adversos por su participación, pero si se presentaran, recibirá la atención Médica requerida, siempre que éstos sean producto de su colaboración en el estudio. No habrá gastos, ni remuneración económica alguna, ya que su participación es totalmente voluntaria. Usted o su representado pueden negarse a participar o retirarse después de haber aceptado, sin que esto desmejore la atención que recibirá en nuestro servicio.

Yo: _____ CI: _____ (Parentesco o relación con el participante) de _____, Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre esta investigación, otorgo mi consentimiento para la participación de mi representado, bajo las condiciones referidas anteriormente.

Fecha: _____

Firma del Representante: _____

Médico o profesional de Salud, que proporcionó la información:

Nombre, firma y fecha: _____.

Testigo 1: Nombre, firma y fecha: _____.

Testigo 2: Nombre, firma y fecha: _____.

Anexo N° 2

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL
HOSPITAL DR. JOSÉ MANUEL DE LOS RIOS**

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, CI: _____ de _____ años de edad, mediante la presente, acepto voluntariamente participar en el Trabajo de Investigación: **CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES. CARACTERÍSTICAS GENERALES**, que se llevara a cabo en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil, del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos, año 2012.

- **El responsable del proyecto es:** _____, médico residente del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil del Hospital Dr. José Manuel de los Ríos , quien presentará este Estudio Científico, como su Trabajo Especial de Grado, en la Universidad Central de Venezuela (UCV).
- **El objetivo de la investigación es:** conocer la frecuencia del consumo de droga, en los pacientes que acuden a nuestra consulta, las de mayor frecuencia, además de las enfermedades Psiquiátricas que se asocian al consumo. Esperamos que sus resultados permitan un mejor conocimiento, prevención y tratamiento de ambos problemas
- **La participación de su representado radica:** en responder a las preguntas que se le realizarán en la entrevista clínica, que igualmente forman parte de los datos contenidos en la historia clínica del servicio mencionado, por lo que no se requiere de tiempo adicional a la misma. La información que se tome de

la historia, será manejada con total confidencialidad por parte del investigador, sin identificar en ningún momento al paciente.

- No se prevén efectos adversos por su participación, pero si se presentaran, recibirá la atención Médica requerida, siempre que éstos sean producto de su colaboración en el estudio. No habrá gastos, ni remuneración económica alguna, ya que su participación es totalmente voluntaria. Usted o su representado pueden negarse a participar o retirarse después de haber aceptado, sin que esto desmejore la atención que recibirá en nuestro servicio.

Yo: _____ CI: _____. Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre esta investigación, otorgo mi consentimiento para la participación en el Estudio Científico mencionado, bajo las condiciones referidas anteriormente.

Fecha: _____.

Nombre, firma y fecha del Representante: _____.

Médico o profesional de Salud, que proporcionó la información:

Nombre, firma y fecha: _____.

Testigo 1: Nombre, firma y fecha: _____.

Testigo 2: Nombre, firma y fecha: _____.

Anexo N° 3

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL
HOSPITAL DR. JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS

**CONSUMO DE SUSTANCIAS Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ADOLESCENTES. CARACTERÍSTICAS
GENERALES**

Formulario de recolección de datos (Variables)		Datos del Paciente
1) Edad		
2) Género	1 Masculino	
	2 Femenino	
3) Situación laboral	1 Empleado	
	2 Desempleado (a)	
4) Grado de instrucción	1 Analfabeta	
	2 Alfabetizado (a)	
	3 Primaria incompleta	
	4 Primaria completa	
	5 Secundaria incompleta	
	6 Secundaria completa	
	7 Técnico medio	
5) Nivel socio-económico (Graffar modificado)	1 Estrato I (Clase alta de 4-6 puntos)	
	2 Estrato II (Clase media alta 7-9 puntos)	
	3 Estrato III (Clase media de 10-12 puntos)	
	4 Estrato IV (Pobreza relativa de 4-16 puntos)	
	5 Estrato V (Pobreza crítica de 17-20 puntos)	
6) Antecedentes familiares psiquiátricos	1 Antecedentes de Enfermedad Presente	
	2 Antecedentes de Enfermedad Ausente	
7) Antecedentes familiares de uso de drogas	1 Antecedentes de Consumo Presente	
	2 Antecedentes de Consumo Ausente	
8) Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas (lícitas e ilícitas)		
9) Cómo el paciente acude al hospital	1 Voluntariamente	
	2 Presionado por familiares y/o amigos	
	3 Por indicación médica	
	4 Por indicación legal	
10) Uso patológico de sustancias	1 Nicotina	
	2 Cafeína	
	3 Alcohol	
	4 Cocaína	
	5 Cannabis	
	6 Múltiples	
	7 Otras sustancias psicoactivas...	
11) Trastorno mental comórbido	1 Trastorno mental orgánico	
	2 Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y delirante	
	3 Trastorno del Humor (afectivos)	
	4 Trastorno neuróticos, estrés y somatomorfos	
	5 Síndromes asociados con alteraciones fisiológicas y físicas	
	6 Retraso mental	
	7 Trastorno del desarrollo psicológico	
	8 Trastornos Habituales en la niñez u adolescencia	
	9 Otros trastornos mentales	

Anexo N° 4 Tablas y Gráficos de Resultados

Tabla 1. Medidas de Tendencia Central según su Edad de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

Medida	Resultado
Media	14.83
Mediana	14.50
Moda	13
Total de Adolescentes	18

Tabla 2. Distribución de Frecuencia según Edad de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12	1	5.6	5.6	5.6
13	5	27.8	27.8	33.3
14	3	16.7	16.7	50.0
15	2	11.1	11.1	61.1
16	3	16.7	16.7	77.8
17	3	16.7	16.7	94.4
19	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 1. Distribución Porcentual según Edad de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

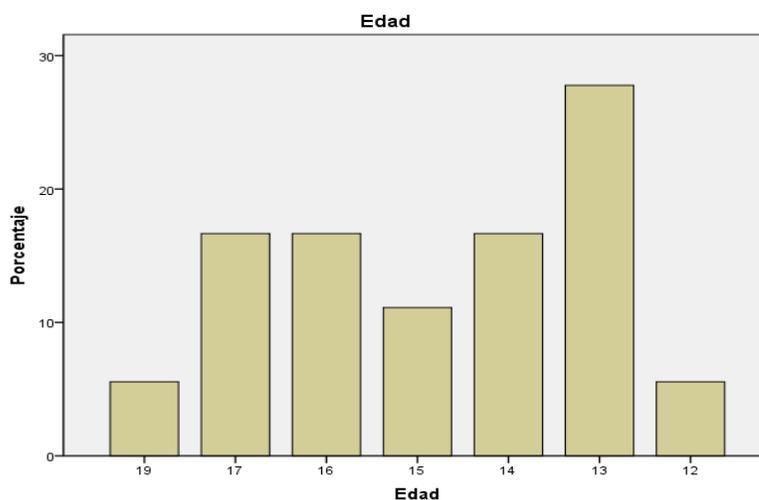


Tabla 3. Distribución de Frecuencia según Género de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	11	61.1	61.1	61.1
Femenino	7	38.9	38.9	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 2. Distribución Porcentual según Género de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

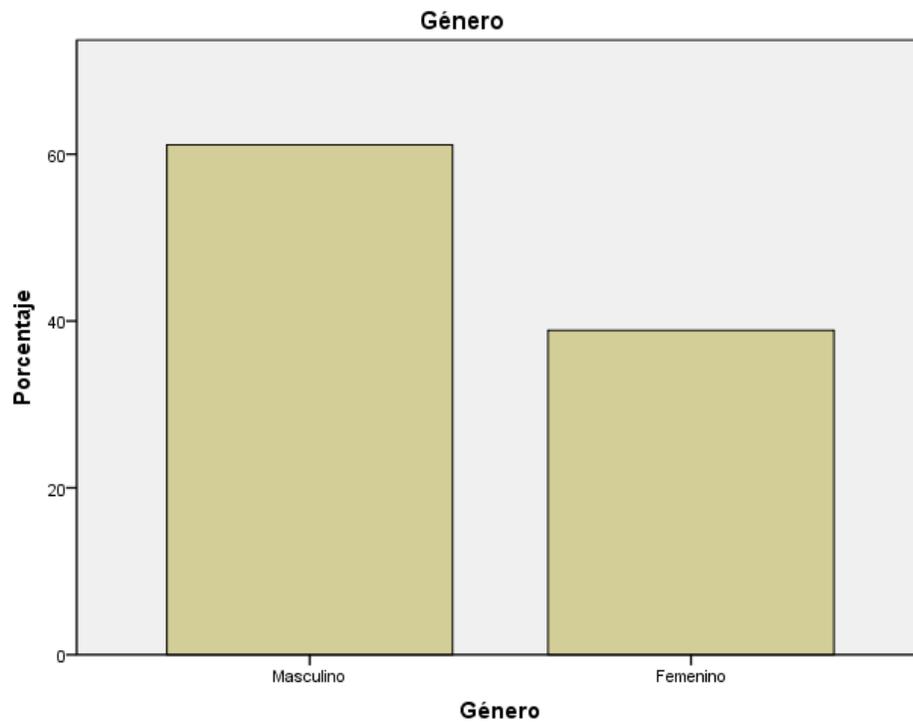


Tabla 4. Distribución de Frecuencia según Situación Laboral de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Desempleado	18	100.0	100.0	100.0

Gráfico 3. Distribución Porcentual según Situación Laboral de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

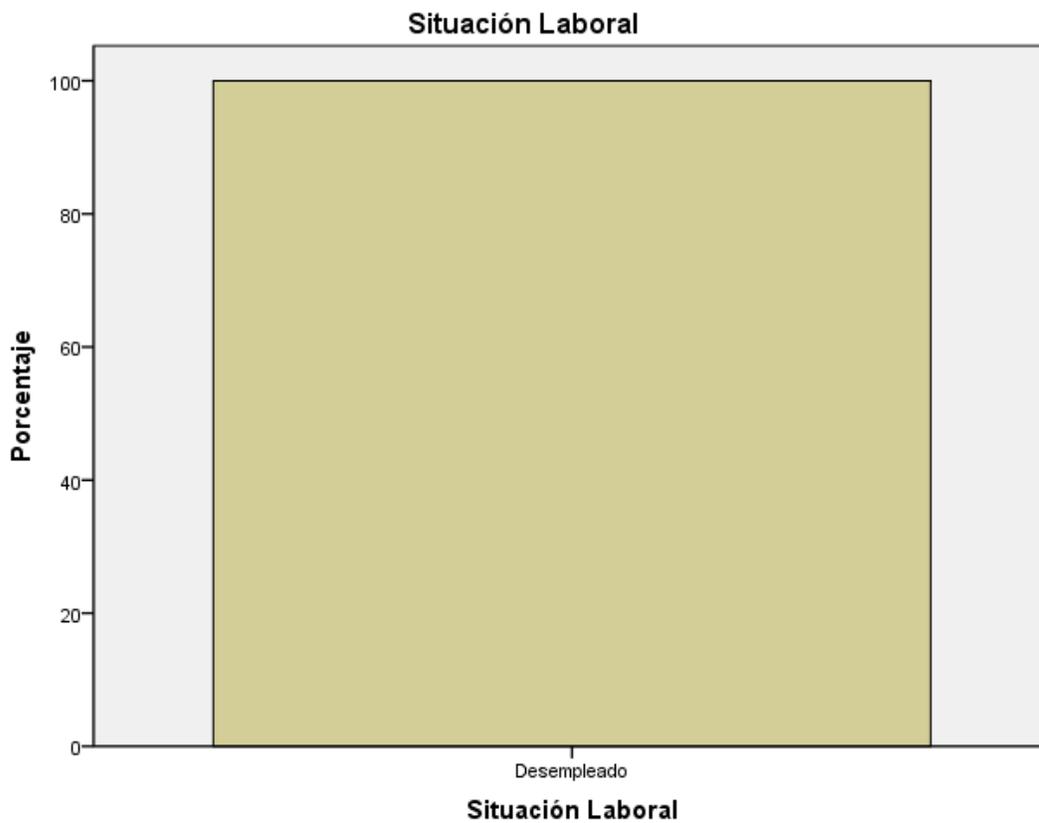


Tabla 5. Distribución de Frecuencia según Grado de instrucción de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Técnico Medio	1	5.6	5.6	5.6
Secundaria Incompleta	13	72.2	72.2	77.8
Primaria Completa	1	5.6	5.6	83.3
Primaria Incompleta	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 4. Distribución Porcentual según Grado de instrucción de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

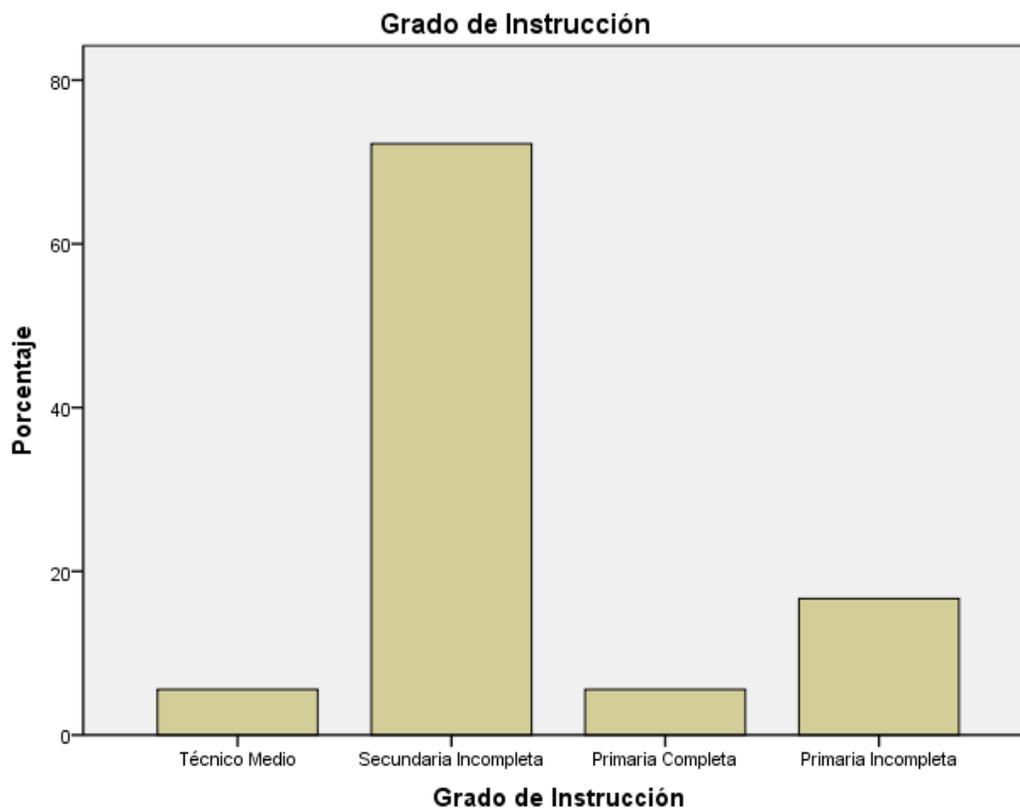


Tabla 6. Distribución de Frecuencia según Nivel Socio Económico de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estrato IV (Pobreza Relativa)	14	77.8	77.8	77.8
Estrato III (Clase Media)	3	16.7	16.7	94.4
Estrato II (Clase Media Alta)	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 5. Distribución Porcentual según Nivel Socio Económico de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

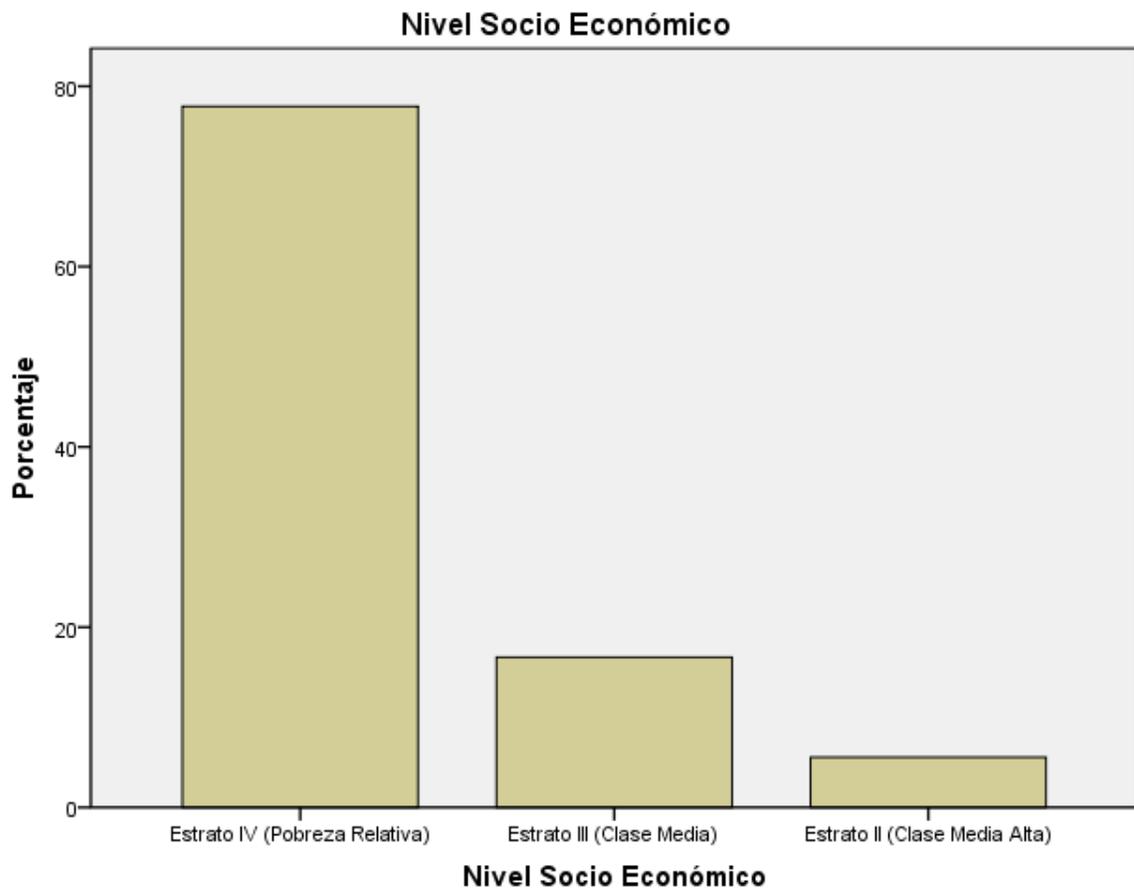


Tabla 7. Distribución de Frecuencia según Presencia o Ausencia de Antecedente Familiar de Enfermedad Psiquiátrica de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antecedentes de Enf. Familiar ausente	15	83.3	83.3	83.3
Antecedentes de Enf. Familiar presentes	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 6. Distribución Porcentual según Presencia o Ausencia de Antecedente Familiar de Enfermedad Psiquiátrica de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

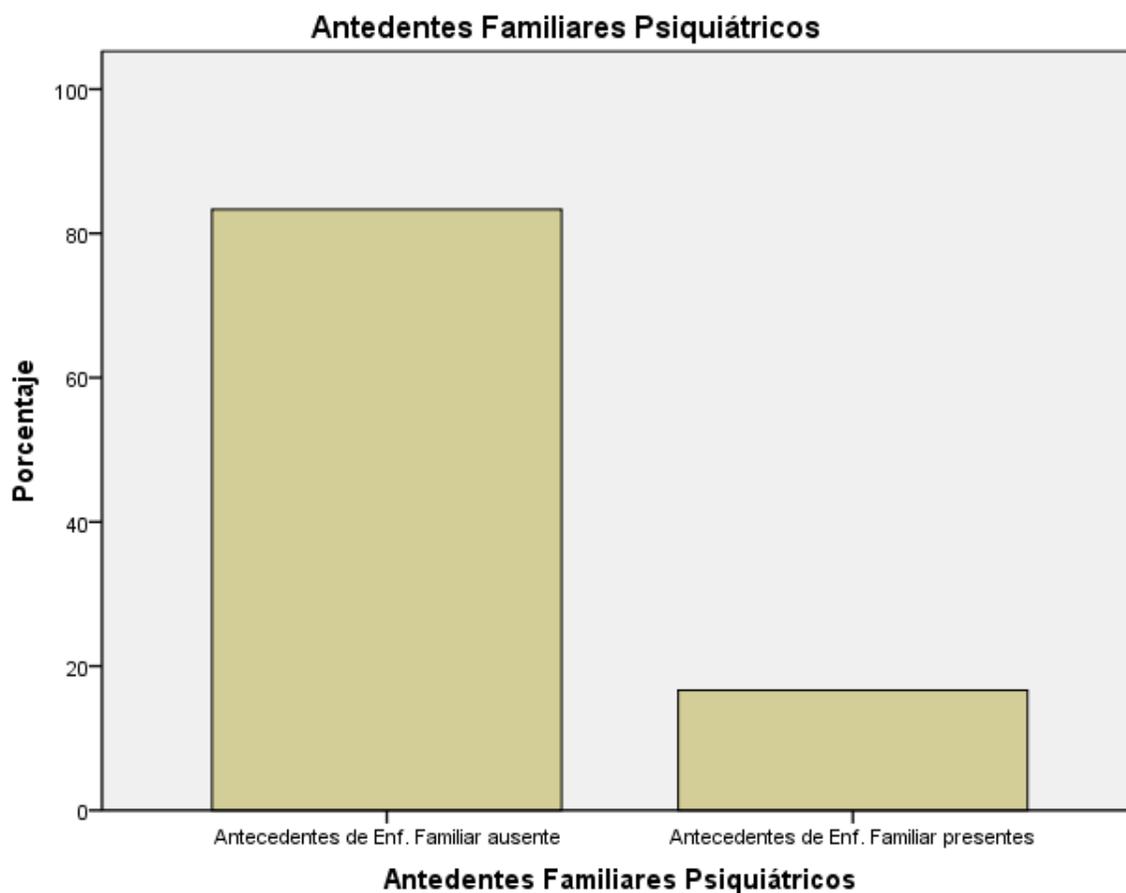


Tabla 8. Distribución de Frecuencia según Presencia o Ausencia de Antecedente Familiar de Consumo de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antecedentes de Consumo ausente	15	83.3	83.3	83.3
Antecedentes de Consumo presente	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 7. Distribución Porcentual según Presencia o Ausencia de Antecedente Familiar de Consumo de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

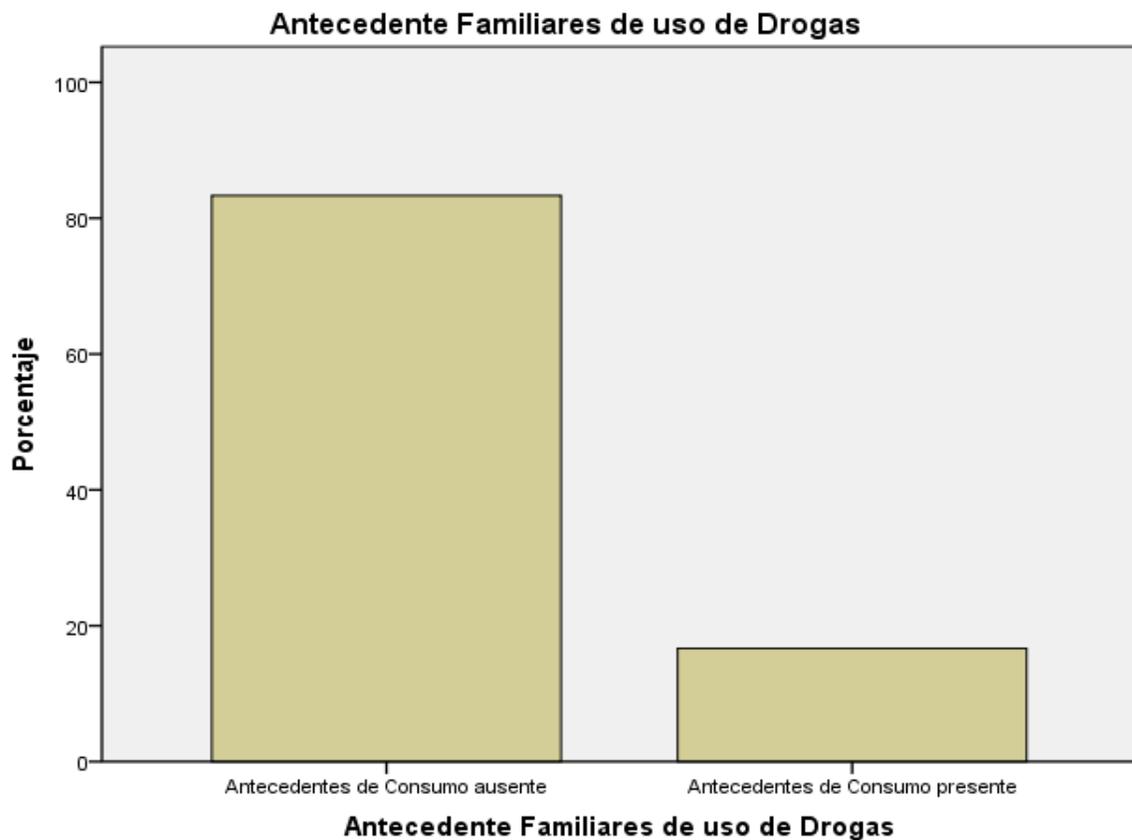


Tabla 9. Medidas de Tendencia Central en Edad de Inicio de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

Medida	Resultado
Media	13,17
Mediana	13,00
Moda	12
Total de Adolescentes	18

Tabla 10. Distribución de Frecuencia según Edad de Inicio de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16	4	22.2	22.2	22.2
13	6	33.3	33.3	55.6
12	7	38.9	38.9	94.4
11	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 8. Distribución Porcentual según Edad de Inicio de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

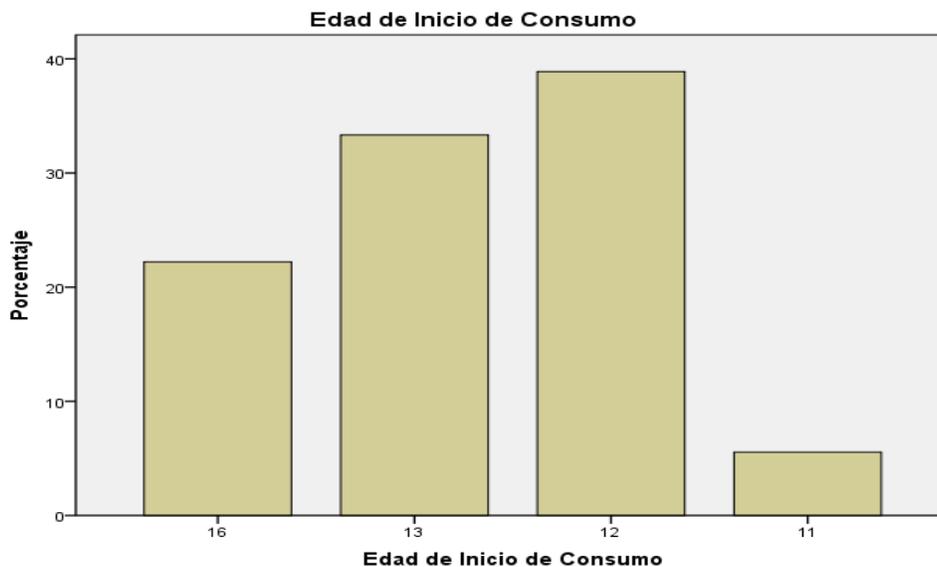


Tabla 11. Distribución de Frecuencia según Como el paciente acude al Hospital de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Por Indicación Legal	3	16.7	16.7	16.7
Presionado por Familiares y/o Amigos	15	83.3	83.3	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 9. Distribución Porcentual según Como el paciente acude al Hospital de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

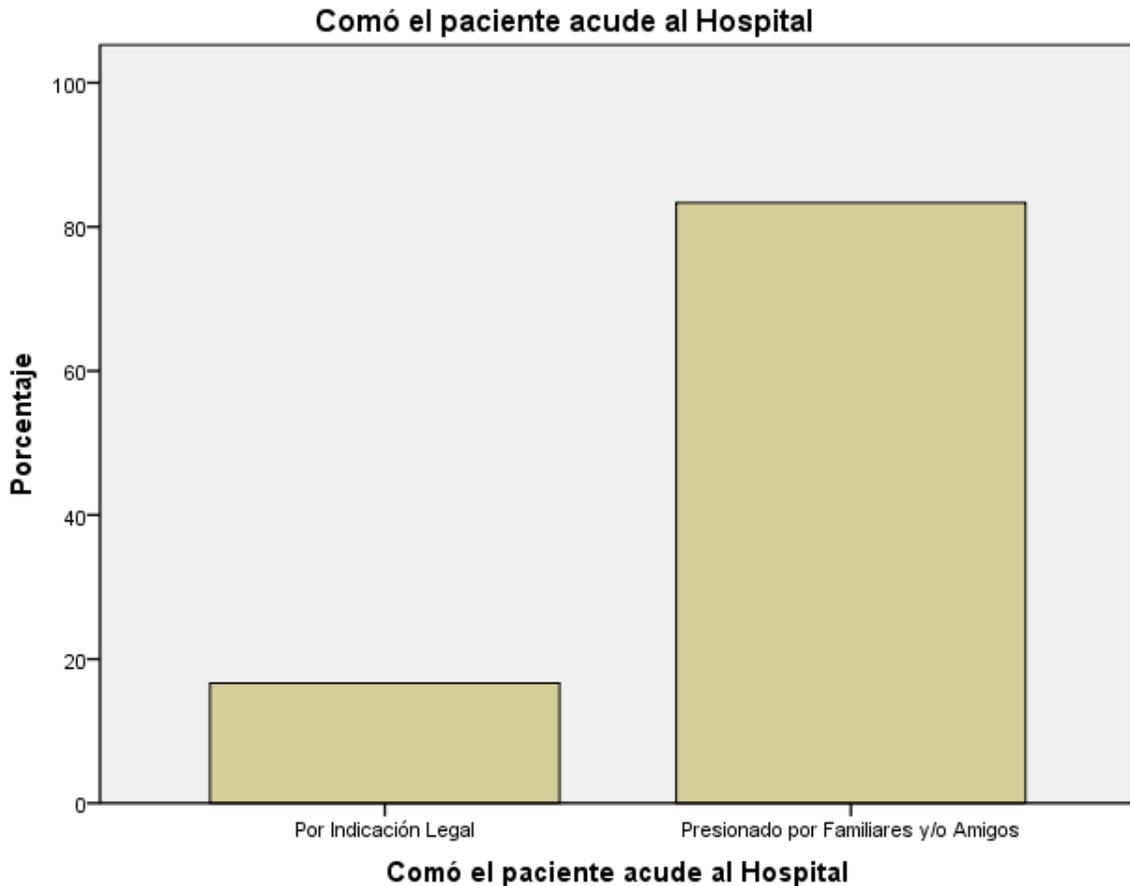


Tabla 12. Distribución de Frecuencia según el Uso Patológico de Sustancias de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otras sustancias psicoactivas	2	11.1	11.1	11.1
Múltiples Sustancias	8	44.4	44.4	55.6
Cannabis	2	11.1	11.1	66.7
Alcohol	2	11.1	11.1	77.8
Nicotina	4	22.2	22.2	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 10. Distribución Porcentual según el Uso Patológico de Sustancias de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

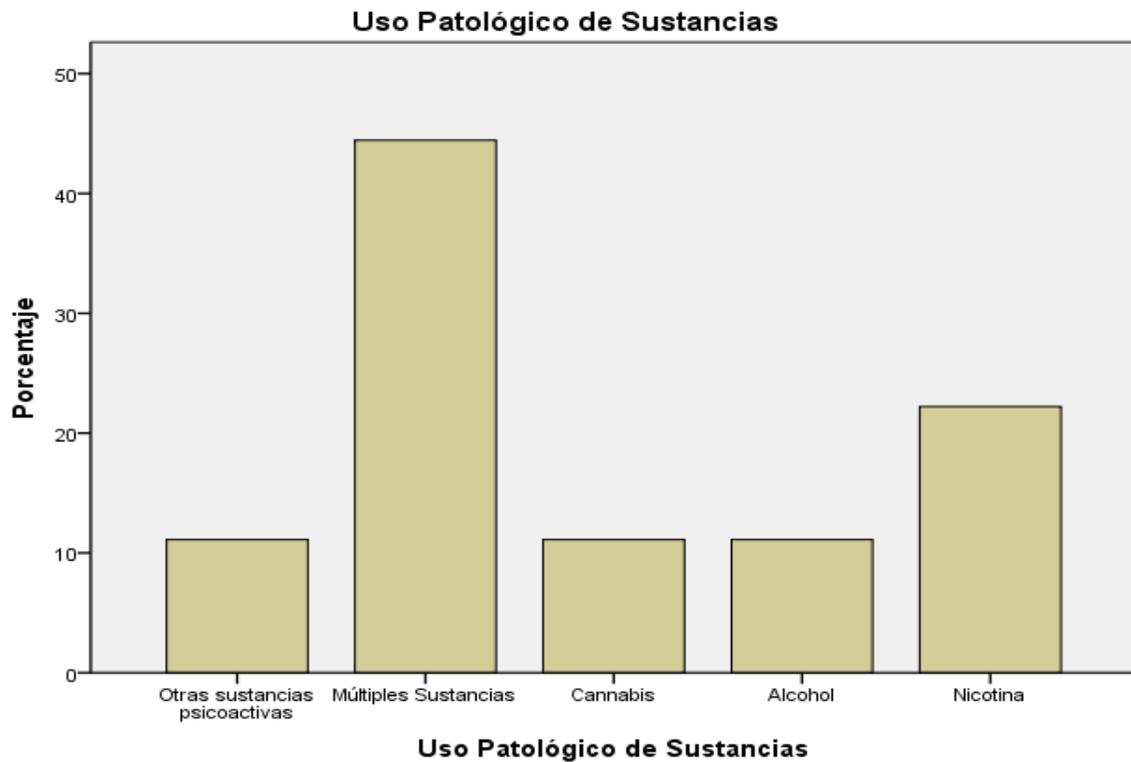


Tabla 13. Distribución detallada de Frecuencia según el Uso Patológico de Sustancias de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Múltiples Sustancias				
Alcohol + Nicotina	2	11,1	11,1	11,1
Alcohol + Nicotina + Cannabis	4	22,2	22,2	33,3
Alcohol +Nicotina + Cannabis + Éxtasis	2	11,1	11,1	44,4
Cannabis	2	11,1	11,1	55,5
Alcohol	2	11,1	11,1	66,7
Nicotina	4	22,2	22,2	88,9
Otras sustancias psicoactivas	2	11,1	11,1	100,0
Total	18	100.0	100.0	

Tabla 14. Distribución de Frecuencia según el Trastorno Mental Comórbido de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otros trastornos mentales	1	5.6	5.6	5.6
Habituales en la niñez u en la adolescencia	4	22.2	22.2	27.8
Retraso Mental	5	27.8	27.8	55.6
Síndromes asociados con alteraciones fisiológicas y físicos	1	5.6	5.6	61.1
Trastornos neuróticos, estres y somatomorfos	4	22.2	22.2	83.3
Esquizofrenia, Trastorno esquizotípicos y delirante	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Gráfico 11. Distribución Porcentual según el Trastorno Mental Comórbido de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

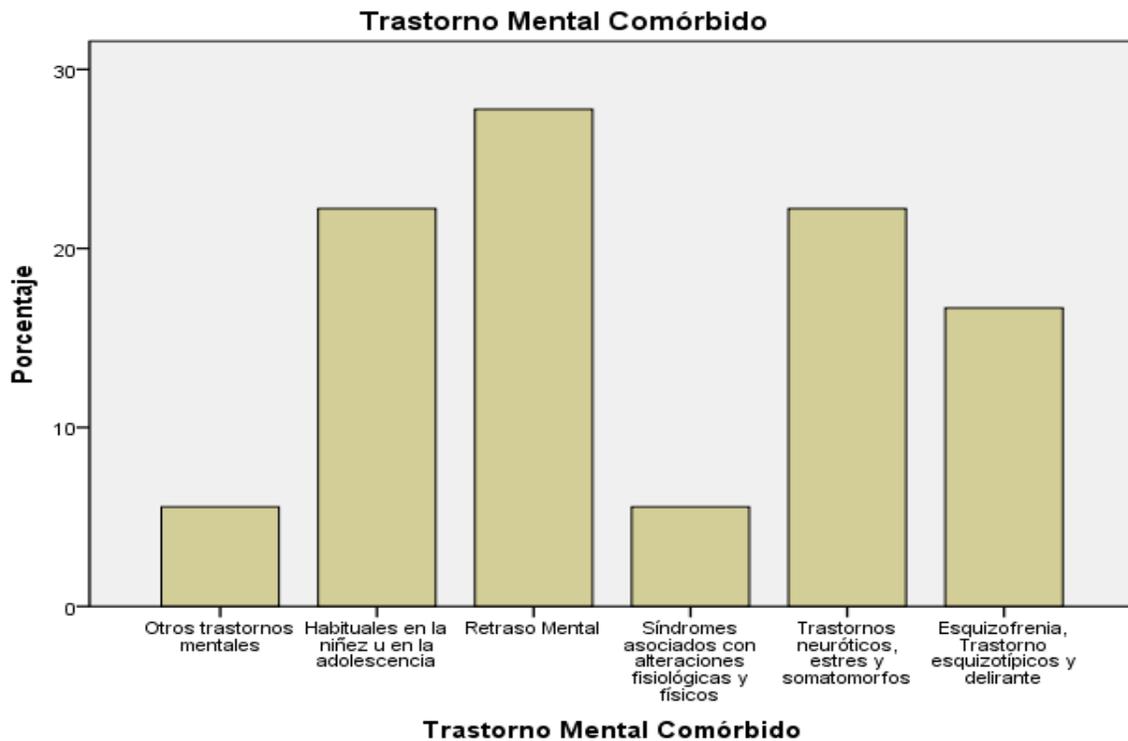


Tabla 15. Distribución detallada de Frecuencia según el Trastorno Mental Comorbido de Adolescentes con consumo de sustancias y comorbilidad psiquiátrica

GRUPO	Categorías Principales	Trastorno Mental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6	Retraso Mental	Retraso Mental (F70)	5	27,8	27,8	27,8
4	Trastornos neuróticos, estrés y somatomorfos	Reaccion a estrés agudo y Trastornos de adaptación (F43)	4	22,2	22,2	50,0
8	Habituales en la niñez y en la adolescencia	Trastornos disociales (F91)	1	5,6	5,6	55,6
		Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia (F93)	1	5,6	5,6	61,1
		Trastorno del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F94)	2	11,1	11,1	72,2
2	Esquizofrenia, Trastorno esquizotípicos y delirantes	Esquizofrenia (F20)	3	16,7	16,7	88,9
5	Síndromes asociados con alteraciones fisiológicas y físicos	Trastorno de la conducta alimentaria (F50)	1	5,6	5,6	94,5
9	Otros trastornos mentales	Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos (F63)	1	5,6	5,6	100,0
Total			18	100,0	100,0	