**CURSO PROPIO. ADOLESCENCIA. CARRERA: Medicina. AÑO ACADÉMICO**: 3ro

**Material de apoyo a la docencia. Departamento Psicología FCM General Calixto García. Noviembre 2019.**

Tomado de: Prevención y atención a los trastornos adictivos. Fabelo Roche y cols. Edit. Ciencias Médicas 2018.La adolescencia y el comportamiento suicida. Folleto. Material de apoyo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (07/11/2019). Comisión nacional de carrera de Medicina. Programa de curso propio adolescencia. 2019. Compiladora: Rosa Quiñones

1. **FUNDAMENTACIÓN:**

La Adolescencia etapa entre la niñez y adultez se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que generan dudas, inquietud, ansiedad en el adolescente que llevan a pensar en ella como una etapa crítica en el desarrollo. El pensamiento del adolescente está evolucionando pero son incapaces de adelantar las consecuencias de sus actos. En busca de su personalidad imitan a los padres, a los pares, a “modelos sociales”. Aparecen comportamientos perturbadores y generadores de rivalidad con la autoridad que ejercen los adultos llevándolos a conductas orientadas a experimentar otras formas de sentir y actuar, por lo que se hacen verdaderamente vulnerables a la aparición de varias problemáticas asociadas a la adolescencia y que son muy frecuentes dentro del contexto comunitario actual en el accionar del médico comunitario como: la aparición de conductas suicidas, exposición del consumo de drogas, conducta sexual desorganizada que puede conducir a ITS, VIH, embarazos no deseados, abortos y conflictos en la esfera sexual sin estar suficientemente preparados nuestros médicos para su prevención o manejo integral adecuado.

Existen dificultades en la prevención, pesquisa de riesgo y abordaje de estas problemáticas en esta etapa evolutiva dadas las propias características de la adolescencia y a que en los programas curriculares de pregrado y postgrado no se profundiza en estos contenidos por lo que en gran medida los profesionales no dominan los elementos básicos para tratar al adolescente.

Este curso dirigido al estudiante de medicina del pregrado tiene como intención fundamental elevar los niveles de competencia profesional en relación con la atención del adolescente, de manera que se fortalezca la capacitación de los recursos humanos y pueda así elevarse la calidad de los servicios de salud, basados en los objetivos principales donde descansa nuestro sistema de salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación, siendo capaces de desarrollar dichos conocimientos y habilidades dentro de su desempeño profesional.

1. **OBJETIVOS GENERALES:**

* Actualizar el conocimiento teórico- práctico sobre características y problemáticas más frecuentes de la adolescencia
* Desarrollar habilidades para brindar una mejor atención integral y diferenciada en esta etapa de la vida.

1. **SISTEMA DE HABILIDADES:**

* Lograr el acercamiento empático al adolescente.
* Realizar mapa de riesgo en el abordaje del adolescente Diagnosticar las principales problemáticas actuales asociadas a la adolescencia
* Desarrollar acciones de promoción y prevención de salud encaminadas a lograr un abordaje integral del adolescente
* Elaborar un plan de acciones para la solución de los problemas identificados.

1. **PLAN TEMÁTICO:**

TEMA 1. Características de la Adolescencia.

**OBJETIVO(s):** Identificar las características biológicas, psicológicas y sociales en esta etapa de la vida.

**CONTENIDOS:** Características Biológicas. Características psicológicas y sociales en la adolescencia. Pubertad Normal. Trastornos de la Pubertad. Diferencias entre adolescencia y Pubertad. Señales de alerta en adolescentes. Cuidados y auto cuidado que deben conocer.

Desarrollo tema I

La adolescencia, término derivado del vocablo latín *adolescer*, que significa crecer, constituye uno de los períodos más importantes de la vida humana y su estudio tiene gran actualidad para diversas profesiones, disciplinas, organismos, la familia y la sociedad en general. Es una etapa caracterizada por cambios múltiples y rápidos, que se manifiestan en los niveles biológico, psicológico, social y espiritual, todos ellos mediatizados por factores culturales presentes en el micro y macro entorno en que interactúe cada adolescente en particular.

El concepto de adolescencia como período del desarrollo humano es relativamente nuevo. Existen diferentes definiciones, bien con enfoque biológico, psicológico, antropológico o sociológico, en las cuales se reflejan los postulados teóricos y filosóficos, inherentes a la época y campo del saber de quienes las formulan.

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando los límites entre los 10 y los 19 años.

En el *Diccionario de la Psicología Evolutiva y de la Educación* se define de la manera siguiente: “[…] periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas, reconocen un periodo de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que en otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas”(Harré y Lamb, 1990).

Por su parte, Charlotte Bühler (1898-1974) la consideró, “Periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto”. (Montenegro y Guajardo, 1994).

Según Martínez-Costa, “La adolescencia es un estadio propio de la especie humana: no se han descubierto en el animal conductas específicas de la adolescencia. Y es necesario aclarar que pubertad y adolescencia, no son sinónimos […]”. (Martínez-Costa, 2006).Iglesias Diz, (2013), señala que: “la adolescencia es el período de tiempo que trascurre entre el comienzo de la pubertad y el final del crecimiento. Mientras la pubertad es un periodo de cambios biológicos, la adolescencia se trata de una construcción social de los países desarrollados. Los cambios ocurren en un corto periodo de tiempo y afectan a los aspectos bio-psico-sociales”. Por su parte, la Sociedad de Medicina de la Adolescencia entiende que su duración no es tan breve como señalan la mayoría de los autores e instituciones vinculados al estudio de esta etapa del desarrollo humano. Sus miembros estiman que la adolescencia debe extenderse hasta los 25-30 años de edad, al considerarla una construcción socio-cultural y no solo un fenómeno biológico.

Arnett (2008), creador de esta concepción y de su denominación, considera que los adolescentes y jóvenes al ingresar en las universidades se hallan en una nueva etapa evolutiva, “adultez emergente”, en la que se deben desarrollar simultáneamente nuevos patrones de respuesta comportamental, cognitiva y afectiva para responder de modo adecuado a las nuevas exigencias del medio.

Rodríguez González, *et al* (2012), reportan numerosos estudios en que se han demuestra que más de la mitad de los estudiantes que ingresan en la Educación Superior presentan una elevada incidencia de problemas académicos, emocionales, de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas o aumento de conductas psicopatológicas y coincidiendo con los cambios que se producen en esta nueva etapa del desarrollo, el acceso a la Educación Superior enfrenta a los adultos emergentes, en muchos casos, a la separación de la familia y de los amigos, a la creación de nuevas redes de relación y a las exigencias de una mayor autonomía. Los estudiantes universitarios que cuentan con mayores redes de apoyo se acaban por adaptar mejor a los desafíos de su nueva vida como universitarios. (Rodríguez González, Martínez López, Tinajero Vacas, Guisande Couñago y Páramo Fernández, 2012)

**Desarrollo biopsicosocial.** En la antigua civilización griega se hicieron descripciones de los cambios físicos y conductuales que se producían en los niños a partir de la pubertad. Sin embargo, no es hasta siglos posteriores que vuelven a aparecer publicaciones al respecto, y Juan J. Rousseau, (1712-1778), en su libro *Emilio*, plantea que la adolescencia es “un segundo nacimiento”.

No se tienen evidencias de nuevas publicaciones en que se retome el tema hasta los primeros años del siglo XX, etapa en que se desarrollan investigaciones cuyos resultados brindaron una plataforma sólida para reconocer que la adolescencia era, per se, una etapa del desarrollo humano en la cual se presentaban características biopsicosociales universales, matizadas de manera significativa por factores culturales y espirituales particulares, presentes en las diferentes comunidades y entornos de los grupos estudiados. Granville Stanley Hall (1844-1924), fue el pionero en la utilización de métodos científicos para el estudio de la adolescencia, por lo que es considerado el padre de la psicología de la adolescencia. Su fundamentación teórica partía del criterio de que el desarrollo respondía a factores fisiológicos y genéticos que determinaban el crecimiento, el desarrollo y la conducta del individuo. (Palacios y Oliva, 2002).

La adolescencia:

* Tiene una extensión variable para cada sujeto, familia y sociedad, siendo su duración de10 años o más.
* Tiene tres fases: inicial, media y tardía.
* Debe ser estudiada a partir de un marco multiaxial, que incluya las características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que la caracterizan, particularmente en lo referente a procesos de salud/enfermedad.

Desde el punto de vista biológico puede precisarse el inicio y terminación de la adolescencia, la cual comienza con la pubertad y culmina cuando se logra la fusión de la epífisis de los huesos largos y la completa diferenciación sexual. En los aspectos psicológicos y sociales no resultan tan precisos sus límites. (Pineda Pérez y Aliño Santiago, 1999; Gutiérrez Baró , 2006)

Por la intensidad, rapidez y variabilidad con que en la adolescencia se ocurren los cambios en las características físicas y psicosociales, se divide didácticamente en 3 fases: 1) Fase inicial, que comprende de los 10 a los 13 años.2) Fase media, entre los 14 y los 16 años. 3) Fase tardía, entre los 17 y los 19 años. A continuación se presentan cada una de estas y sus características biopsicosociales específicas:

**Desarrollo psicosocial. Adolescencia inicial.** Aparecen los cambios puberales. •Generalmente coincide con la terminación de la enseñanza primaria e inicio de la secundaria. •Pérdida, en relación con etapa escolar, de preocupación por su cuidado e higiene personales. •Se mantienen algunas características de pensamiento lógico-concreto. •Persiste influencia de padres y maestros sobre conducta del adolescente, pero el grupo de pares pasa a ejercer un rol protagónico. •Persistencia de socialización en grupo de pares de su mismo sexo. •Inicio de actividades sexuales: masturbación y primeras experiencias sexuales, generalmente muy apasionadas y con poca ternura. •Surgimiento del enamoramiento, que suele ser muy intenso, de breve duración y repetido. •Cuando forman pareja tienden a separarse del grupo de pares.

* **Desarrollo psicosocial. Adolescencia media.**
* Persiste tendencia hacia el descuido del cuidado e higiene personales, fundamentalmente en adolescentes del sexo masculino.
* Alcanza el pensamiento lógico-abstracto.
* Incorporación al vocabulario de nuevas formas expresivas, modismos, solo utilizadas entre adolescentes y poco interés en el uso adecuado del lenguaje, predominante en el sexo masculino.
* Búsqueda de nuevos modelos a imitar, ídolos y líderes, fuera del marco familiar.
* Incremento de manifestaciones de carácter humanista, contrastando con fuerte rechazo hacia personas o grupos con origen o ideas diferentes a las suyas.
* Consolidación de la propia identidad.
* Integración a grupo de pares de ambos sexos.
* Aparición de relaciones amorosas y sexuales más perdurables.

**Desarrollo psicosocial. Adolescencia tardía.**

* Interés por el cuidado de su apariencia e higiene personal.
* Persiste desafío a valores de figuras paternas y de generaciones anteriores, pero sin necesidad de confrontación permanente ni la hostilidad de fases anteriores.
* Posibilidad de planificar y pensar en el futuro.
* Definición vocacional.
* Surgen relaciones amorosas más estables, con ánimo de intimidad y de compartir diversos aspectos de la vida.
* Puede darse inicio a la convivencia en pareja, sin efectuarse el matrimonio, con ausencia de las responsabilidades legales, psicológicas, económicas y sociales que el mismo conlleva.

En relación al desarrollo puberal, existen diferencias según género, cuya repercusión va más allá de los cambios biológicos y físicos que lo caracterizan. La aparición de los caracteres sexuales secundarios es más temprana en las mujeres, por lo general con la siguiente secuencia: Inicio del desarrollo mamario. La menarquía se presenta aproximadamente dos años después de iniciarse el desarrollo mamario. La ovulación que suele producirse dos años después de la menarquía.

En los hombres la pubertad se inicia más tarde. Sin embargo, a pesar de las diferencias en la edad de inicio de la pubertad, en ambos sexos la configuración de los caracteres sexuales secundarios del adulto, se alcanzan entre los 4 ½ y 5 años después del inicio de la pubertad. Lo antes expuesto, permite generalizar que las mujeres alcanzan el desarrollo sexual total durante la fase inicial de la adolescencia, y los hombres durante la fase media. El conocimiento de estas características biológicas, resulta importante ya que permite prever y evitar consecuencias desfavorables para el desarrollo psicosocial y espiritual, en ambos géneros.

El inicio de la pubertad, precoz o tardío, tiene repercusiones negativas, siendo más intensas cuanto más divergente sea el inicio de la misma en relación a los paraiguales. En el sexo femenino, las mayores dificultades se presentan cuando existe una pubertad precoz, mientras que en el sexo masculino cuando la pubertad tiene un inicio tardío. En ambas modalidades es frecuente la exclusión de actividades deportivas, lúdicas y recreativas, bien por el grupo o por el propio adolescente, con la consiguiente afectación de la autoestima, del proceso de socialización y del logro de las tareas del desarrollo propias de esta etapa, pudiendo condicionar la aparición de manifestaciones psicopatológicas, entre las que se destaca el inicio de consumo de sustancias adictivas con la posible ocurrencia de drogadicción, así como otras conductas de riesgo, entre ellas las relacionadas con la sexualidad: inicio precoz de las relaciones sexuales, promiscuidad, infecciones de trasmisión sexual y embarazos no planificados ni deseados, entre otras.

Durante esta etapa del desarrollo también ocurren cambios cualitativos en las diferentes áreas de la esfera mental. Entre ellos se destacan: Área cognoscitiva. Alcanza el pensamiento lógico-formal y se estructuran estilos cognitivos. Área afectiva. Se hace más versátil la expresividad de emociones y sentimientos. Área conativa/conductual. Se incrementan y se consolidan los comportamientos relacionados con motivaciones, intereses y componentes éticos, para lo cual se hace necesario identificar qué hace, cómo lo hace, por qué lo hace.

En lo referente al desarrollo psicosocial, en particular la socialización, la relación con el grupo de para iguales pasa a ser primordial y desplaza en importancia a la mantenida en estadios anteriores con el grupo familiar. Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, entre las que se destacan la relacionada con facilitar el desarrollo de las habilidades sociales y la de contribuir al logro de una adecuada autoestima y de la propia identidad.

En un sentido más amplio, Iglesias Diz (2013), considera que los hitos del desarrollo psicosocial son: la consecución de la independencia de los padres, la relación con sus coetáneos, el incremento de la importancia de la imagen corporal y el desarrollo de la propia identidad como individuo. En este aspecto, Martínez-Costa (2006), se adscribe a los postulados formulados por Comerci, Ligtner y Hansen, considerando que para el adecuado desarrollo psicosocial, deben ser alcanzadas cuatro metas básicas: Separación psicológica de sus padres y de su familia. Elección de una profesión. Aprendizaje para el amor. Consolidación de la propia identidad.

En la siguiente tabla se muestran las características generales del desarrollo psicosocial, en las diferentes áreas y fases de la adolescencia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Área del desarrollo | Adolescencia inicial (10-13 años) | Adolescencia media (14-16 años) | Adolescencia tardía  (17-19 años) |
| Independencia | Menor interés en las actividades paternas. Inicio de conflictos con padres y la normas | Punto máximo de conflictos con los padres.  Cambio de relación padre-hijo por adulto-adulto | Readaptación de los consejos y valores paternos |
| Imagen corporal | Preocupación por aspecto físico.Sensibilización ante los “defectos”. Mujeres: desean perder peso.Hombres: desean ser altos y musculosos | Aceptación general del cuerpo.  Preocupación por hacer cuerpo más atractivo | Aceptación e identificación con nueva imagen corporal |
| Socialización | Intensas relaciones con amigos del mismo sexo.  Poderosa influencia de los amigos | Máxima integración al grupo.  Conformidad con los valores de los amigos | Grupo de amigos menos importante.  Formación de pareja |
| Identidad | Desarrollo del pensamiento lógico-abstracto. Objetivos vocacionales idealizados y no definidos. Necesidad de intimidad. Escaso control de impulsos | Mayor ámbito de sentimientos. Consolidación de la identidad personal.Desarrollo de la conducta moral.Sentimientos de omnipotencia | Objetivos vocacionales más prácticos y realistas. Delimitación de valores morales, sexuales y religiosos. Capacidad para comprometerse y establecer límites |
| Sexualidad | Autoexploración.  Contacto limitado con el otro sexo | Actividad sexual con múltiples parejas.  Prueban su femineidad o masculinidad. Fantasías románticas.Inicio de relaciones coitales | Se forman relaciones estables.Capacidad de reciprocidad afectiva  Mayor actividad sexual |

En la actualidad se manifiestan algunas particularidades en el desarrollo psicosocial del adolescente, en relación al comportamiento que presentaban generaciones precedentes. Entre las más significativas se citan: 1) la edad de inicio de las relaciones sexuales y de pareja a edades más tempranas, sin que ello implique el asumir responsabilidades inherentes a estas conductas y 2) las crecientes exigencias que impone el desarrollo científico y tecnológico, requieren de un mayor número de años de estudio para responder a las demandas de la sociedad actual, condicionando que la inserción laboral se alcance a mayor edad, retardándose la adquisición de la independencia económica, la formación de nuevas familias y el inicio de los roles parentales. Estas particularidades provocan una dispersión entre las tres dimensiones rectoras del desarrollo biopsicosocial, prolongándose la posibilidad de alcanzar y cumplimentar las tareas inherentes a la adultez.

Por las particularidades que confiere esta dispersión entre las áreas del desarrollo adolescente, en la actualidad se valora- con mucha aceptación a nivel internacional- la inclusión de una cuarta fase, a continuación de la hasta ahora identificada como fase final, denominada por algunos autores adolescencia emergente, y por otros, adultez emergente, la cual abarca el periodo comprendido entre los 20 y los 25 años de edad y para algunos expertos de la psicología evolutiva, hasta los 30 años.

Características distintivas de los grupos poblacionales denominados:

* + Adolescentes emergentes o adultos emergentes.
  + Postergar compromisos como pareja.
  + Aplazamiento de responsabilidades y estilo de vida adulto.
  + Estar centrado en sí mismo: *yo, primero que todo; solo importo yo.*
  + Vivenciar ser medio adolescente y medio adulto.

La propuesta de incorporar una etapa más en el desarrollo psicosocial, denominada adultez o adolescencia “emergente”, hace referencia a la tercera década de la vida en la cual biológicamente ya se ha alcanzado la adultez, pero no en las áreas social y psicológica, al no asumirse tareas y responsabilidades inherentes a dicha etapa, lo cual guarda estrecha relación con factores socioeconómicos y culturales que caracterizan a las sociedades de países desarrollados.

Una vez descritas las características biopsicosociales de los adolescentes, en especial las correspondientes a la fase inicial y a la media, resulta comprensible el hecho de que a partir de su interrelación con el entorno, natural y social, pueden involucrarse en disímiles conductas de riesgo, que pueden comprometer su salud física y mental. (Castellano Barca 2013).

En la adolescencia están presentes fortísimas y significativas vivencias, que marcan pautas en el comportamiento. Estas son: Invulnerabilidad. Atemporalidad. No hay pasado ni futuro, *solo el presente.*

De transcurrir normalmente los procesos involucrados en el desarrollo biopsicosocial, al finalizar la etapa el adolescente ha logrado encontrar el modo adecuado para interactuar con los adultos. Se produce un restablecimiento en la comunicación familiar con la consiguiente mejoría en las relaciones con las figuras parentales y otras figuras adultas significativas, en especial las que ejerzan autoridad, como por ejemplo maestros y profesores. Pedreira Massa y Martín Álvarez señalan: “[…] La adolescencia, que se inicia en el plano biológico, concluye en un nivel psicosocial. El fin de la adolescencia no tiene una fecha biológica precisa, sino más bien determinantes psicológicos y socioculturales. En realidad, no se deja totalmente la adolescencia hasta que no se vivencia una autonomía económica, psicológica, una independencia del ambiente parental y el establecimiento de un punto de vista sexual adulto. Al final, el/la adolescente se siente cómodo con su cuerpo, adquiere una identidad sexual y de género, junto con la capacidad de establecer relaciones íntimas y duraderas”. (Pedreira Massa y Martín Álvarez, 2000)

Con esta cita se sintetizan aspectos esenciales de la adolescencia: su punto de partida, los componentes multifactoriales que condicionan su terminación y las metas a alcanzar en esta significativa etapa del desarrollo humano, las que resultan imprescindibles para llegar a una adultez sana y responsable.

**Maduración y desarrollo cerebral en la adolescencia**

Las funciones de la corteza prefrontal, o “funciones ejecutivas”, incluyen: control de impulsos, toma de decisiones, planificación y anticipación del futuro, control atencional, capacidad para realizar varias tareas a la vez, organización temporal de la conducta, sentido de la responsabilidad hacia sí mismo y los demás o la capacidad empática.

La corteza prefrontal, en pleno desarrollo madurativo al comienzo de la adolescencia, es una de las estructuras cerebrales más frecuentemente vinculada a la tendencia y realización de conductas de riesgo. Las dificultades en la planificación y formulación de estrategias cognitivas y comportamentales presentes en la adolescencia, la modificación de las mismas para ajustarlas a nuevas circunstancias o para la interrupción de determinadas conductas una vez alcanzada la meta deseada, la rigidez comportamental o las dificultades para inhibir respuestas irrelevantes o inadecuadas, responden a la inmadurez de la corteza prefrontal, en especial en la fase inicial de esta fase del desarrollo.

Las características antes señaladas (cognitivas y conativas) están relacionadas con el circuito prefrontal dorsolateral. En cambio, el circuito pre-frontal ventromedial se asocia con el procesamiento de señales emocionales que influyen en la toma de decisiones. Ello nos permite comprender con mayor facilidad que en la adolescencia las causas para valorar las consecuencias inmediatas y mediatas de las conductas asumidas y de los riesgos derivados de las mismas, guardan relación directa con la inmadurez de estas áreas cerebrales.

La excitabilidad de estos circuitos cerebrales puede guardar relación con los cambios hormonales de la pubertad, lo que hace que los primeros años de la adolescencia sean los de mayor riesgo para la aparición de conductas relacionadas con la falta de autorregulación, ya que en esta etapa coincide la mayor excitabilidad con el menor desarrollo prefrontal. Se acumula evidencia que el cerebro todavía no está completamente formado al final de la infancia, como antes se creía.

A medida que madura la corteza prefrontal también lo hacen las funciones cognitivas asociadas a ella, pero estos avances cognitivos en la toma de decisiones no suponen una menor implicación en conductas de riesgo durante la adolescencia. La evidencia apunta a que durante esta etapa, además de existir unos mecanismos controladores aún inmaduros, también existe una mayor activación del circuito mesolímbico relacionado con el placer y la recompensa, que experimenta cambios importantes en la adolescencia temprana como consecuencia de los incrementos hormonales asociados a la pubertad. Este circuito utiliza la dopamina como principal neurotransmisor e incluye las proyecciones desde el área tegmental ventral al cuerpo estriado (núcleo accumbens y núcleo caudado), a las estructuras límbicas (amígdala) y a la corteza orbito-frontal. Su activación como consecuencia de la implicación del sujeto en ciertas actividades recompensantes como la comida, el sexo o el consumo de drogas, provoca una liberación de dopamina, especialmente en el núcleo accumbens, que genera una intensa sensación de placer y motiva al sujeto a la repetición de dichas actividades. Se trata de un circuito neuronal esencial para el aprendizaje, puesto que contribuye a la vinculación entre una conducta y sus consecuencias.

Por su parte, la amígdala regula el aprendizaje evitativo ante situaciones aversivas y asociadas a emociones negativas. Este circuito evitativo, complementario al anterior, supone un freno conductual que evita al sujeto los daños derivados de su implicación en un determinado comportamiento. En este circuito las áreas ventromedial y órbitofrontal de la corteza frontal tendrían un papel fundamental como zonas de convergencia de procesos cognitivos y emocionales.

El modelo triádico propuesto por Ernst *et al*. (2006), resulta muy interesante para entender el comportamiento de riesgo adolescente.

Durante la adolescencia se produce un desequilibrio entre el circuito prefrontal cognitivo y el mesolímbico de recompensa, como consecuencia de sus diferentes ritmos de maduración.

De acuerdo con este modelo, la conducta se basa en el equilibrio entre tres sistemas cerebrales que trabajan de forma conjunta: el aproximativo de recompensa, el evitativo y el regulatorio. El aproximativo, que en especial incluye el núcleo accumbens, origina las conductas aproximativas. En cambio, el sistema evitativo incluye la amígdala e impulsa al sujeto a evitar las situaciones amenazantes o dolorosas. Finalmente, el sistema regulatorio, que integra las áreas medial y ventral de la corteza prefrontal, jugaría un papel de arbitraje o moderación entre esas dos influencias opuestas. Según Ernst *et al.* (2006), la toma de decisiones por parte de los adolescentes estaría sesgada como consecuencia de un sistema aproximativo fortalecido y unos sistemas evitativo y regulatorio inmaduros.

Durante la adolescencia se produce un desequilibrio entre el circuito prefrontal cognitivo y el mesolímbico de recompensa, como consecuencia de sus diferentes ritmos de maduración. Mientras que la maduración del primero es independiente de los cambios hormonales de la pubertad y solo está relacionada con la edad y el aprendizaje, el segundo sí se muestra muy sensible a las influencias hormonales y experimenta importantes cambios durante la pubertad que incrementan su excitabilidad. Por lo tanto, los primeros años de la adolescencia serán los de un mayor desequilibrio, con un circuito aproximativo muy propenso a actuar en situaciones que puedan deparar una recompensa inmediata y un inmaduro circuito regulatorio que va a tener muchas dificultades para controlar esta impulsividad. Sin olvidar la estrecha interrelación que existe entre los mecanismos cerebrales implicados en el procesamiento de las recompensas y los que se ocupan de la información social y emocional, que van a suponer que la presencia de iguales y las situaciones con fuerte carga emocional potencien los efectos recompensantes de las conductas de asunción de riesgos haciéndolas más probables.

Durante la adolescencia también se produce el aumento de las conexiones entre áreas y regiones cerebrales, proceso que se efectúa paulatina y progresivamente y en diferentes momentos evolutivos en ambos sexos. Posterior al período de arborización se produce el período de poda neuronal (*pruning*) en el que son eliminados varios circuitos que son innecesarios. Se especula que los circuitos que están más activos se preservarán, mientras que los que no tienen actividad serán podados (se conserva el principio de que lo que no se usa se pierde).

Entre los 10 y 12 años, la corteza prefrontal sufre un agrandamiento, seguido por una dramática disminución alrededor de los 20 años, probablemente debido a un crecimiento de las conexiones neuronales, seguido por una etapa de poda, en la que se pierden las conexiones que ya no son necesarias.

Este proceso del desarrollo cerebral es más tardío en la corteza prefrontal, la cual coordina las funciones cognitivas más complejas, y alcanza su mayor nivel de desarrollo después de los 20 años. El aumento de la sustancia blanca indica mejor eficiencia en las conexiones.

La corteza prefrontal es la encargada de las funciones ejecutivas, que son habilidades cognitivas que permiten: La anticipación. El establecimiento de metas. Diseño de planes y programas. Inicio de las actividades y de las operaciones mentales. Autorregulación y el control de impulsos. Monitorización de las tareas. Selección precisa de los comportamientos y las conductas. Flexibilidad en el trabajo cognoscitivo. Organización en el tiempo y en el espacio. Regulación de la conducta por medio de la retroalimentación ambiental.

A partir de los datos anteriores, podemos concluir que tanto los adolescentes como las adolescentes, se encontrarán al inicio de la adolescencia en una situación de mucha vulnerabilidad por su tendencia a implicarse en diversas conductas de riesgo. Algunos autores incluso han propuesto la existencia de un cierto retroceso o regresión comportamental coincidiendo con la pubertad, como consecuencia de la reorganización cerebral que tiene lugar en ese momento.

Pero no solo la estimulación ambiental puede favorecer la maduración prefrontal. También hay que destacar el papel del afecto y el apoyo parental durante la infancia y la adolescencia. Los primeros datos en apoyo de esta influencia provienen de la experimentación animal, que ha revelado la relación entre el contacto físico estrecho entre madre y cría y la producción de oxitocina y dopamina. Si tenemos en cuenta que la dopamina juega un importante papel en el desarrollo prefrontal, se ha propuesto que el fortalecimiento de los inputs de dopamina al prefrontal sería el mecanismo mediante el que los estilos parentales afectuosos, y otras experiencias emocionales placenteras con padres y cuidadores, contribuirían al desarrollo de la función ejecutiva y de un comportamiento adecuado.

**Factores de riesgo y de protección. Vulnerabilidad**

*Factores de riesgo:* Conjunto de factores ambientales que están relacionados con el aumento de la probabilidad de que se exprese un trastorno (factores externos). Las conductas de riesgos o de búsqueda de sensaciones, son aquellas que conllevan una excitación fisiológica placentera inmediata y que se asocian a posibles resultados peligrosos para la salud o el autocuidado, como por ejemplo la conducción imprudente e irreflexiva, el consumo de sustancias o tener relaciones sexuales sin protección.

**Problemas de salud:** Acné juvenil, embarazo precoz, ITS, accidentes, adicciones. Pueden aparecer conductas antisociales, depresión, ideación suicida

Se **recomiendan** las siguientes medidas: Educación sexual, brindar orientación profesional, prevención de hábitos tóxicos, manejo adecuado de la crisis, reconocer sus logros y esfuerzo, así como ayudarlos a trazarse metas alcanzables para favorecer la formación de una autovaloración adecuada, preocuparse por conocer el grupo de pertenencia del adolescente para orientarlos y procurarles su independencia..

**Tema 2- Conducta suicida en la Adolescencia**

**Objetivos:** Identificar factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes en función de su prevención.

**Contenidos;** Conceptos asociados a la conducta suicida. Factores de riesgo, protectores, desencadenantes. Signos de alarma de la conducta suicida.

**1-Conceptos asociados a la conducta suicidad: EL COMPORTAMIENTO SUICIDA.** El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

**El deseo de morir.** Representa inconformidad e insatisfacción con su modo de vivir en el momento presente, puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.

**La representación suicida**. Constituida por imágenes mentales del suicidio, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o se ha pensado ahorcado.

**Las ideas suicidas**. Pensamientos de terminar con la propia existencia, pueden adoptar las siguientes formas de presentación: Idea suicida sin método específico, pues tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer". Idea suicida con método inespecífico o indeterminado en la que expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo." Idea suicida con método específico no planificado, desea suicidarse, ha elegido un método, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué lugar, ni ha tenido en consideración las precauciones para no ser descubierto y cumplir sus propósitos de autodestruirse.

**El plan suicida o idea suicida planificada**, desea suicidarse, ha elegido método habitualmente mortal, lugar donde lo realizará, momento oportuno para no ser descubierto y motivos que sustentan dicha decisión.

**La amenaza suicida**. Insinuación o afirmación verbal de intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

**El gesto suicida**. Ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente

**El intento suicida**, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

**El suicidio frustrado**. Acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

**El suicidio accidental.** El realizado con un método del cual se desconocía verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

**Suicidio intencional.** Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son: las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. Es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

**2- FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA.** Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta: Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional. Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz. Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias, conducta disocial, baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva. Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, amores contrariados o problemas con autoridades policiales.

**1-Factores culturales y sociodemográficos.** Los problemas socioeconómicos, bajos niveles educacionales, desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen. Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término "shock cultural" para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por: Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura. Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás. Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura. Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura. Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse. Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

**2-Situación familiar y eventos vitales adversos.** La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

* Presencia de padres con trastornos mentales.
* Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
* Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
* Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
* Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
* Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
* Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
* Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
* Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
* Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
* Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
* Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
* Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
* Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
* Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
* Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
* Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
* Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
* Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
* Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

**3- Psicopatología del adolescente que constituye predisposición a cometer suicidio.** Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en investigaciones realizadas mediante autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades: Depresión. Trastornos de Ansiedad. Abuso de alcohol. Abuso de drogas. Trastornos incipientes de la personalidad. Trastorno Esquizofrénico.

Pasemos a describir dichos trastornos, lo cual facilitará el reconocimiento de los mismos y les permitirá detectar precozmente los sutiles cambios en la conducta, relaciones humanas, afectividad y hábitos que sugieren la presencia de uno de estos trastornos.

**Depresión.** Enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, afecta al ser humano en su totalidad, física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de voluntad para satisfacer demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

* Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
* Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
* Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.
* Intranquilidad.
* Falta de concentración.
* Irritabilidad, disforia, malhumor.
* Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
* Sentimientos de cansancio y agotamiento.
* Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
* Manifestar deseos de morir.
* Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
* Incremento del uso del alcohol y las drogas.
* Falta de apetito o apetito exagerado.
* Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
* Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
* Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
* Llanto sin motivo aparente.
* Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
* Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto: Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días. Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias. Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%). Insomnio o hipersomnia diarios. Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor. Fatiga o pérdida de energía diariamente. Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias. Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares. Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes:

* Se manifiestan con más frecuencias irritables que tristes.
* Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
* Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.
* Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.
* Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.
* Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

**Trastornos de Ansiedad**. Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica, que puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas. Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

* Manifestaciones físicas que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, nauseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
* Manifestaciones psicológicas entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.
* Manifestaciones conductuales consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos que relacionaremos a continuación:

**Ataques de Pánico.** Manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.

**Fobia simple.** Miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es el temor a los espacios cerrados o claustrofobia.

**Fobia social.** Esta fobia es incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, a hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

**Ansiedad de separación**. Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:

* Preocupación y malestar excesivos al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.
* Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo.
* Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
* No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
* No poder quedarse sólo en casa.
* No poder dormir alejado de los padres o fuera de la casa.
* Tener pesadillas recurrentes de secuestros. Accidentes, etc.
* Manifestar diversas quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes de salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

**Fobia escolar.** Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que se expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos, etc. Afecta a los niños y las niñas en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años.

**Trastorno Obsesivo Compulsivo.** Condición mórbida caracterizada por necesidad de realizar actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, persistentes a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad, la muerte de un ser querido, profanación de imágenes religiosas, pensamientos de contenido sexual intolerables, etc.

**Trastorno de Estrés Postraumático.** Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad y que se caracteriza por la re-experimentación del trauma, por la aparición de conductas de evitación de situaciones en relación con dicho acontecimiento y por un aumento de síntomas neurovegetativos.

En la adolescencia son frecuentes los **sentimientos de culpabilidad**, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria.

Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos.

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias.

**Abuso de Alcohol.** La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses. Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos, variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.

**Trastorno Disocial de la Personalidad**. Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales: con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad social: ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

Fraudulencia o robo: ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos).

Violaciones graves de normas: a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de "placer artificial".

Trastorno de la Alimentación. En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascararse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

1-Anorexia nerviosa en la que se presentan los siguientes síntomas:

-Rechazo manifiesto a mantener el peso corporal mínimo.

-Un miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso ideal para la talla.

-Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de sí mismo.

2-Bulimia nerviosa que se caracteriza por:

-Atracones recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto tiempo una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor cantidad de personas en un tiempo similar y en similares circunstancias. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.

-Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos y ejercicios descontrolados.

-Los atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses. La autoevaluación esta principalmente influida por el peso corporal del adolescente.

**Trastorno esquizofrénico**. Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente "aparentemente normal". Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

* Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto.
* Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
* Ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior.
* Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza.
* Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.
* nvención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quienes le escuchan.
* Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
* Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada a los estímulos.
* Pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
* Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.
* La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, las que serán abordadas más adelante.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son: Inestabilidad del ánimo. Conducta agresiva. Conducta disocial. Elevada impulsividad. Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta. Pobres habilidades para resolver problemas. Incapacidad para pensar realistamente. Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad. Sentimientos de frustración. Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades. Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables. Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas. Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente. Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos. Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio. Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza. Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas. Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

**Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas**, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.

* Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
* Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
* Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
* Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
* Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
* Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
* Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
* Situación de tortura o victimización.
* Fracaso en el desempeño escolar.
* Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
* Embarazo no deseado y embarazo oculto.
* Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
* Padecer una enfermedad física grave.
* Ser víctima de desastres naturales.
* Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
* Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
* Estar involucrado en una situación de trajín-trajinador en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
* Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que intente afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis.

**FACTORES PROTECTORES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA.** Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

1. Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
2. Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
3. Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
4. Tener capacidad de autocontrol sobre su propio "destino", como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: "Tú eres el resultado de ti mismo".
5. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
6. Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
7. Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
8. Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
9. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
10. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
11. Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
12. Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
13. Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
14. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
15. Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
16. Lograr una auténtica identidad cultural.
17. Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
18. Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
19. Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
20. Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
21. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de Psicología Psiquiatría, unidades de intervención en crisis, servicios médicos de urgencia, médicos de la familia, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de la fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Se puede contribuir a modificar las actitudes peyorativas hacia los enfermos mentales evitando utilizar calificativos tales como "anormales", "tarados", "locos", y modificando las interpretaciones del sufrimiento emocional al considerarlo como una "cobardía", "una incapacidad", "una blandenguería" y otras calificaciones que inhiben las posibilidades de buscar apoyo en quienes las padezcan.

**TEMA 3.Adicciones en la adolescencia. Realidad y retos.**

**Objetivo:** Identificar nuevas tendencias asociadas al consumo de drogas en la adolescencia, cuadro clínico, manejo terapéutico en función de su prevención. **Contenidos:** Conceptos fundamentales. Epidemiología. Causas de consumo. Nuevas tendencias asociadas. Etapas asociadas al consumo. Indicadores presumibles de consumo de drogas en la adolescencia. Factores de riesgo y protección. Orientación a padres y maestros. Acciones de prevención.

**Etiopatogenia de las adicciones**

Dada su tendencia a asumir conductas de riesgo, y ante la posibilidad del contacto con las drogas, con independencia de las particularidades farmacológicas, potencial adictivo y aceptación social de las mismas, estas se convierten en una grave amenaza, en un peligro latente pero real, para el inicio del consumo de sustancias adictivas y el posible desarrollo de la drogadicción.

Conocer las particularidades del desarrollo biopsicosocial en la adolescencia resulta importante para el estudio, comprensión, abordaje y estrategias a seguir en relación a los aspectos vinculados a los procesos salud-enfermedad (incluyendo el comportamiento de la nueva morbi-mortalidad de estos grupos y segmentos etarios, entre la cual están incluidos el consumo de sustancias adictivas y las drogadicciones), la formación y superación técnica y profesional, así como lo relacionado con los derechos y responsabilidades ciudadanas de este grupo poblacional.

La ingesta aguda de drogas provoca un aumento de los niveles de dopamina (DA) extracelular, que puede relacionarse con el inicio del proceso adictivo. ‐El consumo crónico causa una disminución de la función dopaminérgica, con desarrollo de cambios neuroadaptativos en las vías mesolímbicas y mesocorticales.

En el córtex prefrontal, los cambios en la función dopaminérgica producen un desequilibrio entre los receptores D1 y D2, con un predominio de la inhibición. La inervación dopaminérgica de la amígdala y su interacción con el núcleo accumbens, juega un papel esencial en el condicionamiento de estímulos ambientales, capaces de desencadenar el deseo de consumo y la recaída.

‐La inervación dopaminérgica de la amígdala y su interacción con el núcleo accumbens, juega un papel esencial en el condicionamiento de estímulos ambientales, capaces de desencadenar el deseo de consumo y la recaída.ambientales, capaces de desencadenar el deseo de consumo y la recaída.

MODELO COMPRENSIVO SECUENCIAL DE LA INICIACIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS DURANTE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | FASES | CARACTERÍSTICAS |
| 1 | FASE DE CONOCIMIENTO  (factores predisponentes biológicos, psicológicos y sociales) | Expectativas, creencias, actitudes, normas subjetivas, intenciones, estado emocional, habilidades de afrontamiento, etc. |
| 2 | FASE EXPERIMENTACIÓN  (percepción de riesgo y toma de decisiones) | Consumo o no consumo |
| 3 | FASE CONSOLIDACIÓN  (iniciación del consumo sistemático y progresión) | Uso sistemático, abuso, dependencia, abandono |

¿PORQUÉ UN ADOLESCENTE CONSUME?

Desconocimiento. Curiosidad. Experimentar algo nuevo. Presión del grupo y ser aceptado. Enfrentar el Estrés. Evadir los problemas. Evitar el aburrimiento. Expresar independencia. Hostilidad. Desafiar la Autoridad. Obtener Placer. Desinhibirse. Presuposición Genética

**FACTORES DE RIESGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sociales  No hay factor de riesgo que determine si alguien será drogadicto | Macrosociales | ‐Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias  ‐Institucionalización y aprobación social de las drogas legales.  ‐Publicidad. ‐Asociación del uso de drogas- legales e ilegales- con la recreación. |
|  | Microsociales | ‐Estilos educativos inadecuados.‐Falta de comunicación y clima familiar conflictivo.‐Consumo familiar de alcohol.‐Influencia del grupo de amigos. |
| Personales |  | ‐Desinformación y prejuicios. -Actitudes favorables hacia los efectos del alcohol y otras drogas. -Déficits y problemas psicológicos del adolescente. |

**¿Por qué los adolescentes pueden considerarse como grupo de riesgo para la drogadicción?**

Por la presencia de determinadas características. Entre ellas se destacan las siguientes:

* La curiosidad: todo es nuevo para él/ella.
* Tendencia a asumir estilos de vida en los que solo importa el presente: “no existe el futuro”.
* Una imperiosa necesidad de integración a un grupo de pertenencia, por lo cual se puede llegar a aceptar cualquier condición que este le imponga.
* Interés de disfrutar de su propio cuerpo.
* Búsqueda de su identidad.
* Predilección por realizar actividades que produzcan sensaciones placenteras intensas e inmediatas.
* Tendencia a la trasgresión de las “normas de los adultos” y a la búsqueda de lo prohibido.
* Falta de aparición armónica y equilibrada de los cambios físicos, psicológicos y sociales, lo cual puede aumentar las dificultades en relación consigo mismo y los demás, en particular con las normas establecidas por generaciones precedentes (padres, profesores y adultos que simbolicen o representen determinado de autoridad).

**Percepción del riesgo.** Para los adolescentes generalmente al concepto de riesgo se asigna alguna de las siguientes connotaciones: Vinculado al concepto de peligro. Probar de todo (lo que puede revelar una actitud exploratoria propia de la etapa).Perder o ganar (asociación probabilística/especulativa).

**Factores protectores.** Son características personales y condiciones socio-ambientales, que favorecen el desarrollo psicosocial, sirviendo de moderadores - “amortiguadores” - de los posibles efectos de los factores de riesgo, al reducir las probabilidades de la aparición de problemas relacionados con las drogas.

Entre los de origen psicológico se encuentran: poseer autoconcepto positivo, baja tolerancia a la frustración, satisfactorio manejo de la asertividad y de resolución de conflictos. En el grupo de los factores sociales, resultan significativos los relacionados con la estructura y funciones del sistema familiar, entre los se incluyen: adecuado sistema de relaciones familiares, calidad en la comunicación y expresión del afecto y la existencia de límites. A nivel macrosocial, la presencia de actividades que promuevan estilos de vida saludables y de redes de apoyo comunitarias favorecen

La resiliencia es la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. Se hace necesario poder identificar las características del adolescente “resiliente” para intensificarlas e intervenir positivamente promoviendo su desarrollo.

**Patrones de consumo en la adolescencia.** El concepto de patrón hace referencia a las circunstancias que mediatizan la relación entre individuo/droga. Las drogas son consumidas por adolescentes que establecen una relación particular con las sustancias, pero lo hacen en un contexto determinado y con un soporte cultural concreto.

Los patrones son dinámicos y cambiantes, en la medida en que están asociados a nuevos mercados, nuevas modas y nuevos usos emergentes. Así pues, el corte que se trace en un momento dado siempre tiene un carácter provisional. Hay que tener en cuenta, que la dinámica del cambio siempre está presente en el mundo de las drogas y ésta nos sitúa, hoy en día, en un panorama un tanto novedoso, tanto en la manera de usarlas como en los contextos en los que tiene lugar su utilización, muy diferentes a los de hace unos años.

Los estudios sociológicos sobre drogas confirman que en los últimos años se ha producido un importante incremento del consumo de drogas entre los menores y que nada tiene que ver con el perfil de toxicómano de épocas pasadas. Se trata de un consumo con unas características muy particulares que por tanto requieren un tipo de intervención diferente con respecto a los enfoques preventivos y terapéuticos tradicionales. Según Carmen Arbex Sánchez y cols. (2009), el perfil de los nuevos consumidores adolescentes presenta las características siguientes:

* Sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas.
* Adolescentes más o menos estructurados que realizan alguna actividad normalizada (estudian o trabajan).
* Conviven y dependen de su familia.
* Realizan un uso social de las sustancias.
* Consumo íntimamente ligado a sus contextos de ocio, a su manera de divertirse y al grupo.
* Consumo centrado en el fin de semana que intenta acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este periodo de tiempo (más vitalidad y mayores alteraciones perceptivas), para que, una vez transcurrido este periodo de tiempo, retornen a sus actividades rutinarias entre semana, a sus actividades y/o trabajo.
* Mayoría de policonsumidores, es decir, consumo simultáneo de varias drogas, pero sobre todo de alcohol, *cannabis*, y/o estimulantes (drogas de síntesis y cocaína y también consumos minoritarios de ácidos).
* Poca percepción del riesgo de las sustancias que toman (sobre todo del alcohol y del *cannabis*).
* No percepción de riesgo por consumo ocasional de otros tipos de drogas: pastillas, ácidos, cocaína, etc. Aunque sí que perciben cierto riesgo en éstas últimas, algunos están dispuestos a asumirlo, ya que en su particular balanza de “riesgos/beneficios”, los beneficios que esperan, superan los costes que el consumo les pueda ocasionar.
* Percepción de control al tratarse de un uso centrado en el fin de semana y no diario. Piensan que esta pauta de consumo no genera dependencia y la percepción de otro tipo de riesgos es muy baja.
* Percepción del uso de drogas como masivo y algo muy extendido en su generación (todos los chicos/as toman algo cuando salen los fines de semana), lo que autojustifica el propio consumo

**Diferentes estadios y perfiles de consumidores.** Aunque se han reflejado unos patrones generales que están muy extendidos entre los adolescentes, es importante insistir que hay muchos tipos de adolescentes y que por lo tanto, tienen distintas formas de aproximarse al uso de drogas. Esta disparidad genera situaciones muy distintas, tanto en las sustancias y cantidades al ser consumidas, como en relación a las motivaciones verbalizadas que los propios menores expresan para usar las diferentes sustancias.

A partir de los diferentes patrones de consumo (tipos y frecuencias de consumo), se establece la siguiente clasificación de los perfiles de consumidores:

* *Menores abstemios o consumidores moderados.* Adolescentes que no consumen o son consumidores moderados de alcohol y tabaco los fines de semana en los contextos lúdicos. El tipo de intervención dirigida a este colectivo son los programas de prevención universal dirigidos a menores que se hallan en el marco de la educación para la salud.
* *Menores consumidores abusivos de alcohol los fines de semana.* Es una de las más frecuentes en algunos sectores adolescentes en la actualidad. A lo largo de la semana no se consume apenas alcohol, pero cuando llega el fin de semana, el consumo se dispara, buscando de manera intencional alcanzar el estado de embriaguez (y puede incluir el consumo de marihuana). El tipo de intervención dirigida a este grupo son los Programas de Prevención Selectiva, en la que la población diana son menores que ya están realizando un consumo problemático, en este caso de alcohol.
* *Menores abusivos de alcohol los fines de semana, incluido el consumo de marihuana.* Se trata del mismo patrón anterior, pero en este colectivo se incorpora una droga ilegal, la marihuana. Este patrón está en alza y es practicado por un porcentaje elevado de menores, encontrándose una estrecha relación de asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y *cannabis*, por lo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo del resto. El tipo de intervención dirigida a este grupo son los programas de prevención selectiva, que en algunos casos requieren una atención más personalizada, solo cuando los padres o el propio chico/a lo demanden, y además el menor esté conforme con la intervención.
* *Menores consumidores de alcohol, hachís, y consumos esporádicos de otras sustancias.* Teniendo en cuenta la situación anterior, este grupo suele estar compuesto por menores consumidores de alcohol y *canabis* como drogas de inicio, donde se habla de un abuso claro de estas en relación con las cantidades y las frecuencias de consumo. Además de ello, consumen pastillas algunos fines de semana y en ciertas ocasiones cocaína y/o ácidos como complemento de sus actividades recreativas. Realizan un consumo sistemático de diferentes sustancias todos los fines de semana y en algunos casos también entre semana, sobre todo de *cannabis*, que se incorpora a la vida cotidiana del menor entre semana sin la percepción de que este consumo pueda interferir en sus actividades diarias. El tipo de intervención dirigida a este grupo son los programas de prevención selectiva o bien los programas de prevención indicada, si se requiere un tipo de prevención más intensa y personalizada.
* *Menores con un consumo avanzado de drogas.* Adolescentes con consumos problemáticos, que además presentan insuficiencias en diferentes áreas de su personalidad y déficits adaptativos o incluso manifiestan trastornos psicopatológicos. En algunos casos, se detecta una severa desestructuración personal, familiar o social. Estos menores necesitan la acción directa de diferentes profesionales e intentar cubrir todos los aspectos relacionados con el problema en centros asistenciales especializados y con estrategias de intervenciones tanto grupales como individuales. En síntesis, se trata de un conjunto de problemas ligados a patrones de consumo que generan conflictos, que en algunas ocasiones, éstos vienen a convertirse en infracciones de ley.

Según datos de la OMS (2010) casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos están asociados a enfermedades o comportamientos que tienen su comienzo en la juventud; siendo para los profesionales implicados en el abordaje clínico-terapéutico y preventivo muy necesario, conocer cuáles son las tendencias de consumo actuales y los tipos de sustancias utilizadas o los nuevos patrones de uso y toxicidad imprescindible para un conocimiento adecuado de la problemática.

Los estudios de investigación realizados en el campo del consumo de substancias en la última década observan que la edad de comienzo de la experimentación con sustancias psicoactivas ha disminuido. Sin embargo, en cifras generales el consumo de sustancias es poco frecuente por debajo de los 12 años, observándose un pico de aumento importante en la adolescencia.

Los factores que determinan que se desarrolle un problema de abuso/dependencia son de naturaleza multifactorial, se han identificado diferentes factores de riesgo que incluyen factores individuales, del grupo de amigos, familiares y de la comunidad, así como influencias genéticas y ambientales. De esta manera, la vulnerabilidad genética de un individuo se vería incrementada en presencia de los otros factores de riesgo que predisponen al sujeto al consumo y después al abuso o dependencia de una determinada sustancia. Las consecuencias del abuso de drogas afectan a personas de todas las edades; son amplias y variadas: Médicas. Sociales. Económica. Penales.

**Consumo de drogas. Consecuencias para la salud**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Droga | Efectos a corto plazo | Efectos a mediano y largo plazo |
| Tabaco | * Aumento de caries. Aumento de la tos. Catarros a repetición.Coloración amarillenta de la dentadura * Coloración amarillenta de la piel de dedos de la mano con los que habitualmente de sostiene el cigarrillo.Disminución del rendimiento deportivo * Halitosis.Incrementa riesgo de enfermedad periodontal.Pérdida de apetito. | El tabaquismo es la causa de:  • Más del 90 % de los casos de bronquitis.  • Del 95 % de los casos de cáncer de pulmón.  • Del 30 % de todas las cardiopatías coronarias.  • Parte importante de los casos de cáncer de esófago, vejiga urinaria, cavidad bucal y laringe.  Riesgos adicionales en mujeres:  • Se multiplica por 10 la probabilidad de padecer un infarto, en especial si utilizan anticonceptivos orales.  • La menopausia se adelanta entre 2 y 3 años con respecto a las mujeres que nunca han fumado.  •Aumenta el riesgo de osteoporosis.  Riesgos adicionales en hombres:  • Disfunción eréctil |
| Alcohol | Actividades transgresoras.  •Aumento de la sociabilidad.  •Desinhibición.  •Dificultad para asociar ideas.  •Dificultad para hablar.  •Euforia  •Favorece conductas de riesgo, y sus consecuencias. Infecciones de transmisión sexual (ITS).Embarazos no deseados. Accidentes.  •Incoordinación motora (ataxia, dismetría, etc).  • Intoxicación aguda (puede provocar un coma e incluso la muerte) | • Agresividad.  • Alteraciones del sueño.  • Cardiopatías.  • Demencia.  • Depresión.  • Deterioro cognitivo.  • Disfunciones sexuales.  • Encefalopatías.  • Gastritis.  • Hipertensión arterial.  • Psicosis.  • Úlcera gastroduodenal.  •Cáncer. •Cirrosis hepática |
| Marihuana | • Aumento leve de la líbido.  •Desinhibición  • Disminución de la ansiedad.  • Pérdida parcial de la sensación del transcurso del tiempo.  • Relajación y tranquilidad.  • Distorsión sensorial.  • Episodios o crisis de pánico.  • Ansiedad  • Mala coordinación de movimientos.  • Tiempo de reacción más lento.  • Después de una “subida” inicial, el consumidor se siente somnoliento o deprimido.  • Ritmo cardíaco más elevado (y riesgo de ataque al corazón).  • Reducción de las hormonas sexuales masculinas.  • Dificultades en el estudio: se reduce la habilidad para aprender y retener información.  • Apatía, adormecimiento, falta de motivación.  • Cambios de personalidad y humor  • Inhabilidad para comprender cosas con claridad.  • Resistencia disminuida a enfermedades comunes (resfriados, bronquitis, etc.) | •Supresión del sistema inmunológico  •Trastornos del crecimiento.  • Incremento de células en el cuerpo anormalmente estructuradas.  •Reducción de las hormonas sexuales masculinas  •Destrucción rápida de las fibras pulmonares y lesiones cerebrales que podrían ser permanentes.  • Capacidad sexual reducida.  Dificultades en el estudio: se reduce la habilidad para aprender y retener información.  •Apatía, adormecimiento, falta de motivación.  •Cambios de personalidad y humor.  •Inhabilidad para comprender cosas claramente |
| Cocaína | •Euforia y sensación de aumento de energía  •Disminución del apetito  •Estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental  •Aumento de la presión arterial y el ritmo cardiaco  •Contracción de los vasos sanguíneos  •Aumento de la temperatura corporal  •Dilatación de las pupilas | • Alteraciones cardiovasculares y neurológicas: infarto de miocardio hemorragias y trombosis cerebrales  • Alteraciones del estado de ánimo y afectividad: cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad.  • Alucinaciones.  • Cuadros psicóticos, con predominio de síntomas paranoides; puede desencadenar la aparición de esquizofrenia.  • Impotencia, alteraciones menstruales e infertilidad.  • Insomnio |
| Crack | Es la forma de la cocaína en cristales, que por lo general viene en forma de polvo.1 Viene en bloques sólidos o cristales que varían en color desde amarillo a rosa pálido o blanco.El crack es calentado y fumado. Se le llama así porque hace un sonido crujiente (como “crack”) cuando se calienta  El crack, la forma más potente en que aparece la cocaína, es también la más peligrosa. Es entre 75 % y 100 % pura, mucho más fuerte y potente que la cocaína regular.Fumar crack permite que llegue más rápido al cerebro y así genera un viaje intenso e inmediato (pero de corta duración) que dura unos 15 min. Y debido a que la adicción puede desarrollarse aún más rápido si se fuma la sustancia en lugar de aspirarla (inhalada por la nariz), un consumidor puede convertirse en adicto después de la primera vez que prueba el crack  Debido al precio elevado de la cocaína, desde hace mucho se le considera una “droga para ricos”. El crack, por otro lado, se vende a precios tan bajos que incluso los adolescentes pueden comprarlo, al principio. La verdad es que una vez que la persona se hace adicta, el gasto se eleva por las nubes en proporción directa a la cantidad cada vez mayor que se necesita para mantener el hábito |  |
| Inhalantes | Efectos físicos. Casi todos los inhalantes abusados producen efectos similares a las anestesias, las cuales disminuyen la velocidad de las funciones del cuerpo. Cuando se inhalan en concentraciones suficientes, los inhalantes pueden causar efectos intoxicantes que pueden durar solo unos minutos o varias horas si se inhalan repetidamente. Al principio, los usuarios pueden sentirse un poco estimulados; con inhalaciones sucesivas, pueden estar menos inhibidos y menos en control; por último, el usuario puede perder el conocimiento | Peligros irreversibles. Inhalar cantidades con alta concentración de las sustancias químicas contenidas en solventes o aerosoles, puede inducir directamente insuficiencia cardíaca y muerte. Esto es particularmente común con el abuso de los fluorocarburos y los gases tipo butano. Las concentraciones altas de inhalantes también causan la muerte debido a asfixia al desplazar el oxígeno en los pulmones y después en el sistema central nervioso de manera que cesa la respiración. Otros efectos irreversibles de la inhalación de solventes específicos son:  Pérdida de audición-tolueno (aerosoles de pintura, pegamentos, removedores de cera) y tricloroetileno (líquidos para limpiar, líquidos de corrección).Neuropatías periféricas o espasmos de las extremidades-hexano (pegamentos, gasolina) y óxido nitroso (crema batida, tanques de gas)  Daños al sistema nervioso central o al cerebro-tolueno (aerosoles de pintura, pegamentos, removedores de cera)  Daño a la médula ósea-benceno (gasolina).Daño al hígado o a los riñones-sustancias que contienen tolueno e hidrocarburos clorados (líquidos de corrección, líquidos para limpiar en seco).Reducción del oxígeno en la sangre-nitritos orgánicos (inhalantes amílicos o *poppers, bold* y *rush*) y cloruro de metileno (removedores de barniz, diluyentes de pintura) |
| Metanfetamina | Las acciones sobre el sistema nervioso central como resultado de tomar metanfetamina, aunque sean cantidades mínimas, incluyen el aumento del estado de vigilia, aumento en la actividad física, disminución del apetito, aumento en la respiración, hipertermia y euforia. Otros efectos en el sistema nervioso central incluyen irritabilidad, insomnio, confusión, temblores, convulsiones, ansiedad, paranoia y agresividad. La hipertermia y las convulsiones pueden resultar en muerte  Peligros neurológicos. La metanfetamina libera niveles altos del neurotransmisor dopamina, que estimula las células cerebrales y mejora el estado de ánimo y el movimiento corporal. Además, parece tener un efecto neurotóxico, ya que afecta las células cerebrales que contienen dopamina y serotonina, otro neurotransmisor. Con el tiempo, la metanfetamina parece reducir los niveles de dopamina, lo que puede resultar en síntomas parecidos a los de la enfermedad de Parkinson, un trastorno severo del movimiento | Causa aumento en la frecuencia cardíaca y en la tensión arterial y puede causar daño irreversible a los vasos sanguíneos del cerebro, lo que produce derrames. Otros efectos de la metanfetamina incluyen problemas respiratorios, latidos cardíacos irregulares y anorexia extrema. El uso puede resultar en colapso cardiovascular y muerte |

Es importante enfatizar en algunas de las consecuencias del consumo de marihuana sobre la salud, en particular, su relación con los efectos en el cerebro.

Se ha comprobado que esta sustancia cambia la forma en que la información de los sentidos llega y se procesa en el hipocampo (componente del sistema límbico, crucial para el aprendizaje, la memoria y la integración de las experiencias sensoriales con las emociones y las motivaciones). Se ha demostrado que los cannabinoides suprimen las neuronas del sistema de procesamiento de información del hipocampo y se deterioran los procesos de evocación, en cuya regulación también interviene el hipocampo. Estos efectos explican la repercusión negativa que el consumo de *cannabis* tiene no solo en el aprendizaje escolar, sino también en el comportamiento social al poder producir la pérdida de patrones de comportamiento secundarios al deterioro de la memoria y la integración de experiencias sensoriales con las emociones y las motivaciones. De igual modo, el fumar esta sustancia puede provocar afecciones del aparato respiratorio similares que los de las personas que fuman tabaco (tos, bronquitis crónica etc.) con independencia del contenido del THC, la cantidad de brea inhalada por las personas que fuman marihuana y el nivel de monóxido de carbono que se absorbe, es de tres a cinco veces más alto que entre las personas que fuman tabaco. Esto puede ser debido a que los usuarios de marihuana inhalan con mayor profundidad y mantienen el humo en los pulmones durante más tiempo.

**SEÑALES DE ALERTA DE LA INICIACIÓN EN EL CONSUMO.**Disminución del rendimiento escolar o laboral. Pérdida de intereses por los gustos habituales. Cambios de amigos y de contextos socio-culturales. Afectación de las relaciones con padres y otros familiares. Pérdida de hábitos de higiene y estética personal. Aparición de objetos habitualmente utilizados para el consumo. Comportamiento inadecuado en clase y en la residencia estudiantil

ORIENTACIONES A PADRES Y MAESTROS (EVITAR LOS SIGUIENTES COMPOTAMIENTOS EN LOS CONTEXTOS FAMIIAR Y ESCOLAR) Familias facilitadoras de dinero. Estimulación material excesiva. Incomprensión. Crisis Familiares. Violencia Familiar. Carencia Afectiva. Padres Ausentes. Consumo de tabaco y/o alcohol. Patrones de consumo de sustancia. Desatención de los padres. Ausencia de valores positivos. Normas muy rígidas, permisivas, ausencia o ambigüedad de las mismas, etc.

MANEJO DE SITUACIONES VIOLENTAS QUE PROPICIEN EL CONSUMO EN LOS CONTEXTOS FAMILIAR Y ESCOLAR:

Identificar oportunamente situaciones que conlleven a intercambios violentos, entre ellos y los adultos. Identificar actitudes en sí mismos que faciliten el surgimiento de comportamientos violentos con las otras personas. Resolver conflictos cotidianos desde la no violencia. Apropiarse de herramientas que permitan el desarrollo de habilidades sociales y recursos personales en su interacción cotidiana para poner en práctica una cultura de la no violencia.

**ACCIONES DE PREVENCIÓN DE LA INICIACION EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA:**

ASESORÍA Y CONSEJERÍA: Se trata de un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Este proceso se sustenta en las habilidades de comunicación y las estrategias de autocontrol para facilitar la toma de decisiones y la solución de problemas. Propone el uso de principios de la comunicación con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales.

CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL: Proceso para desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Las comunicaciones mediáticas (Soporte audiovisual y escritovisual) son necesarias y constituyen una de las estrategias en el universo de la promoción de salud, son la segunda fuente de información en materia de salud, luego del personal de salud.

INTERVENCIONES EDUCATIVAS Y PSICOEDUCATIVAS: El desarrollo de conductas preventivas se produce cuando se posee información relevante sobre el tema, cuando se está fuertemente motivado para iniciar y mantener dichas conductas y cuando se aprenden habilidades específicas que permitan involucrarse en ellas. La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital.