

Uso e abuso de drogas na adolescência: o que se deve saber e o que se pode fazer

*Uso y abuso de sustancias en la adolescencia
Lo que se debe saber y lo que se puede hacer*

Tomás José Silber,* Ronald Pagnoncelli de Souza**

Resumo

Os autores levantaram os dados mais recentes sobre o consumo de álcool, fumo e outras drogas mais comuns no Brasil, concluindo que o álcool e o fumo são as substâncias mais usadas e abusadas entre os adultos.

Entre os estudantes de 1º e 2º graus, o álcool é também a droga mais utilizada (80,5% usaram pelo menos uma vez na vida, 18,6% usam frequentemente). Seguem à distância o fumo (28% pelo menos uma vez na vida, 5,3% frequentemente), os inalantes (17,3% na vida, 2,1% frequentemente) e os medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes: 7,2% na vida, 0,8% frequentemente; anfetaminas: 3,9% na vida, 0,5% frequentemente). Em último plano aparecem as drogas ilícitas, como a maconha (3,4% na vida, 0,5% frequentemente) e a cocaína (0,7% na vida, 0,1% frequentemente).

Chamam a atenção para a responsabilidade dos profissionais de saúde frente ao problema e as possibilidades de influir positivamente na prevenção.

Sobre os adolescentes, por que experimentam, quem se encontra em risco, fatores de risco, etapas no uso de substâncias e cronologia da adição.

Fazem uma descrição sobre as diversas substâncias, sua composição, aspectos biológicos, quadro clínico, tolerância, intoxicação e síndrome de abstinência. Fumo, álcool, produtos de *cannabis*, inalantes, cocaína, estimulantes, alucinógenos, hipnóticos, tranquilizantes, anti-histamínicos e anti-parkinsonianos, opiáceos e narcóticos, esteróides anabolizantes, contaminantes e substâncias semi-sintéticas.

Classificam o abuso de substâncias em 4 níveis.

Dão as linhas mestras para a avaliação clínica: métodos de abordagem, confiança, diagnóstico de uso e abuso, análises clínicas úteis ao diagnóstico, necessidade de consultoria, encaminhamento, métodos de tratamento. Prevenção: 10 regras para os pais.

Sumario

Los autores levantaron los datos mas recientes sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas consumidas en el Brasil, concluyendo que las dos primeras, son las sustancias mas usadas y abusadas entre los adultos.

Entre los estudiantes primarios y secundarios el alcohol también es la droga mas usada (80,5% usaron por lo menos una vez en la vida, 18,6% usan frecuentemente). Le sigue a distancia el tabaco (28% por lo menos una vez en la vida, 5,3% frecuentemente), las sustancias volátiles (17% alguna vez, 2,1% frecuentemente) los medicamentos psicotrópicos, (tranquilizantes: 7,2% alguna vez, 0,8% frecuentemente; anfetaminas: 3,9% alguna vez, 0,5% frecuentemente). Al final surgen las drogas ilícitas, como la marihuana (3,4% alguna vez, 0,5% frecuentemente) y la cocaína (0,7% alguna vez, 0,1% frecuentemente).

También alertan para la responsabilidad de los profesionales de la salud frente al problema y a la posibilidad de intervenir positivamente en la prevención.

Específicamente sobre los adolescentes citan: porque prueban, quien está en situación de riesgo, cuales son los factores de riesgo, etapas del consumo de sustancias y la cronología de la adicción.

Hacen una descripción de las distintas sustancias, su composición, aspectos biológicos, clínica, tolerancia, intoxicación y síndrome de abstinencia. Tabaco, alcohol, productos del Cannabis, inhalantes, cocaína, estimulantes, alucinógenos, hipnóticos, tranquilizantes, antihistamínicos, antiparkinsonianos, opiáceos y narcóticos, esteroides anabolizantes, contaminantes y sustancias semisintéticos.

Clasifican el abuso de sustancias en 4 niveles.

Señalan los criterios de evaluación clínica, el abordaje, confianza, diagnóstico de uso o abuso, diagnóstico laboratorial, necesidad de consultoría o derivación, diferentes tratamientos. Acerca de la prevención: 10 reglas para padres.

* Professor de Pediatria, The George Washington University School of Medicine and Health Sciences.

Diretor de Educação e Treinamento Médico do Departamento de Medicina da Adolescência e do Adulto Jovem – Children's National Medical Center – Washington DC.

** Professor Adjunto IV do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Presidente do CENESPA – Centro de Estudos e Pesquisa em Adolescência.

Introdução

Todos os estudos, a despeito de peculiaridades locais, evidenciam invariavelmente que o **álcool** é a droga mais utilizada pelos adolescentes, seguida à distância por **tabaco, inalantes e medicamentos psicotrópicos**. Em último plano aparecem as drogas ilícitas, como a **maconha** e a **cocaína**.^{(3) (11) (13) (14) (15) (16)} Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (dados do CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Escola Paulista de Medicina)⁽³⁾ informam que em 1993, entre os estudantes:

– 80,5% usaram **álcool**, pelo menos **uma vez na vida**; **18,6%** usaram **frequentemente**. (seis ou mais vezes nos trinta dias anteriores à pesquisa).

– **28%** usaram **tabaco**, pelo menos **uma vez na vida**; **5,3%** **frequentemente**.

– **22,8%** usaram **drogas psicotrópicas**, pelo menos **uma vez na vida**; **3,1%** **frequentemente**.

Mas as prevalências variam em cada levantamento, de acordo com peculiaridades locais. Por isso, conclui-se que o planejamento de qualquer tipo de intervenção visando a redução do abuso de substâncias psicoativas em escolas necessita de uma pesquisa específica, sob pena de serem adotadas estratégias inadequadas.

Outro aspecto a ser considerado é que levantamentos em escolares não espelham a realidade da população, requerendo portanto estudos delineados para tal fim.⁽¹²⁾

Considerações gerais

Os pais e demais adultos habitualmente supõem que o abuso seja de heroína, cocaína e outras drogas “fortes”. De fato, tais drogas são danosas, mas o uso é muito raro, entre os adolescentes, comparado ao de outras substâncias, também prejudiciais, como o fumo, o álcool e a maconha. O fumo, a longo prazo, é responsável por maior número de doenças e perda de anos de vida do que todas as demais drogas somadas. O álcool encontra-se implicado em mais da metade das mortes de jovens em acidentes automobilísticos. A maconha interfere na memória e na aprendizagem.

O fumo, o álcool e as drogas ilícitas devem, portanto, ser considerados de risco e, potencialmente, substâncias de abuso.

É muito difícil diferenciar a **experimentação do uso frequente**, do **abuso** e da **adição** ou **farmacod dependência**, mas é possível fazer algumas **generalizações**:

1º – quanto mais cedo um adolescente inicia o uso de uma substância, maior é a probabilidade do aumento na quantidade e na variedade do uso;

2º – os adolescentes são comumente menos capazes de limitar o uso do que os adultos;

3º – a experiência hoje é muito diferente do passado: o número de experimentadores é maior, surgem novas substâncias e combinações cuja sintomatologia se confunde. Além disso, as substâncias conhecidas são diferentes; por exemplo, a maconha nos anos 70 continha menos de 0,2% de THC (Delta 9 – tetrahydro – canabinol) e 20 anos após contém uma média de 6%, chegando a 14%;

4º – o uso ilegal constitui um delito;

5º – o jovem atribui à droga a solução de todos os seus problemas;

6º – no início do não há sinais e sintomas que os levem à consulta, eles aparecem como consequência do abuso e da dependência. Por isso, no começo é difícil que aceitem ajuda;

Introducción

Todos los estudios realizados, salvando las peculiaridades regionales, muestran invariablemente que el **alcohol** es la droga más usada por los adolescentes, en un segundo lugar distante el **tabaco**, después los **inhales y medicamentos psicotrópicos**. En último lugar las drogas ilícitas: **marihuana y cocaína**.⁽³⁾⁽¹¹⁾⁹¹³⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Una investigación sobre uso de drogas entre estudiantes de la primaria y de la secundaria en 10 capitales brasileñas (datos del CEBRID – Centro Brasileño de Informaciones sobre Drogas Psicotrópicas de la Escuela Paulista de Medicina)⁽³⁾ informan que, en 1993, entre los estudiantes:

– el **80,5%** usó **alcohol**, al menos **una vez en la vida**; el **18,6%** usó **frecuentemente**. (seis más veces los treinta días anteriores a la encuesta);

– el **28%** usó **tabaco**, al menos **una vez en la vida**; el **5,3 %** **frecuentemente**;

– el **22,8%** usó **drogas psicotrópicas**, al menos **una vez en la vida**; el **3,1%** **frecuentemente**.

Las prevalencias tienen variaciones locales según los diferentes estudios; por eso se deduce que cualquier programa que busque la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en las escuelas hará necesaria una investigación específica, para no aplicar estrategias inadecuadas.

Otro aspecto a considerar es que los levantamientos en las escuelas no siempre reflejan la realidad de la población por lo tanto deben realizarse estudios pensados para tal fin.⁽¹²⁾

Consideraciones generales

Los padres y demás adultos suelen suponer que ocurra abuso solamente de heroína, cocaína y otras drogas “fuertes”. De hecho, tales drogas son nocivas, pero el uso es poco frecuente, entre adolescentes, con respecto al de otras sustancias, también perjudiciales, como el tabaco, el alcohol y la marihuana. El tabaco, a largo plazo, es responsable por mayor número de enfermedades y pérdida de años de vida que todas las demás drogas sumadas. El alcohol está involucrado en más de la mitad de las muertes de jóvenes en accidentes automovilísticos. La marihuana interfiere en la memoria y en el aprendizaje.

El tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas deben, por lo tanto, considerarse de riesgo y, potencialmente, sustancias de abuso.

Es muy difícil diferenciar la **experimentación del uso frecuente**, del **abuso** y de la **adicción** o **farmacod dependencia**, pero es posible hacer algunas **generalizaciones**:

– cuanto antes empezar el adolescente el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumento en la cantidad y en la variedad de uso;

– generalmente, los adolescentes son menos capaces de limitar el uso que los adultos;

– actualmente la experiencia es muy distinta del pasado: el número de los que prueban es mayor, aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología se confunde. Además, las sustancias conocidas son diferentes; por ejemplo, la marihuana en los 70 contenía menos del 0,2% de THC (Delta 9 – tetrahydro – canabinol) y, tras 20 años, contiene un promedio del 6%, alcanzando el 14%;

– el uso ilegal constituye un delito;

– el joven atribuye a la droga la solución de todos sus problemas;

– Al iniciar el consumo, no hay señales y síntomas que los lleven a consulta médica: ellos comparecen al consultorio como consecuencia del abuso y de la dependencia. Por esto, al comienzo es difícil que acepten ayuda;

7º – quando há sintomas, o trabalho de reabilitação é difícil e frustrante, sendo baixo o índice de recuperação nos diferentes programas que trabalham com adictos;

8º – os resultados dos levantamentos apresentados revelam objetivamente que estamos frente a uma doença grave, e a única forma de não adquiri-la é a prevenção.

Por que os adolescentes experimentam substâncias?

Os adolescentes fumam por pressão dos iguais, por curiosidade, por imitação, como manifestação de independência, rebeldia, ou com a intenção de fazer uma “figura importante”.

As empresas produtoras de cigarros, na busca de fumantes “substitutos” (dos adultos que deixam de fumar ou morrem devido a complicações do fumo), conhecem as motivações e estimulam o uso através de modelos juvenis atraentes em ações e paisagens excitantes.

Consumem álcool porque “todo mundo bebe”, “eu gosto, é divertido”, “ajuda-me a relaxar”, “tira-me a timidez”, “estou mal, serve-me para escapar do sofrimento”, “por que não, além do mais nem bebo tanto”.

Os adolescentes que experimentam drogas dão razões similares às descritas para o fumo e para o álcool: pressão dos companheiros, uso por parte dos familiares (habitualmente irmãos mais velhos), estresse, aborrecimento, rebeldia, ansiedade, depressão e redução da auto-estima. O uso do fumo e do álcool em geral precede à experimentação com drogas.

Apesar do bombardeio de informações a respeito do perigo do fumo, do álcool e das drogas, nenhum adolescente fica imune à influência social e ao fácil acesso. Isto é especialmente efetivo no caso de os pais fumar em ou beberem em excesso ou usarem drogas.

Quem se encontra em situação de risco?

– “Todos os adolescentes”. O fumo, o álcool e as drogas estão disponíveis, e a maioria dos jovens são objeto de pressão para o início de seu uso. Sem dúvida, alguns adolescentes estão em maior risco do que outros. Os três fatores mais importantes são a história familiar, o uso por parte dos pais e certas características individuais.

A história familiar de alcoolismo indicaria uma predisposição genética, teoria sustentada em estudos de filhos adotivos. Não só é fator de risco o uso por parte dos pais, mas a atitude, a educação e as medidas disciplinares inconsistentes com relação ao uso de substâncias aos seus filhos.

Quando uma família está socialmente isolada é maior o perigo de uso de substâncias e aumenta o índice de abuso físico e sexual ou de fuga do lar. Outros fatores familiares predisponentes são o estresse causado por uma separação, divórcio, novas uniões conjugais, desemprego e doença ou morte de um dos pais.

Quadro 1 : Fatores de risco

Pai ou parente próximo com abuso de substâncias ou dependência química
 Fracasso ou dificuldades escolares
 Baixo nível de auto-estima
 Personalidade agressiva ou impulsiva
 Instabilidade familiar, falta de supervisão
 Miséria
 História de abuso físico e sexual
 Distúrbios psiquiátricos, especialmente depressão, bulimia e distúrbios de atenção

– cuando hay síntomas, el trabajo de rehabilitación es difícil y frustrante, siendo el índice de recuperación bajo en los diferentes programas que trabajan con adictos;

– los resultados de los estudios presentados revelan, objetivamente, que estamos frente a una enfermedad grave, y la única forma de evitarla es la prevención.

¿Por qué los adolescentes prueban sustancias?

Los adolescentes fuman por presión de sus pares, por curiosidad, por imitación, como manifestación de independencia, rebeldía, o con la intención de parecer una “figura importante”.

Las empresas productoras de cigarrillos, en la búsqueda de fumadores “sustitutos” (de los adultos que dejan de fumar o mueren debido a complicaciones del tabaco), conocen las motivaciones y estimulan el uso a través de modelos juveniles atractivos en situaciones y escenarios excitantes.

Consumen alcohol porque “todos beben”, “me gusta, es divertido”, “me ayuda a relajarse”, “acaba con mi timidez”, “estoy mal, me ayuda a olvidar el sufrimiento”, “¿por qué no? Además, nunca bebo demasiado”.

Los adolescentes que prueban drogas presentan justificativas similares a las descritas para el tabaco y para el alcohol: presión de los compañeros, uso por parte de familiares (habitualmente hermanos mayores), stress, aburrimiento, rebeldía, ansiedad, depresión y reducción de la autoestima. El uso del tabaco y del alcohol generalmente precede la experimentación con drogas.

A pesar del bombardeo de informaciones a respecto del peligro del tabaco, del alcohol y de las drogas, no hay adolescente que quede inmune a la influencia social y al acceso fácil. Esto es especialmente efectivo en el caso de padres que fuman, beben en exceso o usuarios de drogas.

¿Quiénes están en situación de riesgo?

– “Todos los adolescentes”. El tabaco, el alcohol y las drogas están disponibles, y la mayoría de los jóvenes son blanco de presión para iniciar su uso. Indudablemente, algunos adolescentes peligran más que otros. Los tres factores más importantes son la historia familiar, el uso por parte de los padres y ciertas características individuales.

La historia familiar de alcoholismo indicaría una predisposición genética, teoría fundamentada en estudios de hijos adoptivos. No solamente el uso por parte de los padres es factor de riesgo, sino también lo son la actitud, la educación y las medidas disciplinarias sin consistencia respecto al uso de sustancias de sus hijos.

Quando una familia está socialmente aislada es mayor el peligro de uso de sustancias y aumenta el índice de abuso físico y sexual o de abandono del hogar. Otros factores familiares predisponentes son el stress causado por una separación, divórcio, nuevas uniones conjugales, desempleo y enfermedad o muerte de uno de los padres.

Cuadro 1: Factores de riesgo

Padre o pariente cercano que abuse de sustancias o sufra dependencia química
 Fracaso o dificultades escolares
 Bajo nivel de autoestima
 Personalidad agresiva o impulsiva
 Inestabilidad familiar, falta de supervisión
 Miséria
 Historia de abuso físico y sexual
 Distúrbios psiquiátricos, especialmente depresión, bulimia y distúrbios de atención

Um dos mais poderosos fatores predisponentes ao uso de substâncias é a influência do grupo de iguais. Um adolescente cujos melhores amigos usam o fumo, o álcool e outras drogas será mais facilmente levado a experimentar do que aquele cujos amigos evitam as drogas e não estão de acordo com seu uso.

Etapas no uso de substâncias

A maioria dos adolescentes que consomem álcool e drogas não se torna inexoravelmente farmacodependente, mas de acordo com certas características de personalidade e com o ambiente, pode-se prever quem provavelmente seguirá este caminho.

A cronologia da adição pode ser sintetizada através das **cinco etapas de Mc Donald** ⁽⁹⁾:

Etapa 0: o adolescente vulnerável ao uso de substâncias sente curiosidade a respeito do uso de drogas.

Etapa 1: o adolescente está apreendendo o uso de drogas.

Etapa 2: o adolescente busca os efeitos da droga e controla a administração.

Etapa 3: o adolescente está ensimesmado, concentrado nas mudanças dos seus estados anímicos e tornou-se farmacodependente (o uso de drogas é necessário para manter o bem estar).

Etapa 4: o adolescente está no último estado de farmacodependência (crônico). Sofre usualmente de uma síndrome cerebral orgânica.

* Quanto antes se intervém no ciclo, maiores as chances de recuperação

Abuso de substâncias: características das diversas drogas

Os adolescentes que usam substâncias habitualmente o fazem com drogas de primeira linha, tais como cigarros e cerveja e, mais recentemente, maconha. Exceção a esta regra aqueles que usam inalantes por não terem acesso a outras substâncias. No caso do uso de várias substâncias já se considera abuso e, neste caso, buscam drogas "mais fortes", tais como cocaína e outros estimulantes como os alucinógenos, hipnóticos e tranqüilizantes menores. Há também aqueles que continuarão "a busca" em combinações (por exemplo: anti-histaminicos e antiparkinsonianos) e opiáceos. Uma minoria preocupante escolherá a rota endovenosa. Ultimamente vê-se também casos de seleção especializada como os esteróides anabolizantes para "formar músculos" e a exploração de novos medicamentos.

1 – Produtos do tabaco: cigarros, charutos, cachimbo, fumo de mascar, etc.

Fumar constitui a causa mais previsível de doença e morte no mundo inteiro. Além disso, não é de conhecimento geral dos adolescentes que a nicotina do fumo provoca dependência. O que se observa é que reduz a ansiedade e a resposta ao estresse, tem uma ação antidepressiva e ameniza o "aborrecimento".

Aspectos biológicos: É uma das substâncias mais aditivas. Os efeitos farmacológicos incluem um estado de alerta, relaxamento muscular, melhora da atenção e diminuição do apetite. Inicialmente pode produzir náuseas e vômitos até que se desenvolva a tolerância.

Quadro clínico: A curto prazo: tosse do fumante, hálito de fumo, coloração amarela dos dentes e dos dedos; agravamento das alergias e da asma por broncoconstrição reativa, bronquite e doenças das vias aéreas superiores. Na gravidez: recém-nascido de baixo peso, aumento da frequência de placenta prévia, hemorragias e ruptura precoce das membranas.

Uno de los factores predisponentes más poderosos al uso de sustancias es la influencia del grupo de pares. Un adolescente cuyos mejores amigos usan tabaco, alcohol y otras drogas será mas fácilmente llevado a experimentar que aquellos cuyos amigos evitan las drogas y no aceptan su uso.

Etapas en el uso de sustancias

La mayoría de los adolescentes que consumen alcohol y drogas no se hace inexorablemente farmacodependiente, pero, según algunas características de personalidad y del ambiente, se puede predecir quienes probablemente seguirán este camino.

*La cronología de la adicción puede sintetizarse a través de las **cinco etapas de Mc Donald**: ⁽⁹⁾*

Etapa 0: el adolescente vulnerable al uso de sustancias siente curiosidad con relación a las drogas.

Etapa 1: el adolescente está aprendiendo el uso de drogas.

Etapa 2: el adolescente busca los efectos de la droga y controla la administración.

Etapa 3: el adolescente está ensimismado, concentrado en los cambios de sus estados anímicos y se hizo farmacodependente (el uso de drogas es necesario para mantener su bienestar).

Etapa 4: el adolescente está en el último estado de farmacodependencia (crónico). Usualmente sufre de una síndrome cerebral orgánica.

** Cuanto antes se interviene en el ciclo, mayores las posibilidades de recuperación*

Abuso de sustancias: características de las distintas drogas

Los adolescentes que usan sustancias, suelen hacerlo con drogas de primera línea, tales como cigarrillos y cerveza y, más recientemente, marihuana. Son excepción de esta regla aquellos que usan inhalantes por no tener acceso a otras sustancias. En el caso del uso de varias sustancias, se considera abuso y, particularmente en este caso, buscan drogas "más fuertes", tales como cocaína y otros estimulantes como los alucinógenos, hipnóticos y tranquilizantes menores. Existen, también aquellos que persistirán en "la búsqueda" en combinaciones (por ejemplo: antihistaminicos y antiparkinsonianos) y opiáceos. Una minoría preocupante elegirá la ruta endovenosa. Últimamente también registrase casos de selección especializada como los esteroides anabolizantes para "formar músculos" y la explotación de nuevos medicamentos.

1 – Productos del tabaco: cigarrillos, cigarros, pipas, tabaco de mascar, etc.

Fumar constituye la causa más previsible de enfermedad y muerte en el mundo. Además, no es de conocimiento general de los adolescentes que la nicotina del tabaco provoca dependencia. Lo que se observa es que reduce la ansiedad y la respuesta al stress, tiene una acción antidepressiva y aminora el "aburrimiento".

Aspectos biológicos: *Es una de las sustancias más adictivas. Los efectos farmacológicos incluyen un estado de alerta, relajamiento muscular, mejora de la atención y disminución del apetito. Inicialmente puede producir náuseas y vômitos hasta que se desarrolle la tolerancia.*

Cuadro clínico: *A corto plazo: tos del fumador, aliento de tabaco, coloración amarilla de los dientes y de los dedos; agravamiento de las alergias e del asma por broncoconstricción reactiva, bronquitis y enfermedades de las vías aéreas superiores. En el embarazo: neonato de bajo peso, aumento de la frecuencia de placenta prévia, hemorragias y ruptura precoz de las membranas.*

A longo prazo: enfisema, arterioesclerose, infarto do miocárdio, cânceres (pulmão, bexiga, cérvix uterina, etc.).

Nos filhos: maior incidência de doenças das vias aéreas superiores, morte súbita do lactente, asma e estado de mal asmático e retardo mental "idiopático".

Síndrome de abstinência: Bradicardia, polifagia, despertar frequentemente durante a noite, confusão, cefaléias, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de vigor e enorme ânsia para fumar. (As pesquisas mais recentes demonstram que existem mecanismos neurofisiológicos envolvidos com receptores de nicotina no cérebro, análogos aos que ocorrem no abuso de outras substâncias.)

2 – Álcool

Cerveja, vinho, bebidas de alto teor alcoólico. No mundo, em qualquer idade, o álcool em todas as suas formas é a droga de maior uso, promovendo as mais graves conseqüências para a saúde pública.

Aspectos biológicos: Os efeitos crônicos que o álcool produz no adulto não são observados nos adolescentes, por não haver tempo suficiente; entretanto há outras características biológicas de grande importância neste período etário:

- Com menor volume sanguíneo e maior rapidez na ingestão (jogos competitivos), especialmente sem alimentos adicionais, pode resultar em intoxicação alcoólica grave, ocasionalmente fatal.

- Como muitos adolescentes podem associar o álcool à maconha e outras drogas, os efeitos se somam e tornam-se mais tóxicos e de ação prolongada, mais grave ainda que a ingestão isolada de álcool.

- O efeito do álcool sobre o cérebro atinge amplo espectro de ações, desde mudanças psicomotoras e cognitivas muito sutis, até a parada respiratória e morte, em conseqüência das ações sobre o centro respiratório.

- O uso de álcool não costuma ser diário e sim episódico, mas muito intenso.

Tolerância: A tolerância ao álcool se desenvolve rapidamente, às vezes depois de poucos dias após o início do consumo, mas também se perde em curto prazo. O adolescente que bebe ocasionalmente e tenta equiparar-se aos amigos bebedores pode chegar a uma *overdose* letal de forma inesperada. Os adolescentes mais jovens e com menos experiência seguidamente não se dão conta do nível de comprometimento de suas faculdades mentais produzido pelo álcool, pior ainda, por terem menor volume sanguíneo, embriagam-se com menores teores. Calculou-se que a dose tóxica para o adulto é de 5 a 8 g/kg e na criança é de 3 g/kg. A intoxicação pode ser mortal a partir de alcoolemias iguais ou superiores a 4,5g/l, apesar de ter-se descrito alcoolemias de até 15g/l em sujeitos sobreviventes de intoxicações agudas.

A síndrome da abstinência: tende a manifestar-se como um estado de ansiedade e depressão.

Quadro Clínico: Bebedores problema: são os adolescentes que se embriagam mais que seis vezes em um ano, ou que, devido ao consumo de álcool, criam problemas em três das seguintes áreas: família, autoridades da escola, polícia (infrações às leis), amigos, intoxicação, críticas pelo consumo (de álcool).

Emergências: Cerca de 9% dos abusadores de álcool chegam ao coma alcoólico com perigo de morte, risco que se torna maior entre os adolescentes, por terem menor controle de seus limites. No caso de associação de álcool com antidepressivos, a morte

A longo prazo: enfisema, arteriosclerosis, infarto del miocárdio, cánceres (pulmón, vejiga, cuello uterino, etc.)

En los hijos: mayor incidencia de enfermedades de las vías aéreas superiores, muerte súbita del lactante, asma y estado de mal asmático y retardo mental "idiopático".

Síndrome de abstinencia: *Bradycardia, polifagia, despertar frecuentemente durante la noche, confusión, cefaleas irritabilidad, dificultad de concentración, pérdida de vigor y inmensa ansia de fumar. (Las encuestas más recientes demuestran que existen mecanismos neurofisiológicos involucrados con receptores de nicotina en el cerebro, análogos a los que ocurren en el abuso de otras sustancias.)*

2 – Alcohol

Cerveza, vino, bebidas de alto contenido alcohólico. En el mundo, sin importar la edad, el alcohol en todas sus formas es la droga más usada, promoviendo las más graves consecuencias para la salud pública.

Aspectos biológicos: *Los efectos crónicos que el alcohol produce en el adulto no se observan en los adolescentes, por no haber tiempo suficiente; sin embargo, hay otras características biológicas de gran importancia en este período etario:*

- *Con menor volumen sanguíneo y mayor rapidez en la ingestión (juegos competitivos), especialmente sin alimentos adicionales, puede resultar en intoxicación alcohólica grave, ocasionalmente fatal.*

- *Como muchos adolescentes pueden asociar el alcohol a la marihuana y otras drogas, los efectos se suman y se hacen más tóxicos y de acción prolongada, aún más grave que la ingestión aislada de alcohol.*

- *El efecto del alcohol sobre el cerebro comprende amplio espectro de acciones, desde cambios psicomotores y cognitivos muy sutiles, hasta complicaciones respiratorias y muerte, como consecuencia de las acciones sobre el centro respiratorio.*

- *El uso de alcohol no suele ser diario, sino episódico, pero muy intenso.*

Tolerancia: *La tolerancia al alcohol se desarrolla rápidamente. Algunas veces, luego de pocos días tras el inicio del consumo. Pero, también, se pierde a corto plazo. El adolescente que bebe ocasionalmente e intenta equipararse a los amigos bebedores, puede llegar a una overdose letal de forma inesperada. Los adolescentes más jóvenes y con menos experiencia seguidamente no perciben el nivel de comprometimiento de sus facultades mentales producido por el alcohol. Y, lo peor, por poseer menor volumen sanguíneo, se emborrachan con menores contenidos. Se calcula que la dosis tóxica para el adulto es de 5 a 8 g/kg y en los chicos es de 3 g/kg. La intoxicación puede ser mortal a partir de alcoholemias iguales o superiores a 4,5g/l, a pesar de descripción existente de alcoholemias de hasta 15g/l en individuos sobrevivientes de intoxicaciones agudas.*

La síndrome de abstinencia: *la tendencia es manifestarse como un estado de ansiedad y depresión.*

Cuadro Clínico: Bebedores problema: *son los adolescentes que se embriagan más de seis veces al año, o que, debido al consumo de alcohol, provocan problemas en tres de las siguientes áreas: familia, autoridades de la escuela, policía (infracciones a las leyes), amigos, intoxicación, críticas por el consumo (de alcohol).*

Emergencias: *Cerca del 9% de los abusadores de alcohol llegan al coma alcohólico con peligro de muerte, riesgo mayor entre los adolescentes, por poseer menor control de sus límites. En el caso de asociación de alcohol con antidepressivos, la muerte por paro respiratorio ocurre más rápidamente, pasando de la inconciencia*

por parada respiratória ocorre mais rapidamente, passando da inconsciência à anestesia: diminuem os reflexos, há dificuldades cardíacas e respiratórias, hipotermia, hipoglicemia, convulsões e parada respiratória.

Quando o paciente entra em coma (coma alcóolico), pode apresentar hipotermia, hipoglicemia, cetoacidose, hipotensão, hipoventilação, depressão respiratória e morte. Deve-se fazer lavado gástrico, tomando precauções para evitar aspirado brônquico. Geralmente, há quantidades elevadas de álcool no conteúdo gástrico e, com frequência, comprimidos de outros fármacos que permitem o diagnóstico de intoxicação mista. Simultaneamente, após colhida amostra de sangue para exames de laboratório, administram-se por via intravenosa 2 mg de naxolona (quando há suspeita de intoxicação por opiáceos) ou 1 a 10 mg de flumazenil (se há suspeita de intoxicação por benzodiazepinas), 50 g de glicose (100 ml de uma solução a 50%) e 100 mg de tiamina. Se necessário, pode-se repetir a glicose a 50%. Até a chegada dos resultados de exames de laboratório, deve-se manter a administração de solução glicosada a 10%. O flumazenil em doses elevadas (5 a 11 mg) parece reverter o estado de embriaguez grave. Uma grande percentagem de pacientes melhora, o único inconveniente para o uso é o custo.

Aspectos psicológicos e psicossociais: O álcool diminui a atenção, a concentração e a memória. A queda do rendimento escolar contribui ainda mais para baixar o nível de auto-estima do bebedor e a conseqüente perda de interesse na escola.

O álcool é um agente desinibidor e intensifica a agressividade, aumentando a probabilidade de *acting out* (atuação) destrutiva ou autodestrutiva. Os bebedores, em qualquer idade, têm maior tendência à tentativa de suicídio e ao suicídio do que os não-bebedores de grupos controle. Os riscos de todo tipo se incrementam com o álcool, dentre eles a iniciação sexual precoce. Alguns adolescentes se refugiam no álcool, escapando da responsabilidade de crescer e amadurecer, e sua vida se complica pelo comportamento impulsivo e agressivo.

Percebe-se que há diferenças comportamentais bem definidas entre os adolescentes que bebem e os que não bebem: os bebedores tendem a ser menos convencionais. O uso do álcool na adolescência precoce é fator preditivo de problemas futuros muito sérios, com respeito ao abuso de álcool e outras drogas (o álcool como droga indutora).

3 – Produtos de *Cannabis*: marijuana, haxixe, maconha

A maconha provém das folhas e flores de uma planta chamada *cannabis sativa*. Às vezes são utilizados outros produtos desta planta, tais como resinas concentradas, para formar o haxixe.

Aspectos biológicos: Há uma grande variedade de alterações psicoativas na dependência do conteúdo de THC (tetrahydro-cannabinol), que é o componente que induz as modificações do estado psíquico. Na atualidade, a concentração costuma ser 4 a 10 vezes maior do que na década de 70. Habitualmente se fuma, mas a diferença do cigarro é que se faz uma inalação profunda com retenção pulmonar por vários segundos.

Quadro clínico: Com uso freqüente: perda da motivação e interesse na escola e nas atividades que costumavam atrair o indivíduo. Isso tem sido denominado de "síndrome amotivacional". Queda no rendimento escolar, diminuição nas "notas", isolamento, mudança de amigos, procurando aqueles que usam drogas. Problemas de aprendizagem social, "não crescem emocionalmente", mudanças de ânimo, irritabilidade, distração, problemas de concentração. Às vezes, irritação conjuntival, ginecomastia, aumento do apetite e do peso, diminuição na produção de espermatozói-

a la anestesia: disminuyen los reflejos, ocurren dificultades cardíacas y respiratorias, hipotermia, hipoglicemia, convulsiones y paro respiratorio.

Quando el paciente entra en coma (coma alcohólico), puede presentar hipotermia, hipoglicemia, cetoacidosis, hipotensión, hipoventilación, depresión respiratoria y muerte. Se debe realizar lavado gástrico, tomando precauciones para evitar aspirado brônquico. Generalmente, hay cantidades elevadas de alcohol en el contenido gástrico y, frecuentemente, comprimidos de otros fármacos que permiten el diagnóstico de intoxicación mixta. Simultáneamente, luego de recogida la muestra de sangre para exámenes de laboratorio, se administra por vía intravenosa 2 mg de naxolona (en el caso de sospecha de intoxicación por opiáceos) o 1 a 10 mg de flumazenil (si hay sospecha de intoxicación por benzodiazepinas), 50 g de glicosa (100 ml de una solución a 50%) y 100 mg de tiamina. En el caso de que sea necesario, se puede repetir la glicosa a 50%. Hasta el arribo de los resultados de los análisis de laboratorio, se debe mantener la administración de solución glicosada a 10%. El flumazenil en dosis elevadas (5 a 11 mg) parece revertir el estado de embriaguez grave. Un gran porcentaje de pacientes mejora, el único inconveniente para el uso es el costo.

Aspectos psicológicos y psicosociales: El alcohol disminuye la atención, la concentración y la memoria. La disminución del rendimiento escolar contribuye más todavía para bajar el nivel de autoestima del bebedor y la consecuente pérdida de interés en la escuela.

El alcohol es un agente liberador de inhibiciones e intensifica la agresividad, aumentando la probabilidad de *acting out* (actuación) destructiva o autodestructiva. Los bebedores, de todas las edades, tienen mayor tendencia a intentos de suicidio y suicidio que los no bebedores de grupos de control. Los riesgos de todo tipo se incrementan con el alcohol, entre ellos la iniciación sexual precoz. Algunos se refugian en el alcohol, huyendo de la responsabilidad de crecer y madurar, y su vida se complica por el comportamiento impulsivo y agresivo.

Se observan diferencias de comportamientos bien definidas entre los adolescentes que beben y los que no beben: los bebedores tienden a ser menos convencionales. El uso del alcohol en la adolescencia precoz es factor que predispone a problemas futuros muy serios, con respecto al abuso del alcohol y otras drogas (el alcohol como droga inductora).

3 – Produtos de *Cannabis*: marijuana, hachís, marihuana

La marihuana proviene de las hojas y flores de una planta llamada *cannabis sativa*. Algunas veces, se utilizan otros productos de esta planta, tales como resinas concentradas, para formar el hachís.

Aspectos biológicos: Ocurre una gran variedad de alteraciones psicoativas en la dependencia del contenido de THC (tetrahydro-cannabinol), que es el componente que induce las modificaciones del estado psíquico. En la actualidad, la concentración suele ser 4 a 10 veces mayor que en la década de 70. Habitualmente se fuma pero, a diferencia del cigarrillo, se hace una inhalación profunda con retención pulmonar por varios segundos.

Cuadro clínico: Com uso frecuente: pérdida de la motivación e interés en la escuela y en las actividades que suelen atraer al individuo. Esto ha sido denominado "síndrome amotivacional". Caida en el rendimiento escolar, disminución en las "notas", aislamiento, cambio de amigos, buscando aquellos que usan drogas. Problemas de aprendizaje social, "no crecen emocionalmente", cambios de ánimo, irritabilidad, distracción, problemas de concentración. Algunas veces, irritación conjuntival, ginecomastia, aumento del apetito y del peso, disminución en la producción de espermatozoides. El uso intensivo se asocia al abuso de alcohol, cocaína y otras

des. O uso intensivo se associa a abuso de álcool, cocaína e outras substâncias psicoativas. Em casos isolados tem-se diagnosticado reações de pânico agudo. Têm sido descritos casos de psicose em adolescentes que fumam maconha adulterada com Fenciclidina ou em adolescentes com doença mental. Pode ocasionar desinibição e conseqüentes riscos, dentre os quais uma gravidez indesejada.

Não há síndrome de abstinência, mas o adolescente com uso intenso que se priva da maconha pode sofrer insônia, ansiedade e depressão. Aqueles que iniciam tratamento para abandonar a dependência são frequentemente levados a voltar ao uso devido à insônia. Esta pode ser uma indicação de internação. Estudos psicológicos de laboratório demonstram a interferência na aprendizagem, incluindo maior dificuldade em lembrar o aprendido durante o uso. Na adolescente grávida pode contribuir para a prematuridade e para recém-nascido de baixo peso.

4 – Os inalantes: hidrocarbonetos voláteis, gasolina, colas de secagem rápida

Estas drogas incluem muitos produtos para uso doméstico e industrial, de acesso fácil em casa, nas lojas e nos supermercados. O protótipo é a inalação de solventes usados para aeromodelismo. Trata-se de uma atividade que começa usualmente na pré-adolescência. A busca de sensações e excitação (*high*) inclui o uso de aerossóis e gasolina. É mais comum nos grupos marginais pelo fácil acesso e baixo custo.

Aspectos biológicos e clínicos: Mesmo o uso ocasional é perigoso. Alguns solventes industriais são altamente hepatotóxicos. Alguns adolescentes inalam cobrindo a cabeça com sacos plásticos (o que pode provocar a morte por asfixia). Pode ocorrer dano nos tecidos das vias respiratórias devido ao calor gerado pela expansão dos gases. Os inalantes podem cobrir os alvéolos pulmonares, interferindo na oxigenação, o que pode, a longo prazo, causar dano cerebral, especialmente nos lóbulos frontais e cerebelo, incluindo desmielinização.

Às vezes, o hálito típico de hidrocarbonetos e o cheiro na roupa dão a chave diagnóstica para um paciente que apresenta sintomas respiratórios, hepáticos ou neurológicos.

5 – Produtos de cocaína

O pó de cloridrato de cocaína, adulterado com ingredientes inertes e ocasionalmente com drogas que imitam seus efeitos, é usado por inalação nasal. O *crack* ou *freebase* é a cocaína quimicamente transformada de modo que possa ser fumada e, desse modo, chegar mais rapidamente ao cérebro, causando estado de euforia. É comum a tendência ao uso repetido, por isso essa forma de consumo leva mais rapidamente ao uso compulsivo.

Aspectos biológicos: A cocaína possui um atrativo especial entre os jovens: como inicialmente produz sentimentos de energia, confiança e poder, é especialmente atrativa para os adolescentes inseguros, com baixo nível de auto-estima e ansiedades ou fobias sociais. Ao iniciar o uso, os efeitos da droga são francamente positivos: o funcionamento mental melhora e o relacionamento social aparentemente se torna mais adaptado (como em sua época fizeram menção Sigmund Freud, o pai da psicanálise, e o Dr. William Halsted, o pai da cirurgia moderna). Não é raro que quem usa cocaína seja seduzido pela crença de que ela lhe trará uma vantagem competitiva, atlética ou acadêmica.

Intoxicação aguda: Os aspectos positivos são ilusórios. Com o uso repetido, a estimulação do estado de ânimo, a sensação de energia e de triunfo são cada vez de menor duração. Não só porque a ação da droga diminui seus efeitos, mas também por-

substancias psicoactivas. En casos aislados han sido diagnosticadas reacciones de pánico agudo. Han sido descritos casos de psicosis en adolescentes que fuman marihuana adulterada con Fenciclidina o en adolescentes con enfermedad mental. Puede ocasionar desinhibición y consecuentes riesgos, entre los cuales un embarazo no deseado.

No hay síndrome de abstinencia, pero el adolescente con uso intenso que se priva de la marihuana puede sufrir insomnio, ansiedad y depresión. Aquellos que inician tratamiento para abandonar la dependencia frecuentemente vuelven a usarla debido a la insomnio. Esta puede ser una indicación de internación. Estudios psicológicos de laboratorio demuestran la interferencia en el aprendizaje, incluyendo mayor dificultad en recordar lo aprendido durante el uso. En la adolescente embarazada, puede contribuir para la prematuridad y para recién nacido de bajo peso.

4 – Los inhalantes: hidrocarburos volátiles, nafta, pegamentos de secado rápido

Estas drogas incluyen muchos productos para uso doméstico e industrial, de fácil acceso en casa, en tiendas y en los supermercados. El prototipo es la inhalación de solventes usados para aeromodelismo. Tratase de una actividad que empieza usualmente en la preadolescencia. La búsqueda de sensaciones y excitación (high) incluye el uso de aerosoles y nafta. Es más común en los grupos marginales por el fácil acceso y bajo costo.

Aspectos biológicos y clínicos: *Hasta el uso ocasional es peligroso. Algunos solventes industriales son altamente hepatotóxicos. Algunos adolescentes inhalan cubriendo la cabeza con bolsas plásticas (lo que puede provocar la muerte por asfixia). Puede ocurrir daño en los tejidos de las vías respiratorias debido al calor generado por la expansión de los gases. Los inhalantes pueden cubrir los alvéolos pulmonares, interfiriendo en la oxigenación, lo que puede, a largo plazo, causar daño cerebral, especialmente en los lóbulos frontales y cerebelo, incluyendo desmielinización.*

Algunas veces, el aliento típico de hidrocarburos y el olor en la ropa dan la llave de diagnóstico para un paciente que presenta síntomas respiratorios, hepáticos o neurológicos.

5 – Productos de cocaína

El polvo de cloridrato de cocaína, adulterado con ingredientes inertes y ocasionalmente con drogas que imitan sus efectos, es usado por inhalación nasal. El crack o freebase es la cocaína quimicamente transformada de tal forma que pueda ser fumada y, así, llegar más rápidamente al cerebro, causando estado de euforia. Es común la tendencia al uso repetido, por esto esa forma de consumo lleva más rápidamente al uso compulsivo.

Aspectos biológicos: *La cocaína posee un atractivo especial entre los jóvenes: como inicialmente produce sentimientos de energía, confianza y poder, es especialmente atractiva para los adolescentes inseguros, con bajo nivel de autoestima y ansiedades o fobias sociales. Al iniciar el uso, los efectos de la droga son francamente positivos: el funcionamiento mental mejora y el relacionamiento social, aparentemente, se hace más adaptable (como en su época mencionaron Sigmund Freud, el padre de la psicoanálisis, y el Dr. William Halsted, el padre de la moderna cirugía). No es inusual que los que usan cocaína hayan sido seducidos por la creencia de que ella les traerá una ventaja competitiva, atlética o académica.*

Intoxicación aguda: *Los aspectos positivos son ilusorios. Con el uso repetido, la estimulación del estado anímico, la sensación de energía y de triunfo son cada vez de menor duración. No solamente porque la acción*

que, depois do uso, estabelece-se um estado de disforia e irritabilidade, o que faz reiniciar o uso, até chegar à exaustão. Vive-se então estados de profunda ansiedade e paranóia, podendo chegar-se, em casos extremos, à psicose tóxica.

Pode apresentar-se com náuseas ou vômitos, calafrios, midríase, hipertermia e hipertensão arterial. Quando se agrava, há obnubilação ou delírios e alucinações, convulsões tônico-clônicas, parada respiratória e morte súbita por problemas cardiovasculares.

A cocaína pode ser fatal, às vezes de forma imprevisível. Existe uma minoria extremamente sensível à cocaína e à sua mortalidade, podendo sobreviver a morte com uma dose de apenas 1/60 da dose letal, 20 mg a 1.200 mg (uma linha de cocaína pode conter de 50 a 100 mg da droga bruta). Isto se dá fundamentalmente naqueles que apresentam uma pseudodeficiência de colinesterase.

Pode manifestar-se com angina de peito, por vasoconstrição coronária, inclusive dando lugar a infarto do miocárdio. Também pode produzir um quadro severo de hipertensão arterial. A causa mais comum de morte súbita é a indução de arritmias, que podem aparecer de forma inesperada mesmo no consumidor mais sadio, como tem ocorrido como causa de morte de vários atletas famosos.

Sintomas gerais: Perda de peso por falta de apetite, epistaxes e bronquites são comuns.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatite b: O uso da cocaína endovenosa, apesar de pouco freqüente entre os adolescentes, traz o risco de adquirir hepatite b e o vírus da AIDS, devido ao compartilhamento de seringas entre usuários, além de uma maior propensão a sexo sem proteção.

Risco em saúde reprodutiva: Pode causar atraso do crescimento intra-uterino, abortos espontâneos, placenta prévia, ruptura precoce das membranas e prematuridade. O uso na semana que precede ao parto é especialmente perigoso, pois pode condicionar a síndrome da abstinência no recém-nascido.

Abstinência: A abstinência provoca apatia, astenia, depressão, disforia e adinamia. O emprego continuado de cocaína provoca depleção de dopamina no sistema nervoso, que é a base do quadro de depressão e disforia que se desenvolve nas horas seguintes à administração e motiva a necessidade de novas doses.

6 – Estimulantes: anfetaminas, aminas simpaticomiméticas e anorexígenos

Estas substâncias, tais como o álcool, não são consideradas drogas pela população. Isso ocorre porque são usadas sob determinadas condições, de acordo com "rituais" socialmente aceitos, como o uso para permitir o estudo noturno intensivo nas vésperas de exames acadêmicos e como coadjuvante de regimes de emagrecimento. Além disso, há empregos legítimos, pois o metilfenidato e a dexedrina são de grande utilidade no tratamento da síndrome do déficit de atenção, na hiperatividade e na narcolepsia. Mas o abuso dessas substâncias tem o mesmo efeito sobre o sistema nervoso central que a cocaína.

Quadro clínico: os consumidores destas substâncias desenvolvem marcada loquacidade, excitação psicomotora e fuga de idéias. Ao exame físico apresentam midríase, rubicundez na face, sudorese, taquicardia, hipertensão e tremores que podem chegar a convulsões. No uso prolongado, aparece anorexia, perda de peso e insônia. Pode ocorrer um quadro psicótico transitório e, ocasionalmente, a morte.

de la droga disminuye sus efectos, sino porque, después del uso, se establece un estado de disforia e irritabilidad, lo que hace reiniciar el uso, hasta agotarse. Entonces, se viven estados de profunda ansiedad y paranoia, existiendo la posibilidad, en casos extremos, de llegar a un estado de psicosis tóxica.

Puede presentarse con náuseas o vómitos, escalofríos, midriasis, hipertermia e hipertension arterial. Cuando se agrava, hay obnubilación o delirios y alucinaciones, convulsiones tónico-clónicas, paro respiratorio y muerte súbita por problemas cardiovasculares.

La cocaína puede ser fatal, en ocasiones de forma imprevisible. Existe una minoria extremadamente sensible a la cocaína y su mortalidad, con la posibilidad de sobrevenir la muerte con una dosis de solamente 1/60 de la dosis letal, 20 mg a 1.200 mg (una línea de cocaína puede contener de 50 a 100 mg de la droga bruta). Esto ocurre fundamentalmente en aquellos que presentan una pseudodeficiencia de colinesterasis.

Puede manifestarse con angina de pecho, por vasoconstricción coronaria, incluso provocando un infarto del miocardio. También puede producir un cuadro severo de hipertension arterial. La causa más común de muerte súbita es la inducción de arritmias, que pueden aparecer de forma inesperada mismo en el consumidor más sano, ocasionando la muerte de varios atletas famosos.

Síntomas generales: *Pérdida de peso por falta de apetito, epistaxes y bronquitis son comunes.*

Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Hepatitis b: *El uso de cocaína endovenosa, a pesar de poco frecuente entre los adolescentes, trae el riesgo de adquirir hepatitis b y el virus del SIDA, por compartir jeringas entre usuarios, además de una mayor propensión al sexo sin protección.*

Riesgo en salud reproductiva: *Puede causar retraso del crecimiento intrauterino, abortos espontáneos, placenta previa, ruptura precoz de las membranas y prematuridad. El uso en la semana que precede al parto es especialmente peligroso, pues puede condicionar al síndrome de abstinencia del recién nacido.*

Abstinencia: *La abstinencia provoca apatia, astenia, depresión, disforia y adinamia. El uso continuado de cocaína provoca deplección de dopamina en el sistema nervioso, que es la base del cuadro de depresión y disforia que se desarrolla en las horas siguientes a la administración y motiva la necesidad de nuevas dosis.*

6 – Estimulantes: anfetaminas, aminas simpaticomiméticas y anorexígenos

Estas sustancias, tal como el alcohol, no son consideradas drogas por la población. Eso ocurre porque se usan bajo determinadas condiciones, de acuerdo con "rituales" socialmente aceptados, como el uso para permitir el estudio nocturno intensivo en las vísperas de exámenes académicos y como coadjuvante de regímenes para adelgazar. Además, hay empleos legítimos, pues el metilfenidato y la dexedrina son de gran utilidad en el tratamiento del síndrome del déficit de atención, en la hiperactividad y en la narcolepsia. Pero el abuso de esas sustancias tiene el mismo efecto sobre el sistema nervioso central que la cocaína.

Quadro clínico: *los consumidores de estas sustancias desarrollan marcada locuacidad, excitación psicomotora y fuga de ideas. En el examen físico presentan midriasis, rubicundez en el rostro, sudoresis, taquicardia, hipertension y temblores que pueden llevar a convulsiones. En el uso prolongado, aparece anorexia, pérdida de peso e insomnio. Puede ocurrir un cuadro psicótico transitório y, ocasionalmente, la muerte.*

7 – Alucinógenos: ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, peiote

O LSD é muito poderoso, os adolescentes que o utilizam procuram as sensações de alucinações visuais, caleidoscópicas, distorções da imagem corporal e da percepção do tempo. De forma inesperada, entretanto, podem sofrer uma *bad trip* (má viagem), com sensação de pânico e perda do uso da razão. Um fenômeno notável é o *flashback*, experiências alucinógenas sem o uso da droga naquele momento. O fenômeno pode ser recorrente e causar pânico. A apresentação aguda mais habitual é a do paciente com alucinações, midríase, hipertensão, sudorese e hiper-reflexia osteotendinosa.

8 – Hipnóticos: barbitúricos, metaqualona

Os barbitúricos e a metaqualona são drogas depressoras do sistema nervoso central, mas, assim como o álcool, podem promover um período de euforia e excitação. Produz hipotonia, ataxia, disartria, miose, bradipnéia e hiporreflexia. Na intoxicação grave pode ocorrer parada respiratória.

9 – Tranquilizantes menores: benzodiazepínicos, mepobromatos

Os benzodiazepínicos e o mepobromato são de uso raro entre os adolescentes, sendo substâncias preferidas por adultos de mais idade (frequentemente combinados com o álcool). A sintomatologia é muito semelhante à dos hipnóticos, mas sem miose.

10 – Anti-histamínicos e antiparkinsonianos

A combinação Artane-Akineton tem sido usada para induzir euforia. A intoxicação se manifesta por uma síndrome atropínica: pele e mucosas vermelhas e secas, midríase e excitação psicomotora. Tais substâncias podem induzir alucinações visuais, tãteis e zoonopsias. Os pacientes apresentam-se, além disso, com disartria, desorientação tempo-espacial, obnubilção e excitação alternantes. Podem ter taquicardia com hipertensão arterial e, às vezes, retenção urinária.

11 – Opiáceos e narcóticos

O abuso mais comum é com os derivados similares à morfina, tais como os antitússicos com dextrometorfan ou analgésicos com codeína. Um subgrupo de adolescentes bem definido por sua progressão com as drogas pode chegar a usar heroína por via endovenosa. Em geral, surgem de políabuso de substâncias e, no exame físico, encontram-se marcas das injeções. Apesar do “morfínomo” ser apresentado como o protótipo do drogadicto, apenas uma pequena minoria de adolescentes que usam drogas está entre eles. A rota endovenosa soma ainda o risco de hepatite b, AIDS e parkinsonismo juvenil (por contaminantes inertes).

12 – Casos especiais: Esteróides anabolizantes (orais e injetáveis)

Diferem das substâncias psicoativas, pois não são usados para induzir euforia, mudanças anímicas ou de percepção, mas para aumentar a massa muscular, a força e a capacidade competitiva desportiva. Orales: metandrostenolone (Dianabol®) e stanozolol (Winstrol®). Injetáveis: decanoato de nandrolona (Decadurabolín®).

Aspectos biológicos: São anabólicos

Aspectos clínicos: Grande aumento da massa muscular, acne, mudanças de personalidade, agressividade desproporcional, perda do controle emocional. Ocasionalmente, depressão e inclusive psicose. Masculinização irreversível na mulher. O uso prolongado pode causar dano hepático, atrofia testicular e hipercolesterolemia.

7 – Alucinógenos: ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, peyote

El LSD es muy poderoso, los adolescentes que lo utilizan buscan las sensaciones de alucinaciones visuales, caleidoscópicas, distorciones del imagen corporal y de la percepción del tiempo. De forma inesperada, sin embargo, pueden sufrir una bad trip (malo viaje), con sensación de pánico y pérdida del uso de la razón. Un fenómeno notable es el flashback, experiencias alucinógenas sin el uso de la droga en la ocasión. El fenómeno puede ser recorrente y causar pánico. La presentación aguda más común es de paciente con alucinaciones, midriasis, hipertensión, sudoresis e hiperreflexia osteotendinosa.

8 – Hipnóticos: barbitúricos, metaqualona

Los barbitúricos y la metaqualona son drogas depresoras del sistema nervioso central, pero, como el alcohol, pueden promover un periodo de euforia y excitación. Producen hipotonia, ataxia, disartria, miosis, bradipnea e hiporreflexia. En la intoxicación grave puede ocurrir paro respiratorio.

9 – Tranquilizantes menores: benzodiazepínicos, mepobromatos

Los benzodiazepínicos y el mepobromato son de uso poco común entre los adolescentes, siendo sustancias preferidas por adultos mayores (frecuentemente combinados con el alcohol). La sintomatología es similar a la de los hipnóticos, pero sin miosis.

10 – Antihistamínicos e antiparkinsonianos

La combinación Artane-Akineton ha sido usada para inducir euforia. La intoxicación se manifiesta a través de un síndrome atropínico: piel y mucosas rojas y secas, midriasis y excitación psicomotora. Tales sustancias pueden inducir alucinaciones visuales, táctiles y zoonopsias. Los pacientes se presentan, además, con disartria, desorientación tempo-espacial, obnubilación y excitación alternantes. Pueden tener taquicardia con hipertensión arterial y, algunas veces, retención de orina.

11 – Opiáceos y narcóticos

El abuso más común es con los derivados similares a la morfina, tales como los antitússicos con dextrometorfan o analgésicos con codeína. Un subgrupo de adolescentes bien definido por su progresión con las drogas puede llegar a usar heroína por vía endovenosa. En general, surgen de políabuso de sustancias y, durante el examen físico, se observan marcas de las inyecciones. A pesar del “morfínomo” ser presentado como el prototipo del dependiente, una pequeña minoría de adolescentes que usan drogas está entre ellos. La ruta endovenosa suma además el riesgo de hepatitis b, SIDA y parkinsonismo juvenil (por contaminantes inertes).

12 – Casos especiales: Esteróides anabolizantes (orales e inyectables)

A diferencia de las sustancias psicoactivas, no son usados para inducir euforia, cambios anímicos o de percepción, pero para aumentar la masa muscular, la fuerza y la capacidad competitiva deportiva. Orales: metandrostenolone (Dianabol®) e stanozolol (Winstrol®). Inyectables: decanoato de nandrolona (Decadurabolín®).

Aspectos biológicos: Son anabólicos

Aspectos clínicos: Gran aumento de la masa muscular, acne, cambios de la personalidad, agresividad desproporcional, pérdida del control emocional. Ocasionalmente, depresión e inclusive psicosis. Masculinización irreversível en la mujer. El uso prolongado puede causar daño hepático, atrofia testicular e hipercolesterolemia.

Contaminantes

Podem ser inertes para enganar o comprador, por sua semelhança à droga desejada (heroína, cocaína). Têm sido utilizados desde o aserrin ao quinino. Tem sido descrita uma síndrome parkinsoniana entre os abusadores endovenosos muito jovens, provavelmente relacionada a tais substâncias chamadas inertes. Também são usados como contaminantes substâncias psicoativas baratas para simular produtos mais caros (como o uso de Fenciclidina para tentar criar os efeitos da maconha de "alta qualidade").

Avaliação clínica: Abordagem

Como se recomenda,⁽²³⁾ a atitude do profissional da saúde frente ao adolescente deve ser aberta, compreensiva e tolerante, deixando de lado qualquer resquício de autoritarismo ou preconceito. Deve ser cordial e afetiva. Isso não significa, entretanto, que deva se apresentar como um "bonachão", permissivo e inconsequente.

Estabelecendo-se um clima de empatia, qualquer adolescente deve ser indagado sobre o uso de álcool, tabaco e outras substâncias, principalmente aqueles que foram encaminhados para investigação de uso ou abuso.

Deve-se começar indagando sobre sua vida, onde mora, que escola frequenta ou que trabalho exerce, composição da família, relacionamento familiar, com os amigos, atividades preferidas, lazer, dieta alimentar, uso de medicamentos e, então, sobre o hábito de fumar, o uso de álcool, da maconha ou de outras substâncias.

O clínico tem que ser honesto e demonstrar genuíno interesse pelo paciente. Isso implica a necessidade de conhecimentos. Os adolescentes que usam drogas e álcool percebem de imediato quando o médico não sabe muito sobre os efeitos das substâncias e os problemas associados.

Há perguntas-chave, logo que o paciente admita o uso de alguma substância.

Com relação ao uso do álcool, pode-se ter uma resposta positiva às seguintes perguntas:

– Bebes em tua casa? Bebes no boliche? Bebes na escola? Quando bebes? Faltas à escola para ir beber? Tens deixado de ir à escola por haver bebido?

A **confidência** na relação médico-paciente adolescente é necessária e de difícil aplicação na prática, podendo variar de acordo com o estilo, vivências e experiência de cada médico. Embora a promessa de absoluto segredo possa render maiores informações, isso pode trazer sérios riscos. Saber que o adolescente dirige bêbado todos os fins de semana é constatar que está pondo em risco sua vida. Deve-se dar conhecimento disso aos pais. Sempre que um adolescente estiver sujeito a grande risco, colocando em perigo sua integridade ou sua vida, justifica-se a ruptura da confidência. Assim, desde o início, deve-se informar ao paciente que os segredos serão mantidos, desde que não haja maiores riscos. E, caso tenhamos que revelar algum desses riscos aos pais, avisa-se previamente o paciente.

Um fator que complica a decisão do profissional é o fato de que, apesar do álcool, do fumo e das drogas constituírem uma ameaça à saúde do adolescente, não se trata, habitualmente, de um risco imediato, nem inexorável. Isso significa que se deve trabalhar a relação médico-paciente na linha de tomadas de decisão.

Os **sinais e sintomas** que sugerem o abuso de substâncias são:

– Bronquite recorrente, tosse crônica, halitose, rinorréia, epistaxes, sinusite, olhos congestionados;

Contaminantes

Pueden ser inertes para engañar al comprador, por su similitud con la droga deseada (heroína, cocaína). Han sido utilizados desde el aserrín hasta el quinino. Ha sido descrita un síndrome parkinsoniano entre los abusadores endovenosos muy jóvenes, probablemente relacionada a estas sustancias llamadas inertes. También se usan como contaminantes sustancias psicoactivas baratas para simular productos más caros (como el uso de Fenciclidina para intentar crear los efectos de la marihuana de "alta calidad").

Evaluación: Abordaje

Como se recomienda,⁽²³⁾ la actitud del pediatra y del profesional de la salud, frente al adolescente debe ser abierta, comprensiva y tolerante, evitando cualquier resquicio de autoritarismo o prejuicio. Debe ser cordial y afectiva. Esto no significa, sin embargo, que deba presentarse como un "buenazo", permisivo e inconsecuente.

Al establecerse un clima de empatía, cualquier adolescente debe ser indagado sobre el uso de alcohol, tabaco y otras sustancias, principalmente aquellos que han sido encaminados para investigación de uso o abuso.

Se debe empezar indagando sobre su vida, dónde vive, a que escuela va o qué profesión ejerce, composición de la familia, relación familiar, con amigos, actividades preferidas, tiempo libre, dieta alimenticia, uso de medicamentos y, entonces, sobre el hábito de fumar, el uso de alcohol, de la marihuana o de otras sustancias.

El médico clínico debe ser honesto y demostrar genuino interés por el paciente. Esto implica la necesidad de conocimientos. Los adolescentes que usan drogas y alcohol se dan cuenta de inmediato cuando el médico no sabe mucho sobre los efectos de las sustancias y problemas asociados.

Hay cuestiones – claves, enseguida que el paciente admita el uso de alguna sustancia.

Con respecto al uso de alcohol, se puede obtener una respuesta positiva a las siguientes cuestiones:

– ¿Bebes en tu casa? ¿Bebes en el boliche? ¿Bebes en la escuela? ¿Cuándo bebes? ¿Dejas de ir a la escuela para beber? ¿Has dejado de ir a la escuela por haber bebido?

*La **confidencia** en la relación médico-paciente adolescente es necesaria y de difícil aplicación en la práctica, variando según el estilo, vivencias y experiencia de cada médico. Aunque la promesa de absoluto secreto pueda rendir mayores informaciones, esto puede implicar serios riesgos. Saber que el adolescente conduce borracho todos los fines de semana es constatar que está arriesgando su vida. Se debe comunicar a los padres sobre esto. Siempre que un adolescente esté expuesto a gran riesgo, colocando en peligro su integridad o su vida, se justifica la ruptura de la confidencia. Así, desde el principio, se debe informar al paciente que los secretos se mantendrán, desde que no haya mayores riesgos. Y, en el caso que tengamos que revelar alguno de estos riesgos a los padres, el paciente debe ser avisado previamente.*

Un factor que complica la decisión del profesional es el hecho de que, a pesar del alcohol, del tabaco y de las drogas constituir una amenaza para la salud del adolescente, no se trata, habitualmente, de un riesgo inmediato, ni inexorable. Esto significa que se debe trabajar la relación médico-paciente en la línea de toma de decisiones.

*Las **señales y síntomas** que sugieren el abuso de sustancias son:*

– Bronquitis recurrente, tos crónica, halitosis, rinorrea, epistaxes, sinusitis, ojos congestionados;

- Hematomas e lesões cutâneas, marcas de agulhas endovenosas;
- Hipertensão arterial, taquicardia, dor pré-cordial;
- Dor abdominal, perda de peso, anorexia, náuseas e vômitos, hepatomegalia, úlceras digestivas;
- Debilidade, hipotonia, perda de forças, transtornos do sono;
- Perda de memória, falta de atenção, irritabilidade, tremores;
- Desorientação, confusão mental, perda do bom senso, alucinações, depressão, tentativa de suicídio;
- Infecção com o HIV ou hepatite-b por agulhas contaminadas ou atividade sexual.

A **análise de urina** para a detecção de drogas depende do contexto. O pediatra deve conhecer os tipos de análises possíveis nos laboratórios locais, pois habitualmente estes não estão equipados para esse tipo de detecção. A análise de urina somente será válida se não estiver adulterada e realmente pertencer ao adolescente em questão. Por isso, a coleta deve ser feita sob observação direta. Como se trata de uma medida muito invasiva, a análise de urina não deve ser rotineira, mas feita quando existe uma razoável suspeita de que o adolescente está usando substâncias e não o admite. Na urina do adolescente que fuma maconha regularmente podem ser encontrados os metabólitos canabinóides até 3 a 4 semanas depois do último uso. A maioria das outras drogas são excretadas na urina por um ou dois dias após o uso. A análise dos cabelos oferece resultados a muito mais longo prazo, mas é muito dispendiosa. Assim, o diagnóstico de dependência é fundamentalmente clínico, pois nenhuma análise serve de prova definitiva.

Como estão envolvidos aspectos éticos na detecção laboratorial do uso e abuso de drogas na infância e adolescência, os Comitês de Bioética e de Abuso de Substâncias da Academia Americana de Pediatria definiram recomendações, absolutamente respeitadas em nossas postulações.⁽⁴⁾

Para **detectar** as características do **uso e abuso** de substâncias, é importante levar em consideração os seguintes aspectos:

- se não perguntarmos a respeito do uso de álcool, tabaco e drogas, o adolescente não dará essa informação espontaneamente;
- a fase de curiosidade e de experimentação com alguma substância é "normal" no desenvolvimento do adolescente;
- a história natural do consumo de substâncias de primeira linha é aumentar seu uso, em seguida moderá-lo ou cessar (exceção para o fumo, se há história familiar, e álcool);
- o abuso sempre ocorre dentro de um contexto de problemas de comportamento ou de doença psiquiátrica (depressão, distúrbio obsessivo-compulsivo, síndrome do déficit de atenção e distúrbios de conduta);
- a morbidade e a mortalidade associadas ao uso de álcool e drogas são, fundamentalmente, mais devidas às condutas de alto risco, acidentes, homicídio e suicídio, do que pelas drogas propriamente ditas;
- quanto mais sério o problema do álcool e das drogas, maior será a tendência de o adolescente sonegar, tornando-se essencial obter informações da família e da escola;
- os adolescentes que abusam, habitualmente, usam múltiplas substâncias;
- passados os anos da adolescência e juventude sem o hábito de fumar e sem o uso de substâncias, muito menor é a probabilidade de uso futuro.

- Hematomas y lesiones cutáneas, marcas de agujas endovenosas;
- Hipertensión arterial, taquicardia, dolor precordial;
- Dolor abdominal, pérdida de peso, anorexia, náuseas y vómitos, hepatomegalia, úlceras digestivas;
- Debilidad, hipotonia, pérdida de fuerzas, trastornos del sueño;
- Pérdida de memoria, falta de atención, irritabilidad, temblores;
- Desorientación, confusión mental, pérdida del buen sentido, alucinaciones, depresión, intento de suicidio;
- Infección con el HIV o hepatitis b por agujas contaminadas o actividad sexual.

El **análisis de orina** para la detección de drogas depende del contexto. El pediatra debe conocer los tipos de análisis posibles en los laboratorios locales, pues estos suelen no estar equipados para este tipo de detección. El análisis de orina solamente será válido si no estuviere adulterada y realmente pertenecer al adolescente en cuestión. Por esto, la recolección debe realizarse bajo observación directa. Como se trata de una medida muy invasiva, el análisis de orina no debe ser rutinario, sino cuando existe una razonable sospecha de que el adolescente está usando sustancias y no lo admite. En la orina del adolescente que fuma marihuana regularmente pueden ser encontrados los metabólitos canabinóides hasta 3 a 4 semanas después del último uso. La mayoría de las otras drogas son excretadas en la orina uno o dos días tras el uso. El análisis de los cabellos ofrece resultados en plazos más largo todavía, pero es muy cara. Así, el diagnóstico de dependencia es fundamentalmente clínico, pues ningún análisis sirve de prueba definitiva.

Como se involucran aspectos éticos en la detección laboratorial del uso y abuso de drogas en la infancia y adolescencia, los Comités de Bioética y de Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría definirán recomendaciones, absolutamente respetadas en nuestras postulaciones.⁽⁴⁾

Para **detectar** las características del **uso y abuso** de sustancias, es importante llevar en consideración los siguientes aspectos:

- si no indagamos sobre el uso de alcohol, tabaco y drogas, el adolescente no dará esa información espontáneamente;
- la fase de curiosidad y de experimentación con alguna sustancia es "normal" en el desarrollo del adolescente;
- el curso natural del consumo de sustancias de primera línea es aumentar su uso, enseguida moderarlo o cesar (excepción para el tabaco, si hay historia familiar, y el alcohol);
- el abuso siempre ocurre dentro de un contexto de problemas de comportamiento o de enfermedad psiquiátrica (depresión, distúrbio obsesivo-compulsivo, síndrome del déficit de atención y distúrbios de conducta);
- la morbidez y la mortalidad asociadas al uso de alcohol y drogas son, fundamentalmente, debidas a las condutas de alto riesgo, accidentes, homicidio y suicidio, que propiamente por las drogas;
- cuanto más serio el problema del alcohol y de las drogas, mayor será la tendencia del adolescente de negarlo, haciéndose esencial obtener informaciones de la familia y de la escuela;
- los adolescentes que abusan, suelen usar múltiples sustancias;
- pasados los años de la adolescencia y juventud sin el hábito de fumar y sin usar sustancias, menor es la probabilidad de uso futuro.

Discussão dos dados positivos com o paciente e com os pais: experimentação, uso mínimo e abuso

Se de fato o uso é ocasional “para divertir-se” ou em “festas”, sem alterações de conduta, o risco não é tão grande, mas o médico, como adulto responsável e interessado no bem-estar do adolescente, não precisa condenar o uso de forma moralista, mas descrever os riscos para a saúde.

Muitos jovens ficam indignados que seja perfeitamente aceitável o uso do álcool e do fumo pelos adultos, ao mesmo tempo em que se condena o uso de maconha por parte deles. Argumentam que o abuso destas “substâncias legais” tem um poder destrutivo infinitamente maior sobre a saúde da população do que o das “substâncias ilegais”. Esta questão exige uma posição firme e objetiva, isto é, que o abuso de todas as drogas (inclusive o fumo e o álcool) constitui um grave problema de saúde, tanto quanto o das demais substâncias, independentemente de tratar-se de legalidade ou ilegalidade.

Se o uso é esporádico e os pais têm condições de exercer alguma supervisão, pode ser suficiente o manejo por parte deles. Isso significa impor limites ao uso de substâncias, facilitar a participação do adolescente em atividades que o interessem e que favoreçam sua auto-estima e ajudá-lo a desenvolver novas amizades, para separar-se do grupo que o induz ao uso (esta é a tarefa mais difícil).

Abuso de substâncias ou farmacodependência

Necessidade de consultoria ou encaminhamento a um profissional especializado

Se existe uso de substâncias mais perigosas: cocaína, heroína e inalantes; em idade muito precoce (antes dos 14 anos); uso prolongado ou de grandes quantidades (poliabuso); em locais ou circunstâncias inapropriadas (escola, piscina, mar, rio, dirigindo algum veículo); uso acompanhado de tolerância, dependência ou síndrome de abstinência; fracasso escolar, abandono escolar, acidentes, envolvimento com a lei e tentativa de suicídio.

Tratamento do abuso de substâncias

O primeiro passo para um tratamento efetivo é a firme insistência dos pais sobre a necessidade de seu adolescente parar de usar drogas. Pode ser útil a participação de um profissional especializado para persuadir o adolescente. A intensidade do tratamento dependerá da severidade do caso. O local de tratamento dependerá do adolescente e de sua família. Os jovens que vivem em ambiente onde predomina o abuso de álcool e drogas deverão ser afastados desse meio, beneficiando-se de programas institucionais de reabilitação (clínicas especializadas). Aqueles que vivem em condições mais estáveis e reconhecem a necessidade de tratamento podem beneficiar-se com tratamento especializado ambulatorial. Os adolescentes farmacodependentes, em especial os mais jovens, que não respondem rapidamente, deverão ser encaminhados a programas especializados.

Como, em geral, há diversos tipos de tratamento com diferentes custos, é preciso fazer uma consulta especializada para estabelecer um plano prático que possa ser cumprido. Os programas mais exitosos têm as seguintes características: concordância na total abstinência, participação familiar e consultores especializados.

Métodos de tratamento

Uso recreacional (experimentação)

Educação: ajudar o adolescente e sua família a saberem sobre as ações e os efeitos maléficos do álcool, do fumo e das drogas. Utilizar para isto material educativo.

Discusión de los datos positivos con el paciente y con los padres: experimentación, uso mínimo y abuso

Si el uso es, de hecho, ocasional “para divertirse” o en “fiestas”, sin alteraciones de conducta, el riesgo no es tan grande, pero el médico, como adulto responsable e interesado en el bienestar del adolescente, no necesita condenar el uso de forma moralista, sino describir los riesgos para la salud.

Muchos jóvenes quedan indignados que sea perfectamente aceptable el uso del alcohol y del tabaco por los adultos, al mismo tiempo que se condena el uso de marihuana por su parte. Argumentan que el abuso de estas “sustancias legales” tiene un poder destructivo infinitamente mayor sobre la salud de la población que el de las “sustancias ilegales”. Esta cuestión exige una posición firme y objetiva, o sea, que el abuso de todas las drogas (inclusive el tabaco y el alcohol) constituye un grave problema de salud, tanto cuanto el de las demás sustancias, independientemente de tratarse de legalidad o ilegalidad.

Si el uso es esporádico y los padres tienen condiciones de ejercer alguna supervisión, puede ser suficiente el manejo por parte de ellos. Esto significa imponer límites al uso de sustancias, facilitar la participación del adolescente en actividades de su interés y que favorezcan su autoestima y ayudarlo a desarrollar nuevas amistades, para separarse del grupo que lo induce al uso (esta es la tarea más difícil).

Abuso de sustancias o farmacodependencia

Necesidad de consultoría o encaminar hacia un profesional especializado:

Si existe, uso de sustancias más peligrosas: cocaína, heroína e inhalantes; en edad muy precoz (antes de los 14 años); uso prolongado o de grandes cantidades (poliabuso); en locales o circunstancias no apropiadas (escuela, pileta, mar, río, conduciendo algún vehículo); uso acompañado de tolerancia, dependencia o síndrome de abstinencia; fracaso escolar, abandono escolar, accidentes, problemas con la ley e intentos de suicidio.

Tratamiento del abuso de sustancias

El primer paso para un tratamiento efectivo es la firme insistencia de los padres sobre la necesidad de su adolescente dejar de usar drogas. Puede ser útil la participación de un profesional especializado para persuadir al adolescente. La intensidad del tratamiento dependerá de la severidad del caso. El local de tratamiento dependerá del adolescente y su familia. Los jóvenes que viven en ambiente donde predomina el abuso de alcohol y drogas deberán ser apartados del mismo, beneficiándose de programas institucionales de rehabilitación (clínicas especializadas). Aquellos que viven en condiciones más estables y reconocen la necesidad de tratamiento pueden beneficiarse con tratamiento especializado en ambulatorio. Los adolescentes farmacodependientes, especialmente los más jóvenes, que no responden rápidamente, deberán ser orientados hacia programas especializados.

Como, en general, hay distintos tipos de tratamiento con diferentes costos, es necesario una consulta especializada para establecer un plan práctico que se pueda cumplir. Los programas que obtienen mejores resultados tienen las siguientes características: concordancia en la total abstinencia, participación familiar y consultores especializados.

Métodos de tratamiento

Uso recreacional (experimentación)

Educación: informar al adolescente y su familia sobre acciones y efectos maléficos del alcohol, tabaco y drogas. Utilizar para esto material educativo.

Aconselhamento: dialogar com o adolescente sobre sua vida e sobre o uso de substâncias.

Uso regular

Psicoterapia individual, familiar ou de grupo

Contrato de abstinência: fazer um acordo por escrito, comprometendo-se o adolescente a não usar drogas, a submeter-se a análises de urina para a detecção de substâncias e a aceitar os regulamentos do lar (privilégios e conseqüências) definidos pelo adolescente e seus pais.

Uso com preocupação constante

Grupos de auto-ajuda: participar regularmente das reuniões de "alcoólicos anônimos" ou "narcóticos anônimos".

Programa de hospitalização parcial em Centros Dia: participação, durante o dia ou turno, de terapia de grupo, programa familiar, terapia individual, ambientoterapia, atividades recreativas e, às vezes, escola.

Dependência química

Hospitalização aguda: desintoxicação e nível intermediário.

Programa residencial em Comunidades Terapêuticas: de longo prazo, programas terapêuticos continuados.

Quando Internar?

- Abuso de drogas compulsivo
 - Desenvolvimento anormal das atividades educacionais e sociais e na esfera vocacional e legal
 - Perigo iminente para a saúde mental ou física do paciente
 - Conduta anti-social persistente
 - Fracasso do tratamento ambulatorial
 - Alterações psicopatológicas que requerem controle da conduta e/ou medicação
 - Com contenção familiar e residência próxima, tratamento em Hospital-Dia. Sem estas condições, em Comunidade Terapêutica.
- (Adaptado do Manual de Medicina de la Adolescencia – Silber, Munist, Maddaleno y cols.)⁽¹⁰⁾

Prevenção

O Dr. Robert Du Pont, ex-diretor do Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos Estados Unidos,⁽⁷⁾ recomenda **10 Regras para os pais:**

1. Estabelecer um consenso familiar sobre o uso de substâncias: as regras devem ser comunicadas antes da puberdade. As crianças devem saber que seus pais esperam que na adolescência não fumem, não bebam, não usem maconha e outras drogas. Cada família deve estabelecer suas próprias regras, que devem ser repetidas com frequência.

2. Estabelecer penalidades pelo não-cumprimento das regras: as punições não precisam ser nem repressivas, nem excessivas e devem ser anunciadas previamente e mantidas de forma consistente. Pode ser útil estabelecê-las com a participação dos filhos, no começo de sua adolescência. Exemplos: perda de privilégios, restrição ao uso do telefone, "proibição de sair de casa", etc.

3. Dedicar algum tempo diário para conversar com os filhos a respeito do que está se passando em suas vidas, como se sentem e o que pensam. Deve-se deixá-los falar livremente, não é necessário ter respostas, mas escutá-los atentamente, respeitando suas experiências e sentimentos.

4. Ajudar os filhos a definirem objetivos pessoais: essas metas podem ser acadêmicas, esportivas e sociais. É importante ensinar os filhos a tolerar seus inevitáveis fracassos, que são oportunidades para crescer e não para desanimar.

Aconsejar: dialogar com el adolescente sobre su vida y el uso de sustancias.

Uso regular

Psicoterapia individual, familiar o de grupo

Contrato de abstinencia: hacer un acuerdo por escrito, comprometiéndose el adolescente a no usar drogas, a someterse a análisis de orina para la detección de sustancias y a aceptar los reglamentos del hogar (privilegios y consecuencias) definidos por el adolescente y sus padres.

Uso con preocupación constante

Grupos de autoayuda: participar regularmente de las reuniones de "alcoólicos anónimos" o "narcóticos anónimos".

Programa de hospitalización parcial en Centros Día: participación durante el día o parte, de terapia de grupo, programa familiar, terapia individual, ambientoterapia, actividades recreativas y, algunas veces, escuela.

Dependencia química

Hospitalización aguda: desintoxicación y nivel intermedio.

Programa residencial en Comunidades Terapéuticas: de largo plazo, programas terapéuticos continuados.

¿Cuándo internar?

- Abuso de drogas compulsivo
 - Desarrollo anormal de las actividades educacionales y sociales y en la esfera vocacional y legal
 - Peligro inminente para la salud mental o física del paciente
 - Conducta antisocial persistente
 - Fracaso del tratamiento en ambulatorio
 - Alteraciones psicopatológicas que requieren control de la conducta y/o medicación
 - Con contención familiar y domicilio cercano, tratamiento en Hospital-Dia. Sin estas condiciones, en Comunidade Terapêutica.
- (Adaptado del Manual de Medicina de la Adolescencia – Silber, Munist, Maddaleno y cols.)⁽¹⁰⁾

Prevenición

Dr. Robert Du Pont, exdirector del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos de Norteamérica,⁽⁷⁾ recomienda **10 Reglas para los padres:**

1. Establecer un consenso familiar sobre el uso de sustancias: las reglas deben ser comunicadas antes de la pubertad. Los chicos deben saber que sus padres esperan que, en la adolescencia, no fumen, no beban, no usen marihuana y otras drogas. Cada familia debe establecer sus propias reglas, que deben ser repetidas con frecuencia.

2. Establecer penalidades por el no cumplimiento de las reglas: las puniciones no precisan ser represivas, ni excesivas y deben ser anunciadas previamente y mantenidas de forma consistente. Puede ser útil establecerlas con la participación de los hijos, a principios de su adolescencia. Ejemplos: pérdida de privilegios, restricción al uso del teléfono, "prohibición de salir de casa", etc.

3. Dedicar algún tiempo diario para conversar con los hijos sobre lo que está ocurriendo en sus vidas, como se sienten y lo que piensan. Se debe dejarlos hablar libremente, no es necesario tener respuestas, sino escucharlos con atención, respetando sus experiencias y sentimientos.

4. Ayudar los hijos a definir objetivos personales: esas metas pueden ser académicas, deportivas y sociales. Es importante enseñar a los hijos a tolerar sus inevitables fracasos, que son oportunidades para crecer y no para desanimar.

5. **Conhecer os amigos dos filhos:** conhecer também os pais, encontrar-se com eles e compartilhar conhecimentos.

6. **Ajudar os filhos a sentirem-se bem com suas próprias qualidades e com seus pequenos ou grandes êxitos:** isto significa entusiasmar-se pelo que gostam.

7. **Deve haver um sistema estabelecido para a resolução de conflitos:** nem sempre os filhos estão de acordo com todos os regulamentos da casa. A melhor maneira de manter a autoridade é estar aberto aos questionamentos dos filhos. Um recurso útil é incluir a consultoria com uma pessoa respeitada por todos (outro membro da família, um médico, um vizinho, etc.).

8. **Falar freqüentemente e muito cedo com os filhos a respeito de seu futuro:** os filhos devem saber que o tempo que viverão com seus pais é limitado, pois se tornarão adultos, sairão de casa e, neste momento, deverão pagar suas contas e estabelecer suas regras. Enquanto estiverem na casa dos pais precisarão aceitar sua autoridade.

9. **Deve-se desfrutar dos filhos:** uma das maiores felicidades da vida é ter os filhos em casa. Tanto os pais quanto os filhos devem trabalhar para que o lar seja um ambiente positivo para todos. Isso significa trabalho de equipe e respeito mútuo.

10. **Ser um pai/mãe "intrometido/a":** é importante fazer perguntas aos filhos, onde e com quem estão. Esta informação é necessária para que sejam pais efetivos.

5. **Conocer los amigos de los hijos:** también conocer los padres, encontrarse con ellos y compartir conocimientos.

6. **Ayudar a los hijos a complacerse con sus propias calidades y con sus pequeños o grandes éxitos:** esto significa entusiasmarse por lo que les gusta.

7. **Debe haber un sistema establecido para la resolución de conflictos:** no es siempre que los hijos están de acuerdo con todos los reglamentos de la casa. La mejor forma de mantener la autoridad es estar abierto a los planteos de los hijos. Un recurso útil es incluir la consultoría con una persona respetada por todos (otro miembro de la familia, un médico, un vecino, etc.)...

8. **Hablar frecuentemente y muy temprano con los hijos respecto a su futuro:** los hijos deben saber que el tiempo que vivirán con sus padres es limitado, pues se harán adultos, saldrán de casa y, en este momento, deberán pagar sus cuentas y establecer sus reglas, y que mientras permanezcan en la casa de los padres necesitarán aceptar su autoridad.

9. **Hay que disfrutar los hijos:** una de las mayores felicidades de la vida es tener los hijos en casa. Tanto los padres cuanto los hijos deben trabajar para que el hogar sea un ambiente positivo para todos. Esto significa trabajo de equipo y respeto mutuo.

10. **Ser un padre/madre "metido/a":** es importante cuestionar los hijos sobre dónde y con quién están. Esta información es necesaria para que sean padres efectivos.

Abstract

The most recent data on the use of alcohol, tobacco and other drugs in Brazil is presented. Alcohol and tobacco are the substances most widely used and abused by adults.

Among junior high students in 10 Brazilian main cities, alcohol is also the most used substance (80.5% ever, 18.6 frequently), followed by smoking (28% ever, 5.3% frequently), inhalants (17.3% ever, 0.5% frequently), and cocaine (0.7% ever and 0.1% frequently).

The health professionals' role dealing with this problem is highlighted, as well as possible preventive measures.

An analysis of adolescence use describes why they experiment, who is at risk, risk factors, stages in the use of substances and the chronology of addiction.

A description of substances of abuse, tobacco, alcohol, cannabis, inhalants, cocaine, stimulants, hallucinogens, hypnotics, tranquilizers, antihistamines with antiparkinsonian agents opiates and narcotics, anabolic steroids, contaminants and semisynthetic substances, address this compositions, biological aspects, clinical presentation, tolerance, intoxication and abstinence syndrome.

The basic skills needed for the (clinical) pediatric assessment are tough: approach, confidentiality, diagnosis of use, of abuse, laboratory tests, need for consultation guidance and choice of treatment methods. Prevention is outlined in 10 rules for parents.

Adolescência Latinoamericana 1998;1(3): drug use and abuse; behavior; adolescence.

Os autores agradecem ao Professor Dr. Flávio Pechansky e à médica residente Ana Paula Silva de Barros, do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que revisaram e enriqueceram com suas sugestões este trabalho.

Bibliografia/Bibliografía

1. Alderman EN, Schonberg SK, Cohen MI. Participación del pediatra en el diagnóstico y tratamiento de las adicciones. *Ped Rev (Español)*. 1992; 13:271-73.
2. Brown RT, Coupey SM. Illicit drugs of abuse. *Adol Med State Art Rev* 1993; 4: 321-40.
3. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo) – 1987/1989/1993. Departamento de Psicobiologia – Escola Paulista de Medicina – São Paulo.
4. Committee on Adolescence, Committee on Bioethics, and Provisional Committee on Substance Abuse. Screening for drugs of abuse in children and adolescents. *Pediatrics* 1989; 84: 396-98.
5. Committee on Substance Abuse, 1992-1993. American Academy of Pediatrics. Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics* 1993; 91: 1010-013.
6. Cormerci GD. Office assessment of substance abuse and addiction. *Adol Med State Art Rev*, 1993; 4:277-94.
7. Du Pont R. Getting tough on gateway drugs: a guide for the family. Am Psychiatric Press Washington D.C., 1994.
8. Hawkins JD, Fitzgibbon JJ, Risk factors and risk behaviors in prevention of adolescent substance abuse. *Adol Med State Art Rev* 1993; 4:249-62.
9. Mc Donald DI. Substance abuse. *Ped Rev* 1988; 10: 89.
10. Maddaleno M, Munist M, Silber TJ y col. La salud del adolescente y del joven. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica n° 552. Washington DC, 1995.
11. Miller N, Cocores JA. Dependencia nicotínica – diagnóstico químico y tratamiento farmacológico. *Ped Rev (español)*. 1993;14:254-58.
12. Morgan JP. Anfetamina y metaanfetamina en la década del 90. *Ped Rev (español)*. 1993;13:309-12.
13. Oderich, GSC, Pechansky F et al. Consumo de bebidas alcoólicas em alunos de escolas públicas de Porto Alegre. *Rev AMRIGS* 1995;39:229-36.
14. Ramos SP et al. Proposta para uma política nacional de prevenção do consumo do álcool, tabaco e outras substâncias. Programa Valorização da Vida. Ministério da Educação – Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho – Fundação de Desenvolvimento da Educação – FNDE – Associação Brasileira de Estudo do Álcool e outras Drogas – ABEAD. Convênio n° 117/90.
15. Pechansky F. Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre. *J Bras Psiq* 1995; 44: 231-42.
16. Pechansky F, Barros FC. Problems related to alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brazil. *J Drug Issues* 1995; 25: 735-50.
17. Pechansky F, Soibelman M. O uso de substâncias psicoativas por alunos de uma escola privada de Porto Alegre. *Rev AMRIGS* 1992;36:114-19.
18. Rogers P, Adger Jr H. Alcohol and adolescents. *Adol Med State Art Rev* 1993; 4:295-304.
19. Schwartz RH. Testing for drugs of abuse: controversies and techniques. *Adol Med State Art Rev* 1993; 4:353-70.
20. Silber TJ, Munist M, Maddaleno M. y cols. Manual de medicina de la adolescência. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/ Paltex, 1992.
21. Silber TJ. Parental request for a drug test: what should the caring pediatrician do? *Clin Pediat* 1991; 30:643-45.
22. Slade J. Adolescent nicotine use and dependence. *Adol Med State Art Rev* 1993; 4:305-20.
23. Souza RP. Nossos adolescentes 3ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1996:69-82.
24. Wallauer AP, Bicca CHM, Salgado CAI et al. Transtorno por déficit de atenção com hiperatividade e abuso de drogas na adolescência. *R Psiquiatr RS* 1996;18 (supl):162-69.