

[Home](#) > (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)



El adolescente de alto riesgo y primeras causas de mortalidad

[Contenido](#)

Irene Sáez García

Pediatra - Médico de Adolescentes

República de Venezuela

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Dirección Materno Infantil
División de Salud. del Niño y Adolescente
Departamento de Salud del Adolescente

Contenido

[Programa atención integral de salud para el adolescente](#)

[Prologo](#)

[El adolescente en la sociedad](#)

[Perfil psico-social del adolescente](#)

[Metas psico-sociales del adolescente](#)

[Factores determinantes en el ajuste psico-social del adolescente](#)

[Adolescente de alto riesgo](#)

[Prevención del alto riesgo en adolescentes](#)

[Bibliografía](#)

[Adolescencia y accidentes](#)

[Situación estadística del problema \(2\) \(3\) \(4\) \(5\)](#)

[Áreas frecuentes de accidentes \(7\) \(8\) \(9\) \(10\) \(11\) \(12\) \(13\)](#)

[Lesiones causadas por accidentes](#)

[Factores de riesgo en accidentes de adolescentes](#)

[Prevención de accidentes](#)

[Bibliografía](#)

[Adolescencia y homicidios](#)

[Factores de riesgo](#)

[Adolescentes en situación social especial](#)

[Estrategias de intervención en la violencia interpersonal](#)

[Bibliografía](#)

[Adolescencia y suicidio](#)

[Conducta suicida](#)

[Factores de riesgo en suicidio](#)

[Síntomas usuales en adolescentes deprimidos](#)

[Diferencias entre gesto e intento suicida \(4\)](#)

[Datos estadísticos \(11\) \(13\)](#)

[Prevención del suicidio](#)

[Bibliografía](#)

[Adolescencia y drogas](#)

[Clasificación de las drogas](#)

[Datos estadísticos](#)

[Factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes \(15\) \(16\) \(17\) \(18\) \(19\)](#)

[Cambios en el adolescente asiduo a drogas](#)

[Diagnósticos clínicos relacionados con drogas](#)

[Evaluación del adolescente que utiliza drogas](#)

[Bibliografía](#)

[Indice - Siguiente](#) ➤

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Programa atención integral de salud para el adolescente

COORDINACION GENERAL

Dr. Manuel Alvarez Gómez

Director Materno Infantil. M.S.A.S.

Dra. Irene Saez García

Jefe de División de Atención al Niño y Adolescente. Dirección Materno Infantil. M.S.A.S.

ASESOR DEL PROGRAMA

Dra. Enriqueta Sileo E.

Jefe del Servicio de Adolescentes del Hospital J. M. de los Ríos.

AUTOR DE LA PRESENTE PUBLICACION

Dra. Irene Sáez García

ASESOR DE LA PRESENTE PUBLICACION

Dr. José Manuel Abad

Profesor de la Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela.

APOYO TECNICO Y FINANCIERO

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

SECRETARIA

Srta. Carmen Messuti

Dpto. Salud del Adolescente. D.M.I. M.S.A.S.

La presente publicación forma parte del material educativo editado por la Dirección Materno Infantil en cooperación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, dirigido al Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente.

Títulos publicados:

- Normas y Funciones del Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente en Venezuela.
- La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad.
- Sexualidad en la Adolescencia
- Los Adolescentes Actuando por su Salud en Autoestima, Comunicación, Asertividad, Toma de Decisiones y Resistencia a Presión Grupal.
- Medicina del Adolescente: Aproximación al Adolescente Sano.
- Medicina del Adolescente: Aproximación al Adolescente Enfermo.
- El Adolescente de Alto Riesgo y Primeras Causas de Mortalidad

[Indice - Siguiete](#) ➤

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Prologo

Nuestro inolvidable Maestro, Padre de la Pediatría Nacional, Dr. Pastor Oropeza, con su proverbial elocuencia y sabiduría, nos instaba siempre a escribir, a plasmar en un documento el producto de nuestra experiencia, enriquecida con la búsqueda de otras fuentes del saber, del tema o acontecer tratado, lo cual permite ampliar la Bibliografía Nacional, sirviendo eficientemente a la Docencia

Ya lo decía el Profesor Oropeza: "Solamente los caminos del bien, de la verdad, de la belleza y de la justicia, conduce a Dios".

Irene Sáez García, ilustre Pediatra y Sanitarista, especializada en Adolescencia, que comparte conmigo responsabilidades en la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, ha tenido la gentileza de solicitarme el Prólogo para este importante trabajo del "Adolescente de Alto Riesgo y Primeras Causas de Mortalidad".

Sensibilizado como estoy sobre la problemática actual en nuestro país del Adolescente, y la necesidad de que la Dirección Materno Infantil desarrolle su Programa de Salud Integral del Adolescente, encuentro en la persona de la Dra. Sáez, al profesional ideal para la acción en este campo, porque quien es sensibilidad, eficiencia, lealtad, y sabe buscar anhelados caminos de superación, llega siempre a la meta, al objetivo perseguido.

El presente trabajo servirá indudablemente a nuestra generación profesional de importante guía, por lo cual felicitamos a su autora y le recomendamos calurosamente seguir los sabios consejos, que comparto, del Maestro Oropeza.

Dr. Manuel Alvarez Gómez
Director Materno Infantil

Los Adolescentes que huyen de la vida en la inutilidad de un trágico estallido son... existencias de un instante, pétalos dispersos en el abismo, melodías tapiadas en la bruma, sonrisas vagando en el viento, pensamientos rotos sin destino, nostalgias de esperanzas perdidas. . . Hoy, mañana y siempre.

Irene Sáez G.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

El adolescente en la sociedad

[Perfil psico-social del adolescente](#)

[Metas psico-sociales del adolescente](#)

[Factores determinantes en el ajuste psico-social del adolescente](#)

[Adolescente de alto riesgo](#)

[Prevención del alto riesgo en adolescentes](#)

[Bibliografía](#)

La adolescencia es definida sociológicamente como el periodo transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma. Es una etapa crucial en la vida del ser humano, donde se fundamentan las bases de su estructura personal definitiva.

La conceptualización de la adolescencia tiene amplias variaciones a nivel mundial, la cual se aprecia cuando se analizan las diferencias existentes entre las sociedades modernas, muy tecnificadas, donde est e periodo se alarga hasta que se culminan ciertos logros

determinados por las condiciones políticas, económicas, oportunidades de estudio, de conseguir vivienda, etc.; en comparación con las sociedades mas tradicionales, muy consecuentes con su costumbres ancestrales, donde la adolescencia se acorta notoriamente ya que al llegar a la pubertad se le asignan responsabilidades de adulto, como sucede en las culturas indígenas.

Es por todo lo anterior que la adolescencia socialmente debe entenderse dentro del amplio contexto de lo histórico, político, cultural, religioso, económico y étnico; donde las tensiones del individuo, originadas por los cambios físicos y psicológicos propias de la edad, emergen de complicados ajustes para enfrentar su acoplamiento social en estructuras deficitarias para sus expectativas. (1) (2) (3)

Perfil psico-social del adolescente

Los cambios en la adolescencia son parecidos y tipificados en general para el grupo, pero con expresiones particulares de la individualidad y el ambiente socio-cultural que lo circunde. (3) (4)

Las características mas usuales en esta edad son:

- ***Tendencia a estar en grupos con otros adolescentes:*** en la búsqueda de su identidad, y

es así que se viste, habla y se conduce según las normas del grupo que ayuda a reforzar su yo.

- ***Necesidad de intelectualizar y fantasear:*** Piensa y analiza la información que recibe, para sacar sus propias conclusiones; la imaginación tiene alas de libertad, lo cual hace que se distraiga con frecuencia.
- ***Crisis religiosa y política:*** analiza, duda y cuestiona todos los conceptos religiosos inculcados en la niñez, y la organización político-social en que vive.
- ***Desubicación temporal:*** el tiempo tiene perspectivas de acuerdo a sus intereses, hay un inmediatez acuciante o un postergar indefinido. Todo es "ahora o nunca" o "hay tiempo para todo".
- ***Constantes variaciones del estado anímico:*** alternativamente en un momento está de mal humor y pocos minutos después muy alegre, desbordando entusiasmo que revela la situación conflictiva de su mundo interno.
- ***Evolución su identidad sexual*** se define en un proceso que lo lleva a explorar desde el auto-erotismo (masturbación) y experiencias ocasionales con adolescentes de su mismo sexo, hasta llegar a la definición sexual, donde se establece su preferencia por el sexo opuesto (heterosexualidad).
- ***Actitud social reivindicatoria:*** reclama de los adultos una conducta coherente con lo que expresan, por lo que cuestiona "todo y a todos" Además, el adolescente se inicia en la toma de conciencia social, a la que desea mejorar con su participación activa, y es por esto fácilmente conquistado por partidos políticos, sectas religiosas, grupos de voluntarios, etc., que le ofrezcan un horizonte que él considere diferente.

- ***Manifestaciones conductuales contradictorias:*** cambia de opinión y conducta en una secuencia rápida de acuerdo a su circunstancia e intereses.
- ***Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad:*** donde el piensa que puede experimentar con todo y sin peligro, ya que solo los demás están expuestos a riesgo de enfermedad o muerte.

Metas psico-sociales del adolescente

El desarrollo personal del adolescente está determinado por sus logros en áreas específicas que sustentan las bases para una adultez armónica y equilibrada (5) (6) (7)

Las áreas específicas son en referencia a:

Cambios puberales

- **Aceptar y sentirse bien con los cambios físicos (estructurando una adecuada imagen corporal).**
- **Desarrollar una sexualidad sana en identidad, conducta, afectividad y todos los aspectos involucrados.**

Independencia

- **Disminuir dependencia emocional de los padres, sin deterioro de la vinculación afectiva**
- **Definir su profesión.**
- **Encaminar su estabilidad económica.**
- **Pensar en la responsabilidad de su vida futura.**

Relación social

- **Desarrollar capacidad de colaboración humana .**
- **Establecer relación heterosexual.**
- **Contribuir al desarrollo positivo de la sociedad.**

Area intelectual

- **Iniciar etapa de las operaciones formales**
Desarrollo de:
 - **Pensamiento reflexivo fuera del presente**
 - **Elaboración de teorías**
 - **Pensamiento hipotético deductivo**
- **Aumentar el razonamiento verbalizado**
- **Establecer su identidad**

- **Desarrollar escala de valores**
- **Razonar sus acciones y consecuencias**

Factores determinantes en el ajuste psico-social del adolescente

- ***Factores familiares:*** la estructura y ambiente familiar, con sus particulares características, pueden contribuir al desarrollo sano del adolescente con factores protectores de salud integral, o determinar factores generadores de daño al adolescente que se perpetúan en la edad adulta. Estos factores involucran (8) (9) (10).
 - **Estructura de familia (padres presentes o ausentes).**
 - **Comunicación familiar (frecuencia, amplitud).**
 - **Crisis de la edad adulta (de los padres y su manejo intrafamiliar) .**
 - **Conflictos familiares (violencia, abuso sexual).**
 - **Ejemplo familiar (hábitos, drogas, etc.)**
 - **Situación económica-social que determina otras oportunidades.**
 - **Normas éticas y morales (flexibles-estrictas-muy permisivas).**

Factores sociales: el tipo de integración que el adolescente efectúe en la sociedad, depende de las características que actualmente la definen: (11) (12) (13) (14)

- **Ejemplo moral y ético: que promueve el abandono de principios y una visión ambigua ajustada a intereses mezquinos, además de la tolerancia a la corrupción con una justicia mediatizada.**
- **Presión negativa por otros adolescentes para que actúe según deseos del grupo.**
- **Doble cara social para juzgar la conducta adolescente: permisiva por un lado y destructivamente crítica por otro.**
- **Cambios determinantes por la urbanización, migración y turismo; con su innegable influencia en las oportunidades y ambiente del adolescente.**
- **Prolongación del periodo de educación formal que aunado a la situación de escasas oportunidades educacionales y laborales, prolongan la dependencia económica**
- **Valores sociales: que promuevan el dinero, el placer, la satisfacción inmediata, la prepotencia del poder, etc., por encima de la justicia, lealtad, honestidad y principios morales.**
- **Facilidad de comunicación, viajes y turismo; pero para una determinada clase social de adolescentes de alto poder adquisitivo.**
- **Medios de comunicación social: con la promoción de violencia, sexo, ideales negativos, consumismo y utilización de jóvenes con su imagen de salud, belleza y energía, para promocionar drogas (alcohol, cigarrillos, etc.)**
- **Expansión del comercio de drogas a nivel mundial.**
- **Explosiones de violencia social, donde los adolescentes son protagonistas involucrados en la situación económica-político-social.**
- **Situación alto índice de pobreza, que es el terreno donde germina la prostitución, la**

delincuencia y la violencia social.

- Países con clima bélico: guerra, guerrillas, terrorismo, etc.

En resumen, un mundo de contrastes, donde los avances en las comunicaciones, la ciencia, la democracia participativa y la creciente valorización de los derechos humanos; contrasta con la incertidumbre del adolescente en su propio futuro.

Conducta de alto riesgo en el adolescente

Es cuando la persona entre 10 y 19 años dirige su vida por un patrón de acciones (iniciadas en la adolescencia o en la infancia) que implican peligro a corto o largo plazo para su bienestar físico, mental, social y espiritual.

Los aspectos involucrados en el alto riesgo de adolescente son múltiples; interactúan los procesos propios del adolescente y los factores predisponentes de su infancia, aunados al proceso determinante del medio ambiente familiar y social (pasado y actual), donde participan en este último también los aspectos económico, político, cultural, religioso, histórico y étnico.

Adolescente de alto riesgo

Factores predisponentes y determinantes

Adolescente de alto riesgo

Factores predisponentes

Problemas

Genético, hormonales, nutricionales, afectivos, perceptuales, cognoscitivos, rol sexual, autoestima, raza, percepción del riesgo.

Características bio-psicológicas del adolescentes

Cambios puberales, proceso de independendencia, desarrollo intelectual, variaciones anímicas.

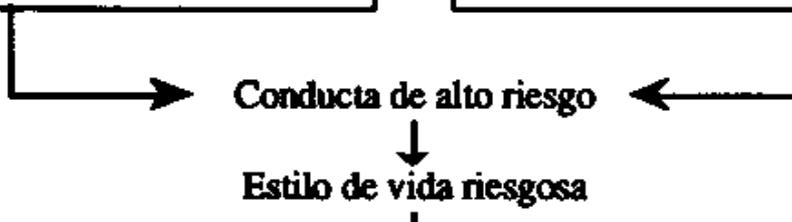
Factores determinantes

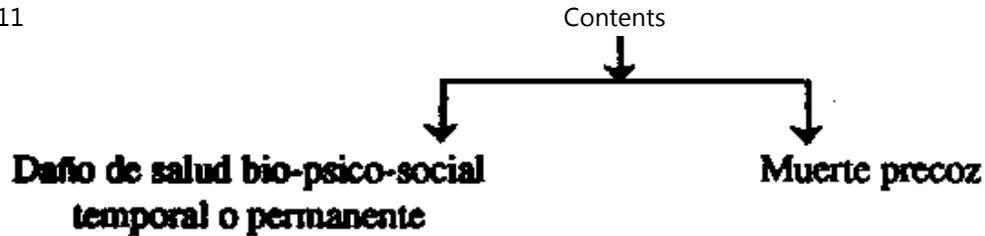
Problemas familiares

Familia disociada, mal ejemplo familiar, violencia, abuso, mala comunicación, pobreza crítica o extrema, muy permisivas o estrictas.

Problemas sociales

Presión negativa de grupo, doble moral, urbanismo, migración, acceso fácil a drogas, situación socio-política, valores distorsionados, influencia negativa de medios de comunicación social.





Las conductas de alto riesgo que se relacionan con los mayores índices de mortalidad son las involucradas con los problemas de: (5) (6) (13) (15) (16)

- ***Muertes violentas***

Accidentes de todo tipo.	(1 ^a causa de mortalidad)
Suicidios	(2 ^a causa de mortalidad)
Homicidios	(2 ^a causa de mortalidad)

Que tienen directa relación con otros problemas no detectados a tiempo.

- ***Uso, abuso y adicción a drogas***

Tabaco
Alcohol

Otras drogas: Marihuana, Cocaína, Heroína, Inhalantes, etc.

Que generalmente también interactúan con los problemas de:

- ***Salud reproductiva***

Inicio temprano de la actividad sexual

Embarazo precoz. (3ª causa de mortalidad en mujeres de 15-19 años)

Enfermedades de transmisión sexual clásicas y SIDA.

Cáncer de cuello uterino.

El alto riesgo en la salud bio-psico-social del adolescente también debe contemplar a los que se encuentran en determinadas condiciones sociales, que los hacen altamente vulnerable a un daño mayor o muerte.

- ***Adolescentes en situación social especial o en circunstancias difíciles***

El adolescente de la calle:

(menor abandonada) en situación precaria bio-psico-afectiva-social .

El adolescente emancipado:

sus padres han renunciado a su custodia y es capaz de sostenerse por si mismo.

El adolescente con problemas graves de desarraigo: refugiados, inmigrantes.

El adolescente con problemas legales: delincuentes, presos, institucionalizados, indocumentados.

Prevención del alto riesgo en adolescentes

Estrategias de abordaje

1. Aplicación del criterio de enfoque de riesgo

Enfoque de riesgo: es la aplicación del criterio de dirigir esfuerzos a la población más vulnerable de sufrir daños de salud, de acuerdo a la conducta o situación detectada como peligrosa. (17)

Clasificación del riesgo en adolescentes

Para la mejor orientación y tratamiento del adolescente por parte del médico y los otros miembros del equipo de salud interdisciplinario, se deben aplicar los criterios de riesgo. (18)

Criterios de riesgo psico-social:

Tabaquismo

Alcoholismo

Uso y abuso de otras drogas

Problemas graves de ínter-relación familiar

Fugas frecuentes del hogar

Aislamiento

Depresión

Gesto suicida

Conducta delictiva

Conducta agresiva

Actividad sexual temprana

Bajo rendimiento escolar y repitencia

Desmembramiento familiar

Analfabetismo del adolescente

Desempleo del jefe del hogar por un lapso mayor de 6 meses

Es indicativo de alto riesgo

- **La presencia sola de alcoholismo catalogado como moderado o grave, uso y abuso de otras drogas, conducta delictiva, aislamiento, depresión, gesto suicida, actividad sexual**

temprana, fugas frecuentes del hogar y analfabetismo del adolescente.

- **O la presencia de 2 o más de los factores señalados.**

2. Promoción de la atención en salud integral para el adolescente, lo cual se conceptualiza como el logro de su bienestar que se sustenta en un nivel óptimo de salud y seguridad social que incluye adecuada educación, nutrición, vivienda, oportunidad de trabajo, recreación, opciones para el uso del tiempo libre, derecho a participar, a disfrutar de paz social, de recibir buenos ejemplos y de adquirir escala de valores que les permita superarse como individuos.

3. Atención integral para el adolescente, fundada en toda la dimensión de la prevención, la cual incluye la prevención primaria, secundaria y terciaria. (2) (5) (16) (18)

Prevención primaria

Promoción de factores protectores generales y específicos que evitan o controlan los factores de riesgo que pueden ocasionar problemas de salud a corto o largo plazo. Este aspecto es muy importante en relación a estilos de vida, enfermedades crónicas y aspectos psico-sociales.

Factores protectores generales

Ejemplo:

Saneamiento ambiental.

Buenos hábitos nutricionales.

Ejercicio físico.

Ocupación positiva del tiempo libre.

Información adecuada y oportuna sobre:

- **Sexualidad**
- **Embarazo**
- **Uso y abuso de drogas**
- **Prevención de accidentes**
- **Etc.**

Apoyo a la integración y buena dinámica familiar

Desarrollo de:

- **Autoimagen**
- **Autoconcepto**
- **Autoestima**
- **Autocontrol**
- **Toma de decisiones**

Fomento de escala de valores personales, familiares y sociales acordes con niveles óptimos

de desarrollo espiritual.

Oportunidad de estudio y trabajo digno.

Acceso a servicios de salud de buena calidad.

Legislación protectora de menores

Factores protectores específicos

Ejemplo:

Medidas preventivas contra accidentes viales: uso de cinturón de seguridad, uso de casco protector, respeto a señales de tránsito, respeto a normativa legal sobre edad para conducir, etc.

Otras: medidas preventivas en salud reproductiva, en uso y abuso de drogas, en nutrición, en salud oral, etc.

Prevención secundaria

Prevención para que el problema de salud ya iniciado no se agrave o complique con otros factores mediante un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Prevención terciaria

Prevención para evitar la muerte o secuelas como consecuencia de un problema de salud

que no se detuvo en los otros niveles de prevención mediante atención, en servicios de alta complejidad y con toda el apoyo intersectorial y social.

4. Enfatización en otros aspectos

- **Fomento de servicios de atención integral al adolescente, donde se atienden sus diferentes problemas en el orden bio-psico-social.**
- **Capacitación adecuada del equipo de salud, y que en un trabajo integrativo e interdisciplinario hagan un abordaje individual y comunitario ajustado a las necesidades de los adolescentes.**
- **Aplicando el enfoque holístico a todas las áreas consideradas como riesgosas para la salud del adolescente.**
- **Promoviendo la acción interinstitucional, para brindar la orientación y las oportunidades que ameritan los adolescentes en situación social especial o en circunstancias difíciles.**
- **Promoviendo la acción interinstitucional para el fomento de estilos de vida saludables.**
- **Promoviendo la importancia del estilo de vida saludable que determine conductas que alejan el riesgo de daño (temporal o permanente) o la muerte temprana y trabajando con el adolescente los temas relacionados con: crecimiento y desarrollo, creatividad, autoestima, autocontrol, juicio crítico, toma de decisiones, sensibilidad, afectividad, plan de vida, educación, valores morales, valores espirituales, sexualidad.**
- **Dirigiendo acciones que favorezcan la participación activa de los propios adolescentes**

en la responsabilidad de cuidar su propia salud y la de otros miembros de su familia y comunidad.

En conclusión:

Hay que pensar que la acción social debe ser intersectorial, indispensablemente para que los adolescentes tengan oportunidad de desarrollar todo su potencial de capacidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales; que la permitan una realización plena como individuos y una contribución efectiva para una sociedad mejor.

Bibliografía

- 1. Friedman H. Los adolescentes en la sociedad. XIX Congreso de Pediatría París (Francia). Julio 1989.**
- 2. Strasburger V, Greydanus D. Adolescent Medicine. The at-risk adolescent. Philadelphia (U.S.A.). Febreo 1990. Vol. 1.**
- 3. Barrera MG. El adolescente y sus problemas en la práctica Monte Avila Editores. Caracas (Venezuela). 1987.**
- 4. Knobel M. Síndrome de adolescencia normal. VIII Congreso Internacional de Pediatría Caracas (Venezuela). 1987.**

- 5. La salud del adolescente y el plan de las Américas. OMS/OPS. Publicación 489. Washington (U.S.A.). 1985.**
- 6. Urzúa F. Documento para la reunión de consulta sobre salud adolescente. OPS/OMS. Washington (U.S.A.) Enero 1989.**
- 7. Neinstein L. Psychosocial development in normal adolescents. Adolescents health care. Urban y Schwarzenberg. Baltimore - Munich. 1990.**
- 8. Friedman H. La salud adolescente: Promesa y paradoja. OMS. Ginebra (Suiza)?**
- 9. Friedman H. Salud del adolescente ¿de quién es la responsabilidad?. V Congreso de Sociedades y Asociaciones Pediátricas de Africa. Kenia Marzo 1990.**
- 10. Muller J. Juventud y Salud: Dimensión Moral. Foro Mundial de la Salud. OMS. Ginebra (Suiza). 1989; Vol. 10, N. 3.**
- 11. Neuhaus S. Fracaso adolescente y sometimiento familiar. Editorial Universidad Simón Bolívar. Caracas (Venezuela) 1986.**
- 12. Recagno V. Hábitos de crianza y marginalidad. Ediciones de la Facultad de Humanidades. U.C.V. Caracas (Venezuela) 1982.**

- 13. Jaimes V. La reeducación: Diseño del problema juvenil. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. U.C.V. Caracas (Venezuela) 1974.**
- 14. Osorio L. Adolescente Hoje. Artes Médicas. Porto Alegre (Brasil) 1989.**
- 15. Sáez García I. Atención integral del adolescente en los SILOS. Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en Venezuela. Material de Apoyo N. 5. MSAS/OPS/OMS. Caracas (Venezuela) Noviembre 1990.**
- 16. Sáez García I. La salud del adolescente y la acción en la comunidad. Publicación M.S.A.S./OMS/OPS. Caracas (Venezuela) Noviembre 1991.**
- 17. OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Palle, Nº 7.**
- 18. Normas del programa atención integral de salud para el adolescente en Venezuela. Dirección Materno Infantil. M.S.A.S. Marzo 1991.**
- 19. Christopherson E. Prevención de Atención Primaria. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1986. Vol. 4.**
- 20. Noguera C. El adolescente caraqueño. Fondo Editorial de Humanidades y Educación. U.C.V. Caracas (Venezuela) 1989.**

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Adolescencia y accidentes

[Situación estadística del problema \(2\) \(3\) \(4\) \(5\)](#)

[Áreas frecuentes de accidentes \(7\) \(8\) \(9\) \(10\) \(11\) \(12\) \(13\)](#)

[Lesiones causadas por accidentes](#)

[Factores de riesgo en accidentes de adolescentes](#)

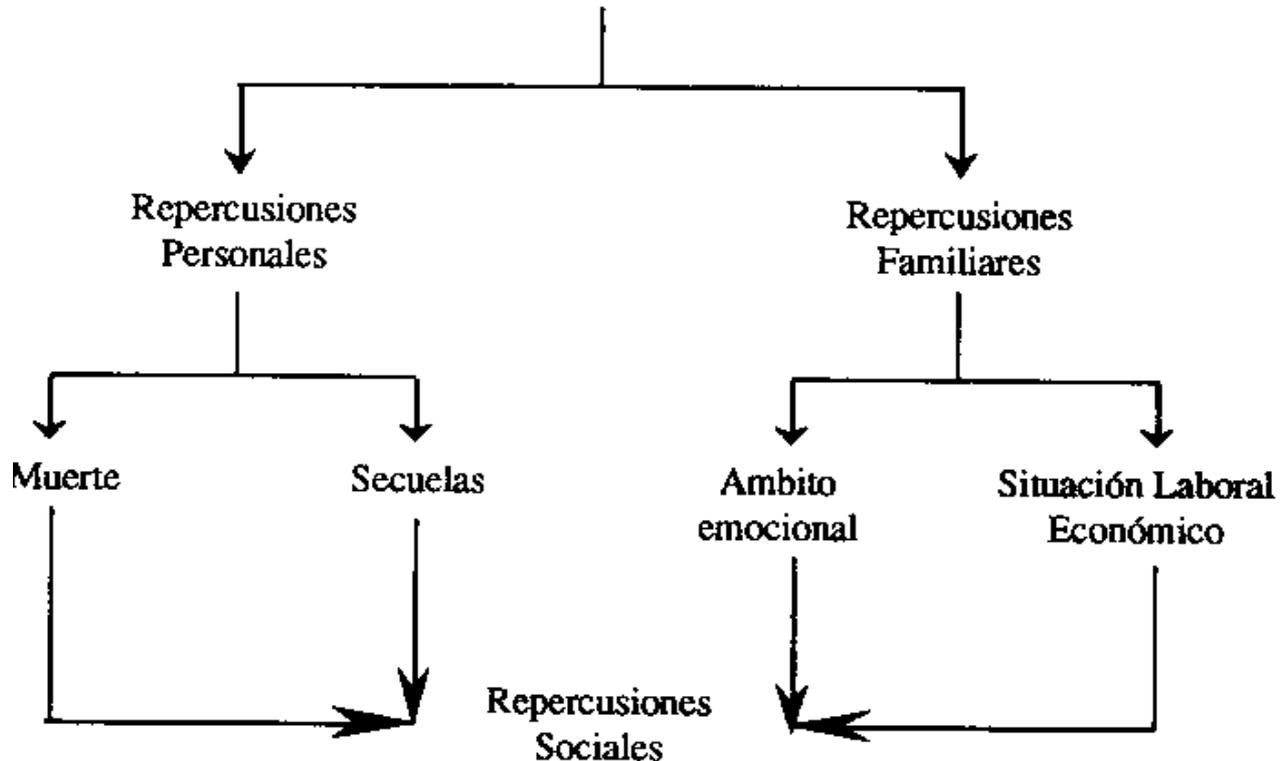
[Prevención de accidentes](#)

[Bibliografía](#)

Accidentes es el problemas de mayor incidencia en la mortalidad del adolescente; con repercusiones de gran impacto en el ámbito personal y familiar que se refleja en la dinámica social y económica. (1)

Accidentes en adolescentes

Accidentes en adolescentes



La repercusiones personales pueden ser la pérdida de la vida o secuelas físicas y psicológicas, temporales o permanentes que inciden sobre la prosecución académica o

laboral; a lo anterior se une las repercusiones familiares en el ámbito emocional como dolor, preocupaciones, angustia que inciden en el cumplimiento laboral y además deben afrontar gastos económicos inesperados y altos por el costo de invalidez y rehabilitación.

Situación estadística del problema (2) (3) (4) (5)

Es la primera causa de mortalidad de 10-19 años en los dos sexos y a nivel mundial causa del 50% de muertes de 10-19 años.

Causas mas frecuentes

- **50% es por accidentes viales: vehículos a motor (chofer y ocupantes), motocicletas, peatones, ciclistas.**
- **Caídas**
- **Ahogamientos**
- **Heridas por arma de fuego**
- **Envenenamiento**
- **Quemaduras**
- **Ataque ofídico**
- **Maquinaria e instrumentos cortantes**

Distribución aproximada por sexo

	Hombre	Mujer
Accidentes viales	4	1
Caídas	2	1
Ahogamientos	5	1
Heridas por arma de fuego	10	1
Quemaduras	2	1
Envenenamiento	3	1
Ataque ofídico	3	1

Relación: tiempo y número de lesionados por accidentes viales

Cada 8 minutos: 1 lesionado por accidente vial.

Cada 30 minutos: 1 hospitalizado por accidente vial.

Cada 2 horas: 1 muerto por accidente vial.

Proporción: muertos/lesionados

Por cada muerto: 10 - 15 lesionados graves.

Por cada muerto: 30 - 40 lesionados leves.

Morbilidad

50% de las lesiones graves de médula espinal, retardo mental no congénito y epilepsia, son secuelas de accidentes de tránsito.

Areas frecuentes de accidentes (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13)

El adolescente generalmente dispone de un variado campo de acción y en la necesidad de desplazarse, los accidentes viales ocupan el primer lugar.

Areas viales

Principalmente los relacionados con vehículos a motor (pasajero-conductor-peatón) autos y motos, además de los accidentes de ciclistas.

Area casera

Los accidentes y muertes son de múltiple etiología, pero los más frecuentes son por arma de fuego, quemaduras (incendios, escaldaduras, por contacto y electricidad), intoxicación por gas, ahogamiento y caídas.

Area académica

Las de mayor incidencia son las relacionadas con el área deportiva, construcciones, laboratorios y vehículos de transporte.

Area laboral

Los adolescentes empleados en oficios que implican manejos de máquinas, instrumentos cortantes, construcciones, manejo de productos industriales potencialmente tóxicos y otras áreas de alto riesgo.

Lesiones causadas por accidentes

Síndrome de lesión

Es necesario evaluar el hecho de que los accidentes tienen diferentes factores involucrados que determinan la consideración de la lesión; incluso es necesario revisar situaciones tales como que un accidente leve para una persona, a otra le puede ocasionar la muerte.

Los aspectos a tomar en cuenta en el Síndrome de lesión son:

- **Etiología del accidente**
- **Factores del huésped**

- **Circunstancia ambiental**

que van a determinar las características de la lesión y sus consecuencias de muerte o secuelas.

La atención que demandan los accidentes según la gravedad de lesiones, es explicada por diferentes modelos y uno de los más aceptados es el "Modelo Iceberg", de diseño piramidal: vértice (muertes), área media (hospitalizaciones), base amplia (tratamiento ambulatorio). (8)

Síndrome de lesión

SINDROME DE LESION



MODELO ICEBERG

FUENTE: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1. 1985.

FUENTE: Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1. 1985.

Lesiones relacionadas con vehículos a meter

- **Fracturas: extremidad superior. extremidad inferior, cara, cráneo, raquis, costillas.**
- **Esguinces.**

- **Heridas abiertas y aplastamiento: cara, cráneo, extremidades.**
- **Contusiones, abrasiones: extremidades, cara.**
- **Hemorragia interna.**
- **Lesión cerebral: conmoción, contusión.**
- **Secuelas de lesiones graves:**
 - **En médula espinal**
 - **Retardo mental**
 - **Epilepsia**
 - **Miembros seccionados (mutilaciones)**
 - **Cicatrices deformantes**
 - **Limitaciones funcionales**
 - **Enucleación ocular**
 - **Repercusiones psicológicas:**
 - **Fobias**
 - **Depresión**
 - **Otros problemas**

Factores de riesgo en accidentes de adolescentes

Los factores que a continuación se señalan como predisponentes en el riesgo de accidentes,

generalmente interactúan y muchos de ellos según la circunstancia son determinantes para la realización del hecho trágico. (2) (16) (17)

Factores personales

1. *Los propios de la etapa adolescente*

- **Falta de inhibiciones y deseo de nuevas experiencias y emociones que él considera únicas.**
- **Sentimientos de omnipotencia (que lo hacen creer que todo lo puede hacer) y de invulnerabilidad (sin peligro de muerte).**
- **El deseo de demostrar que es independiente y valiente.**
- **El proceso de búsqueda de identidad, que lo lleva a buscar "modelos" que imitar en otros adolescentes y adultos.**
- **La inhabilidad psicomotora propia de un organismo en pleno crecimiento, que condiciona respuestas lentas o torpes, antes situaciones de emergencia que lo predisponen a accidentes.**

2. *Psicopatologías que determinan conductas de autodestrucción, tendencia a accidentes (más de 3 al año, deben originar alerta y evaluación por parte del equipo de salud).*

3. *Uso y abuso de drogas:* alcohol y otras drogas se implican en gran porcentaje de

accidentes verdaderos y en para-suicidios (suicidios enmascarados como accidentes).

4. *Preferencia de conducción nocturna, y los días viernes y sábados.*

Factores familiares

- **Familias con excesiva permisividad y que violentan legislaciones sobre edad para conducir.**
- **Ejemplos familiares de conducta peligrosa.**
- **Falta de medidas preventivas en el vehículo y hogar.**

Factores sociales

- **Presión grupal que induce a descartar medidas preventivas en diferentes áreas y que motiva conductas peligrosas.**
- **Mala señalización y condiciones viales.**
- **Falta de vigilancia en el respeto a la normativa legal para conducir, con respeto a la edad.**
- **Venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.**
- **Malas condiciones de seguridad laboral.**
- **Falta de legislaciones que reglamenten acciones preventivas. (Ejemplo: uso del cinturón de seguridad).**
- **Falta de apoyo a las acciones preventivas de organismos oficiales.**

- **Ignorancia de la magnitud del problema. La mayoría de las adolescentes desconocen que accidentes es la primera causa de mortalidad en esa edad.**

Prevención de accidentes

Es la estrategia más eficaz para enfrentar la problemática de accidentes en adolescentes, enfatizando la prevención primaria (promoción de prevención de factores causales), sin descuidar la prevención secundaria (prevención de agravamiento, con tratamiento adecuado), ni la terciaria (prevención de mayores secuelas con rehabilitación). (2) (16) (17) (18)

Prevención de accidentes viales

- **Uso del cinturón de seguridad**
- **Chequeo periódico del vehículo**
- **Respeto a las señales de tránsito**
- **Respeto a la velocidad límite**
- **Respeto a la edad legal para manejar**
- **Acondicionamiento vial y de señalización**
- **Uso del casco craneal en motorizados, ciclistas y patinadores**
- **Evitar siempre uso y abuso de drogas**
- **Estimular a fabricantes de automóviles para que instalen bolsas de aire en todos los**

vehículos y diseñar tableros de mando que no sean factor de mayor daño humano en las colisiones.

- **Estimular el uso del transporte público debido a que:**
 - **El número de muerte por pasajero/milla es 10 veces mayor en pasajeros de automóviles que de autobuses.**
 - **20 veces mayor en pasajeros de automóviles que de trenes o aviones comerciales.**
- **Evitar la conducción nocturna y los días de mayor incidencia de accidentes (viernes y sábado).**
- **Toque de queda para menores de edad.**
- **Capacitación del equipo de salud.**
- **Campañas educativas de proyección masiva.**

Prevención en otras áreas

- **Promover y legislar seguridad industrial.**
- **Promover y legislar seguridad laboral.**
- **Promover seguridad en sitios de recreación.**
- **Promover seguridad en el hogar.**
- **Instalar en el hogar, escuela, sitios de trabajo, detectores de humo y extintores en**

buenas condiciones.

- **Simulacros educativos de acción en casos de emergencia.**
- **Educación para manejar productos inflamables.**
- **Vigilar cumplimiento a legislación de armas de fuego.**
- **Educación en prevención a los niños y adolescentes.**
- **Programas educativos dirigidos a la familia y la comunidad.**

Conclusión

El equipo de salud ha de asumir individual y colectivamente su responsabilidad de estar informados y de informar para que se ejerza la prevención en todos los niveles de la muerte e invalidez de nuestros adolescentes.

Bibliografía

- 1. Paulson J. Injuries the leading cause of morbidity and mortality in adolescent. The ar-risk adolescent. February 1990. Vol. N° 1.**
- 2. Crespo D. Visión panorámica de los diferentes riesgos en el campo de los accidentes y hechos violentos en Venezuela Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. División de Seguridad y Prevención de Accidentes y Hechos Violentos. Caracas, Junio 1990.**
- 3. División de Estadísticas. M.S.A.S. Venezuela 1991.**

- 4. D'Angelo L. Morbilidad y Mortalidad de los adolescentes y jóvenes en EE.UU. La salud del adolescente y el joven de las Américas. OPS. 1985. Publicación Científica N° 489.**
- 5. Neinstein L. Adolescent health care. 2nd ed. Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1991.**
- 6. Zuckerman B . Enfoque para prevención de lesiones según el desarrollo. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.**
- 7. La salud de la juventud. OMS. Ginebra. Marzo 1989.**
- 8. Bass J. Lesiones en adolescentes y adultos jóvenes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1985. Vol. 1.**
- 9. McLoughlin E. Quemaduras. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1985. Vol. 1.**
- 10. Steele P. Envenenamientos. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.**
- 11. Roberson L. Vehículos a motor. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.**
- 12. Gallagher S. Lesiones por sumersión. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1985. Vol. 1.**
- 13. Friede A. Epidemiología de lesiones por andar en bicicleta Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.**

14. Garretson L. Caídas en niños y jóvenes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.
 15. Guyer B. Lesiones en niños y jóvenes peatones. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.
 16. Micik M. Prevención de lesiones en la comunidad. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1985. Vol. 1.
 17. Christopherson E. Prevención de accidentes en la atención primaria. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1986. Vol. 4. Interamerica.
 18. Juventud en la década de 1980. Population Reports, Serie M, N° 9. Enero 1987.
-

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Adolescencia y homicidios

[Factores de riesgo](#)

[Adolescentes en situación social especial](#)

[Estrategias de intervención en la violencia interpersonal](#)

[Bibliografía](#)

Las muertes intencionales generadas en la violencia y en la inseguridad personal debido a múltiples factores sociales, constituyen la segunda causa de muerte para la edad adolescente en los dos sexos. (1) (2) (3)

Generalmente se presenta el hecho de la muerte violenta como un acto premeditado y frío o como una situación aleatoria de víctimas inocentes, pero la realidad estadística demuestra que existen elementos personales, familiares y sociales, que predisponen a algunos adolescentes para un riesgo mayor de morir asesinados.

Las lesiones intencionales ocasionadas por otros, además de las que conducen a la muerte, también incluyen el maltrato físico con la presencia o no de abuso sexual y las lesiones generadas por maltrato psicológico; pero estas lesiones intencionales que al menos en el momento no conducen a la muerte son difíciles de diagnosticar, por el bajo índice de consulta médica o denuncias legales que genera por los diversos factores implicados.

Estudios recientes han confirmado el hecho de que el homicidio y las lesiones intencionales no mortales comparten el mismo grupo y factores de riesgo. (2)

Factores de riesgo

Factores de riesgo personal

- **Sexo:** los homicidios son más frecuentes en varones en una proporción apreciable.
- **Desarrollo de identidad sexual:** que incluye el apreciar la imagen del macho con sus extremos de actitud agresiva. (Predispone a la violencia)
- **Creación de sistema de valores:** fundamentada en la experimentación y el riesgo.
- **Etapas de narcisismo:** lo que los hace muy susceptibles al defender su aspecto e imagen (predispone a la violencia).
- **Consumo de drogas:** alcohol y otras drogas que contribuye a la conducta violenta.
- **Preferencia por estar armado:** arma blanca o de fuego, generalmente aduciendo la necesidad de defensa personal pero que facilita la posibilidad de que surjan hechos violentos.
- **Respuesta aprendida ante la situación de conflictos:** que resuelve todo por la violencia.
- **Otros problemas que también se relacionan son:** estudios académicos interrumpidos, analfabetismo, baja auto-estima, historia de trauma craneal. (2)

Es de hacer notar que los factores antes señalados pueden predisponer tanto a ser víctimas

como a ser victimarios, en situaciones que muchas veces se alternan hasta el desenlace fatal.

Factores de riesgo familiar

Al analizar la situación de la lesión intencional o del homicidio, se encuentra que en muchos casos víctimas y asaltantes se conocían y frecuentemente forman parte de una misma familia, donde los homicidios resultan de una situación grave de conflicto familiar.

Algunos factores familiares que inducen al riesgo son:

- **Familias conflictivas: con un ambiente tenso y de disarmonía permanente.**
- **Maltrato físico, incluso abuso sexual: que victimiza al niño y al adolescente.**
- **Ejemplo familiar de consumo de drogas.**
- **Reforzamiento de patrones de conducta machista (extrema agresividad) o patrones de conducta muy femenina (extrema docilidad) que facilita el ser víctimas.**
- **Mantener armas de fuego en el hogar, sin las precauciones pertinentes.**

Factores de riesgo social

El ambiente social tiene influencia muy específica en los hechos violentos que terminan en lesión o muerte del adolescente.

- **Urbanismo:** se ha determinado que los crímenes son mas frecuentes en las grandes ciudades.
- **Bajo nivel socio-económico y desempleo:** los homicidios son más frecuente en las zonas de alta densidad poblacional y extrema pobreza.
- **Medios de comunicación social:** que exaltan la brutalidad, la violencia en héroes con los cuales 108 adolescentes se identifican.
- **Difusión del comercio de las drogas:** que facilita al adolescente su adquisición en sitios que frecuenta habitualmente.
- **Inseguridad personal:** pro el auge de la delincuencia donde los adolescentes son víctimas y victimarios.
- **Valores sociales:** que promuevan el consumismo, la imagen de persona adinerada (ropas de marca, automóviles, joyas, etc.) y que impulsa a la gratificación inmediata en adolescentes que obtienen lo que se promueve (si no tiene dinero la familia) por el robo.

Adolescentes en situación social especial

Existen grupos determinados de adolescentes que por su situación social de circunstancias difíciles se encuentran altamente expuestos al riesgo de morir violentamente por homicidio:

- **Adolescentes de conducta delictiva**
- **Adolescentes de la calle**

El adolescente de conducta delictiva

El término de adolescente transgresor o de conducta delictiva, se refiere al menor de 18 años que comete actos contra las personas o la propiedad.

La delincuencia juvenil es un problema común de la sociedad contemporánea, al punto que gran porcentaje de los delitos son efectuados por menores de edad y se relacionan en alto grado con los homicidios en esas edad.

Origen del adolescente transgresor

Por la complejidad de elementos que influyen en el origen del adolescente transgresor se han postulado teorías explicativas que sustentan el abordaje del problema (4)

Teorías sociológicas

- **Teoría de la anomia: la conducta transgresora se debe a la falta de normas sociales, sin delimitación de necesidades, que no valoriza el esfuerzo individual (T. de Emile Durkheim).**
- **Teoría del estigma o etiquetamiento: es la asignación de determinadas características a una persona en base a información acertada o no; las etiquetas constituyen una marca que pueden dirigir la conducta de una persona y lo despoja de identidad conduciendolo a la desviación forzada por el conjunto social que lo señala (T. de E.**

Lemert).

Teoría psico-social

- **Teoría de interaccionismo simbólico:** plantea que el significado del alto riesgo delictivo no está en el acto en sí si no en la calificación que los demás hacen del acto. Esto se basa en el hecho de que muchos transgresores no se sienten delincuentes, ni la sociedad los cataloga como tales, ya que no es posible negar que existe un proceso de selección en la detección de actos criminales.

Perfil psico-social del adolescente transgresor

Derivado de estudios realizados (4) en Venezuela se ha descrito algunas características usuales en el adolescente que tiene conducta delictiva grave:

- **Consumidor de droga**
- **Antecedentes de conducta delictiva a repetición**
- **Baja autoestima**
- **Disparidad de aptitudes y capacidades con el nivel de aspiraciones**
- **Carencia severa de oportunidades**
- **Tendencia a actuar los conflictos**
- **Depresión afectiva**
- **Desconfianza en el sistema institucional**

- **Falta de compromiso afectivo con la sociedad**
- **Bajo desempeño escolar**

Se debe también enfatizar que existen muchos tipos de transgresores juveniles, ya que las razones para la conducta delictiva son múltiples

Expresión de un adolescente transgresor (5)

La calle es dura, hay que saber defenderse. Tú tienes un carro y vas "suave" (tranquilo) par allí nadie te molesta. Tú tienes tremenda "pinta" (vestimenta) y las "chamas" (muchachas) te paran. Uno ve ese poco de gente bien vestida, con tremendas "naves" (automóviles) y uno no tien NADA. Da como "bronca" (ira) y uno se "enchava" (se echa a perder).

Esta frase ilustra un poco el resentimiento, la falta de valores, la baja autoestima y el contraste de una sociedad de doble moral y amplios desniveles.

Problemas psiquiátricos asociados al comportamiento delictivo en adolescentes

La gran mayoría de los adolescentes comprometidos en actos delictivos no padecen condiciones médicas, ni psiquiátricas que los haga comportarse así. (6) (7)

El DSM III (Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales en EEUU) señala algunos problemas que se pueden asociar con el comportamiento antisocial de

determinados (muy pocos) individuos. (6)

- **Desórdenes bipolares: episodio maníaco.**
- **Desórdenes de impulsos: cleptomanía, piromanía, desorden explosivo intermitente.**
- **Desórdenes de adaptación: desorden de ajuste con problemas de conducta.**

El adolescente de la calle

Es el adolescente que no tienen vínculos familiares (por abandono familiar o por deseo propio) y que han convertido la calle en su habitat cotidiano, situación que incluso se arrastra desde la infancia

La subsistencia de estos adolescentes se puede derivar de varias fuentes: actividad laboral Lícita (ejemplo: limpiazapatos, lavacarros, etc.) activada laboral ilícita (prostitución, pornografía) o actividad delictiva (venta de droga, robo, etc.) (8) (9) (10).

Los adolescentes de la calle es un problema de las grandes ciudades en todo el mundo y su número a desconocido, pero se supone que es un grupo en incremento constante debido a la situación de deterioro que experimenta la sociedad en su aspecto económico. (11) (12)

La problemática que confrontan estos adolescentes además de las graves carencias socio-afectivas que repercuten en su salud psicológica, son los referidos a la desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecciosas relacionadas con la

drogadicción y actividad sexual como el sida y la hepatitis B, enfermedades entéricas, tuberculosis y gran posibilidad de sufrir muerte violenta por homicidio o suicidio.

Estrategias de intervención en la violencia interpersonal

El abordaje del complejo problema que significa la muerte violenta, ocasionado por otros, en una proporción creciente de nuestra población adolescente implica una acción amplia a nivel social en el ámbito político, inter-institucional y comunitario. La mayoría de los enfoques actuales del problema se orientan a enfatizar la justicia penal (incluso solicitando la disminución de la minoría de edad para imputación de delitos) de una manera punitiva a hechos ya consumados, sin el proceso paralelo de educación y rescate y por el contrario enfatizando más la estigmatización que lejos de modificar la conducta delictiva, favorece su fijación. (2) (4)

Prevención de la conducta violenta

- **Capacitación del equipo de salud en:**

- 1. La orientación de la familia para una mejor interrelación familiar, exclusión de "patrones de conducta" violenta, fomento de la expresión verbal para manifestar sentimientos, fomento de una disciplina flexible y con límites lógicos.**

- 2. Promoción del análisis crítico de los mensajes televisivos de contenido violento**
 - 3. Identificación temprana de niños y adolescentes con predisposición a conducta violenta para intervención adecuada.**
 - 4. Identificación de adolescentes con problemas de drogas, depresión, baja autoestima, con sensación de gran inseguridad que los motive a andar armados o que tengan resentimientos graves que los induzca a la venganza.**
- Fomentar servicios de atención integral para adolescentes con acción inter-institucional.**
 - Promover la prevención primordial lo cual depende de una decisión social amplia y enfatizar la estrategia de prevención primaria, secundaria y terciaria.**
 - Redimensión de la atención que se presta al menor institucionalizado por problemas delictivos.**
 - Promover y apoyar las campañas antidrogas que también deben incluir las llamadas drogas "licitas" como el alcohol, que se encuentran directamente relacionado con la conducta violenta.**
 - Respetar la reglamentación sobre porte de armas.**
 - Promover y apoyar campañas contra la difusión de "modelos violentos" que permanentemente promocionan los medios de comunicación social (películas, novelas, etc.).**
 - Organizar servicios humanitarios de apoyo educativo y social a los ingresados en**

centros penales.

- **Fomentar que sustenten la identificación la clara del problema y orienten mejor la direccionalidad de las acciones preventivas de las muertes violentas.**

Conclusión

Las soluciones y respuestas al problema son difíciles, pero es necesario crear una base de apoyo donde la participación de los que trabajamos en el sector salud podemos hacer una contribución real y efectiva, mediante las estrategias de prevención aplicables en nuestra área.

Bibliografía

- 1. División de Estadísticas. M.S.A.S. Venezuela. 1991.**
- 2. Spivak H. Muerte no accidental. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1988. Vol. 6.**
- 3. Neinstein L. Adolescent health care, 2nd ed. Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1991.**
- 4. Montero N. El adolescente transgresor y sus características. División de salud mental. M.S.A.S. Caracas, 1991.**
- 5. Schapira M. "Nacidos para parda". Suplemento 7° Día Diario "El Nacional" 30 de marzo**

1980, pág. 8.

6. Copoulos E. La delincuencia y el pediatra División de Medicina del Adolescente. Dpto. de Pediatría. Babies Hospital South 1- 103 630 West 168 St. New York 100 32.

7. Alessi M. Childhood agresive behavior pediatric annals 18:2. February 1989.

8. Blum R. Global trends in adolescent healt. Jama May 22/29. 1991. Vol. 265 N. 20.

9. Irwin Ch. Risk taking behaviors in the adolescent patient: are the impulsive? Pediatric annals 18:2. Feb 1989.

10. Soliz D. La salud y los menores y de la calle. Fundación San Gabriel. La Paz - Bolivia 1990.

11. Al Perstein G. Niños sin hogar un problema para los pediatras. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1988. Vol. 6.

12. Informes de O.C.E.I. Venezuela sobre cifras de pobreza en el país. 1991.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#) > (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Adolescencia y suicidio

[Conducta suicida](#)

[Factores de riesgo en suicidio](#)

[Síntomas usuales en adolescentes deprimidos](#)

[Diferencias entre gesto e intento suicida \(4\)](#)

[Datos estadísticos \(11\) \(13\)](#)

[Prevención del suicidio](#)

[Bibliografía](#)

El proceso adolescente es conflictivo, complicado y exigente, por estar sometido a cambios físicos, psicológicos y sociales; lo que determina un periodo crítico y de alta vulnerabilidad para el ser humano. (1) (2)

Conducta suicida

Es necesario diferenciar los gradientes de la conducta suicida. (3) (4)

- **Suicidio consumado: Asesinato de si mismo, manifestación del instinto de la muerte dirigido hacia el yo.**
- **Intento suicida Intento de asesinato de si mismo.**
- **Juego suicida: Probar suerte disparándose revólver con una bala; manejar un vehículo con los ojos vendados, son algunos ejemplos.**
- **Gesto suicida: Teatro suicida sin intención real de morir.**
- **Idea suicida: Fantasías suicidas, ocasionales o persistentes.**
- **Parasuicidios: "Accidentes" que son suicidios enmascarados.**

Teorías del suicidio en adolescentes

Deben ser comprendidas en sentido interactivo, pues una sola teoría no explica el problema. (1) Tiene carácter multifactorial y multimotivacional, constituyendo una selva de acontecimientos.

Teoría psicodinámica

Enfatiza influencia de eventos pasados en el presente y futuro, asociada a factores desencadenantes (pérdida amorosa, depravación y rechazo de personas significantes), que conduce a un proceso de sentimientos: rabia, resentimiento, culpa y conducta autodestructiva.

Teoría del desarrollo

Enfatiza la crisis de la adolescencia, etapa de cambios, presiones y tendencia a reacciones impulsivas; asociado a un evento precipitante que lo hace sentirse atrapado e iracundo (mudanza, rompimiento sentimental, muerte de persona amada, divorcio de los padres, etc.)

Teoría cognoscitiva

Enfatiza el significado de la muerte para el adolescente que tiene sensación de inmortalidad (la muerte es reversible y no final).

Esta perspectiva del adolescente que tiene un desarrollo intelectual en proceso (incompleto) se refuerza con actitudes culturales, creencias religiosas y medios de comunicación que promocionan la irrealidad de la muerte.

Teoría sociológica

Enfatiza la anemia (sensación de debilitamiento o desaparición de orientación social, normas y estructuras de su propio existir).

El suicidio es el resultado de una sociedad percibida alguna vez como segura, ahora desintegrada y de la cual no se puede defender.

Teoría biológica

Enfatiza los correlatos bioquímicos de la conducta suicida que implica disminución de sustancias tipo Serotonina (5 hidroxindol-acético-ácido 5 HIAA), Dopamina y Norepinefrina.

Tipos de suicidio (Durkheim) (2)

Según dos motivaciones extremas:

- **Suicidio egoísta: por mala relación con la sociedad y decide privar a esta de su presencia.**
- **Suicidio altruista se sacrifica por la sociedad como los "héroes de guerra" (Kamikaze), o los que desean evitar carga a la sociedad (enfermos crónicos, ancianos, etc.).**

Factores de riesgo en suicidio

Psicopatológicos

- ***Depresión***

Aún cuando la mayoría de los casos relaciona suicidio y depresión, no siempre se presenta en el suicidio en adolescentes y muchos actos suicidas son producto de impulsos, no precedidos del periodo de depresión. Es un síndrome asociado también a otros tipos de psicopatologías, enfermedades físicas y crisis vitales,

como las decepciones severas, separaciones amorosas y situaciones de depresión por desarraigo (en adolescentes inmigrantes, institucionalizados). (S) (6)

- ***Conducta impulsiva***

Manifestada en conductas agresivas y actos violentos. Frecuentemente se asocia a depresión.

- ***Trastornos bipolares***

Que alternan períodos maníacos y depresivos acentuados con predisposición al suicidio.

- ***Trastornos limítrofes***

Conductas autodestructivas, pobres relaciones afectivas, personalidad perfeccionista, exigente y estricta.

- ***Psicosis y neurosis***

Algunos procesos, como la Esquizofrenia, tienen alta incidencia de suicidio.

- ***Retardo mental***

Asociado a depresión y conducta autodestructiva.

Biológicos

- ***Enfermedad física***

Conducta autodestructiva se ha reconocido en epilépticos, asmáticos, diabéticos, hemofílicos y pacientes con diálisis renal, muy frecuentemente enmascarada con "errores" del auto-tratamiento.

Impulso suicida en los Epilépticos: con trastorno de conciencia más o menos pronunciado, asociado en ocasiones a ideas obsesivas-compulsivas con gran carga de violencia que lo conduce a elegir medios drásticos.

Psicosis orgánicas: determinadas por tumores endocraneales, principalmente de localización temporal y occipital, que producen gran variabilidad de síntomas psíquicos.

Otras enfermedades se asocian a períodos depresivos, como neumonías, hepatitis y mononucleosis infecciosa; también enfermedades debilitantes, cáncer, el dolor y enfermedades endocrinas (hipófisis, adrenales y tiroides).

- ***Agentes bioquímicos***

Algunos estudios han encontrado niveles bajos de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y cerebro de víctimas de suicidio. violencia.

La serotonina en bajos niveles también es asociada con predisposición a la agresión y

- ***Factores genéticos***

Algunos estudios del DNA sugieren defectos en cromosoma específico, gen dominante de penetración incompleta, que determina familia con historias depresivas, significativa incidencia de actos suicidas. (7)

- ***Embarazo***

No deseado y en solteras. (8)

Familiares

- **Familia rígida-estricta**
- **Actos violentos, agresiones, incluso abuso sexual**
- **Muerte de persona querida**
- **Uso y abuso de drogas por familiares**
- **Separación de los padres**

- **Psicopatologías en la familia**
- **Historia familiar de suicidios**
- **Padres deprimidos: que condiciona falta de atención al adolescente. (9) (10)**

Sociales y culturales

- **Amigos de víctimas de suicidios**
- **Admiradores de figuras populares que se suicidan**
- **Imitación de situaciones suicidas difundidas por novelas televisivas, libros, cine, periódicos. También relacionada con las epidemias de suicidio (espíritu de los tiempos) como lo sucedido cuando GOETHE publicó las cartas del joven Werther o cuando se estrenó el poema musical "Triste Domingo" del compositor húngaro REZZO SERESS que impactó a muchas personas agobiadas por la idea suicida.**
- **Pueblos minoritarios predispuestos al suicidio: subconciencia colectiva, manantial de ideas acumuladas a través del tiempo y que actúa como fuerza extrapersonal del individuo, que vislumbra el suicidio como solución a los problemas.**
- **Víctimas de asaltos, abuso sexual y otras violencias.**
- **Nivel socio-económico bajo.**
- **Frustraciones en la opción de niveles académicos o laborales.**
- **Suicidio en grupos: identificados con ideas románticas o religiosas y que rodean de halo glamoroso a las víctimas. (5) (6) (11)**

Abuso de drogas

Alcohol y otra drogas que disminuyen el juicio e incrementan el impulso, predisponiendo a la autodestrucción.

Accidentes

No todos tienen una causa bien clara; se ha demostrado que en adolescentes un gran porcentaje son suicidios enmascarados, principalmente los accidentes por vehículos a motor. Alerta del equipo de salud debe representar un adolescente con historia de 3 o más accidentes en un año, que puede significar conducta autodestructiva. (12)

La tendencia a conductas de alto riesgo pueden considerarse conducta suicida larvada.

Síntomas usuales en adolescentes deprimidos

- **Cambios drásticos en apariencia personal.**
- **Trastornos del sueño (insomnio e hipersomnio).**
- **Trastornos del apetito (con aumento o pérdida significativa, de peso corporal, más de 5% en un mes).**
- **Bajo rendimiento académico (problemas de concentración).**
- **Irritabilidad, negativismo (aislamiento social).**
- **Abuso de drogas.**

- **Disminución de interés y placer en muchas actividades.**
- **Estallidos emocionales (llanto-risa).**
- **Estallidos repentinos de energía.**
- **Problemas disciplinarios.**
- **Sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa, vergüenza, fatiga extrema.**
- **Preocupación por la muerte, ideas suicidas persistentes.**
- **Máscaras de la depresión. (1)**
 - **Apatía, desgano, indiferencia.**
 - **Fatiga crónica.**
 - **Burlon-retador.**
 - **Demasiado payaso-chistoso.**
 - **Accidentes frecuentes.**
 - **Rasgos hipocondriacos acentuados.**
 - **Aburrimiento crónico.**

Síndrome pre-suicida: donde el sentir del individuo se caracteriza por:

- a. Estrechamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, con aislamiento estancamiento de la energía interna.**
- b. Agresividad inhibida no descargada sobre los demás.**
- c. Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.**

Diferencias entre gesto e intento suicida (4)

HISTORIA	GESTO	INTENTO
Sexo	+Mujer-Varón	+Varón-Mujer
Intentos anteriores	Generalmente no	Si (intento, gesto, amenaza)
Método	Ingestión	Ingestión, arma de fuego, precipitación.
Nota suicida	Sí	Generalmente no
Comunicación	Sí	Muy distante
Perfil psicológico	Depresión leve o moderada	Depresión moderada o severa, o resultado de impulso.
Preparación	No generalmente	Sí
Intención	Manipulación	Suicidio
Repetición	No usualmente	Si generalmente
Medio ambiente	Sensible	Indiferente

Datos estadísticos (11) (13)

- **20% del total de suicidios son en adolescentes y presentan incremento alarmante en**

las últimas tres décadas.

- **Las mujeres hacen gesto suicida más que los varones, en rangos que oscilan de 3:1 y 9:1.**
- **Ocurre 1 suicidio por cada 10 intentos.**
- **Los varones mueren 5 veces más por suicidio que la mujer.**
- **Muertes violentas: homicidios y suicidios ocupan la segunda causa de mortalidad en adolescentes en la mayoría de los países.**

Métodos mas utilizados

- **Ahorcamiento**
- **Arma de fuego**
- **Envenenamiento por plaguicidas**
- **Precipitaciones**
- **Sobredosis de drogas (13)**

Prevención del suicidio

- **Capacitación del equipo de salud para reconocer síntomas depresivos y potenciales suicidas.**
- **En Historia Clínica de Adolescente, preguntar siempre por "idea suicida".**
- **Limitación de prescripciones de medicamentos peligrosos.**

- **Reconocer la baja autoestima.**
- **Reconocer posibilidad de suicidios grupales.**
- **Asistencia a pacientes con intento suicida.**
- **Limitación de publicidad sensacionalista del suicidio.**
- **Promover actividades educativas utilizando el drama para representar adolescentes con conducta de riesgo, evasión de problemas y plantear soluciones.**
- **Post-intervención: en acto suicida, actuando en la familia, colegio, comunidad, donde se analice el impacto del suicidio y educar en predicción y orientación para prevenirlo en otras personas. (5) (6) (10) (13) (15)**

Conclusión

Quizás una de las mas graves enfermedades que puede sufrir el ser humano es la DESESPERACIÓN, pero el problema es mortal cuando se transforma en DISELPIDIA que es la desesperación que conduce a la desesperanza y es el equipo de salud quien está en posición ideal para efectuar labor preventiva en la conducta suicida del adolescente y su "grito de ayuda" no debe pasar inadvertido.

Bibliografía

- 1. Adolescent and Depression. National Institute of Mental Health. Rockville, Maryland, U.S.A.**

- 2. Rojas E. Estudio sobre suicidio. Editorial Salvat. 1986.**
- 3. Neinstein L. Suicide-Adolescent Health Care. Baltimore, U.S.A. 1984.**
- 4. Me Anarney E. Conducta suicida en niños y jóvenes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Agosto 1975.**
- 5. Strasburger V, Greydanus D. The At-Risk Adolescent. Adolescent Medicine. Hanley and Belfas Inc. Philadelphia, U.S.A. February 1990. Vol. 1, N° 1.**
- 6. Symposium Self-Destructive Behavior. The Psychiatric Clinics of North America. Philadelphia, U.S.A. June 1985. Vol. 8, N° 2.**
- 7. Weller E. Pediatric Management of Depression. Pediatrics Annals. Feb 1989. 18:2.**
- 8. Mata J. Suicidio e intento de suicidio en el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología. Caracas (Venezuela). 1984; Vol. XLIX, N° 3.**
- 9. Schaffer D. Suicide and depression in children and adolescents. New York State Psychiatric Institute. Abril 1987.**
- 10. Brent D. Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. Pediatrics in review. March 1989. Vol. 10, N° 10.**

- 11. Rondrón R. El suicidio en el adolescente. Factores epidemiológicas y etiológicas. Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología. 1983.**
- 12. Hergenroeder A. The pediatrician's role in adolescent suicida. Pediatric Annals 15/11. November 1986.**
- 13. Crespo D. Prevención de accidentes y hechos violentos. División de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos. MSAS. Caracas, 1990.**
- 14. Nucette E. Aspectos Médicos Legales de los Actos Suicidas en Venezuela. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología 1983.**
- 15. Trautman P. Pediatric Management of Suicidal Behavior. Pediatric Annals, 18:2. February 1989.**

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Adolescencia y drogas

[Clasificación de las drogas](#)

[Datos estadísticos](#)

[Factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes \(15\) \(16\) \(17\) \(18\) \(19\)](#)

[Cambios en el adolescente asiduo a drogas](#)

[Diagnósticos clínicos relacionados con drogas](#)

[Evaluación del adolescente que utiliza drogas](#)

[Bibliografía](#)

La adolescencia es la etapa donde se presentan con mayor frecuencia comportamientos que entrañan alto riesgo de daño a la salud y de muerte. Estos comportamientos pueden tener origen en la niñez, debido a la existencia de factores predisponentes de tipo biológico, sociales y ecológicos, que pueden persistir durante la adolescencia y otras etapas posteriores lo cual influye en individuos vulnerables, determinando algunas conductas perniciosas, como lo es el consumir drogas.

Las drogas son un obstáculo serio al desarrollo intelectual y social de los jóvenes, que impide su evolución natural hacia la edad adulta, al prolongar la dependencia y la inmaduras. (1) (2) (3) (4)

Las personas que utilizan drogas difieren unas de otras por el tipo de relación que se

establece entre la voluntad, la droga y su conducta. (5) (6)

- ***Uso de droga***

Es utilizar droga ocasionalmente, bajo control de la voluntad y sin alteración aparente de la conducta; generalmente en actividades recreacionales o sociales.

- ***Abuso de droga***

Uso excesivo de droga ocasional o frecuente, bajo el control de la voluntad, pero hasta el punto de producir interferencia con su condición física, mental, espiritual y funcionamiento académico o social.

- ***Dependencia de la droga***

Estado físico y psicológico, resultado de la necesidad de la droga, que escapa al control de la voluntad. Al discontinuar la droga, en la dependencia psicológica hay un sentimiento compulsivo de necesitarla y en la dependencia física se producen síntomas tales como vómitos, dolor abdominal, etc.

Clasificación de las drogas

Las drogas se han clasificado para su estudio con diversidad de criterios, pero el siguiente se ajusta a los efectos más notorios que producen en el organismo de la mayoría de los usuarios. (5)

Depresivas: efecto de reducir la ansiedad e inducir al sueño. Producen dependencia física y psicológica. Alcohol, barbitúricos, methaqualona, glutethimide; tranquilizantes menores como Diazepan (Valium), Chordiazepoxide (Librium); tranquilizantes mayores como Phenothiazinas (Largactil), Thioridazine (Mellarel), Thifluoperazine (Stelazine).

Estimulantes: Efecto de incrementar el estado de alerta y actividad. Producen tolerancia, gran dependencia psicológica y un grado mediano de dependencia física. Anfetaminas, Nicotina, Cafeína, Cocaína.

Alucinógenos: Efecto de sensaciones, emociones, alucinaciones y cambios en la percepción. Producen tolerancia y dependencia psicológica. Acido D-lisérgico (L.S.D.), Marihuana, Mescalina, Dimethyltriptamina (D.M.T.), Dimetoxi-4-Methilanfetamina (S.T.P.), Phencyclidine hydrochloride (P.C.P.)

Opiáceos: Efecto narcótico y analgésico. Producen tolerancia y dependencia física y psicológica. Morfina, Heroína, Codeína, Meperidina (Demerol), Methadona.

Volátiles: Efecto depresor del Sistema Nervioso Central. Producen tolerancia y dependencia psicológica. Pegamentos, gasolina, espuma extintora de fuego, desodorantes en aerosol,

soluciones limpiadoras de metales.

Datos estadísticos

La incidencia de drogas en la adolescencia se encuentra con tendencia ascendente en las últimas tres décadas en el mundo, además del uso tradicional y cultural característico de algunos países. (7) (8) (9) (10)

Tabaco

Es la droga de consumo más extendido, el 90% de los fumadores se inicia en la niñez y adolescencia. El 85% de los adolescentes que vencen los malestares de los primeros cigarrillos, se transforman en fumadores regulares. Aproximadamente del 20 al 40% de los jóvenes fuman, según estadísticas en diferente países.

El ejemplo familiar incide en el inicio del hábito, ya que del 13-15% son hijos de padres fumadores, pero mayor influencia ejercen los amigos ya que un 50% de los fumadores informan haberse iniciado por presión grupal.

En EE.UU y Europa, las mujeres adolescentes fuman más que los varones; en América Latina fuman más los varones que las mujeres con tendencia al aumento en estas últimas.

La Organización Mundial de la Salud señala que anualmente suceden 2.5 millones de muertes por causas relacionadas con el tabaco, aproximadamente 1 muerte cada 13 segundos; además, se calcula que la perspectiva de vida disminuye 5.5 minutos por cada cigarrillo, 8 años si se inicia el hábito antes de los 15 años y 4 años si se comienza después de los 25 años.

En la mujer adolescente que utiliza anticonceptivos orales por que ha iniciado precozmente la actividad sexual, el tabaco aumenta el riesgo de cáncer (cérvico-uterino) y enfermedad cardiovascular, en el embarazo precoz aumenta más aún los riesgos perinatales de un embarazo de por sí ya de alto riesgo.

El tabaco se relaciona con el 90% de cáncer pulmonar, 30% de las defunciones por cáncer de otro tipo (oral, laringe, esófago, páncreas, riñón, vejiga, cervico-uterino); 75% de las bronquitis crónicas; 25% de las enfermedades cardiovasculares.

El 17% del cáncer pulmonar en no fumadores, son asociados a exposición del humo del tabaco durante la niñez y adolescencia. (11)

Alcohol

Los adolescentes son consumidores intensos pero esporádicos de bebidas alcohólicas, generalmente en pares y fuera del hogar, rara vez son consumidores asiduos.

En los países en desarrollo, el 13% de los jóvenes entre 15 y 19 ingieren bebidas alcohólicas y la mayor incidencia es en varones, siendo la cerveza la bebida más utilizada. (6) (8) (12)

En adolescentes usuarios del alcohol se encuentra clínica de gastritis, aumento de triglicéridos, colesterol y hepatomegalia no dolorosa por el hígado adiposo (enfermedad cirrótica precoz) y de estos, el 92% luego presentan una Hepatitis Alcohólica. (12)

El etanol induce enzimas P450 que forman parte del metabolismo oxidativo normal; también activa compuestos relativamente inertes y los torna en potentes citotóxicos asociados a Neoplasia del tracto digestivo. (13)

El síndrome alcohólico fetal, caracterizado por retardo mental, macrocefalia, bajo peso y talla, inhabilidad para lactar, prognatismo; es otro riesgo que tiene el hijo de madre adolescente asidua al alcohol.

Existe también alta relación con las muertes por accidentes (vehículos a motor, ahogamientos, caídas) en adolescentes bebedores de alcohol, debido a que en este grupo de edad, que ya tiene un riesgo por factores propios de la etapa del crecimiento físico, se suma el efecto del alcohol, donde se presenta:

Perturbación del juicio con 0,05% de alcohol en nivel sanguíneo.

Incoordinación motora con 0,025% de alcohol en nivel sanguíneo.

Ocurre además trastornos del procesamiento de información (capacidad para abstraer y conceptualizar).

Otras drogas

Los adolescentes que utilizan otras drogas además del tabaco y el alcohol, están entre el 10 y el 30% de los que tienen o han tenido experiencias de consumo. (2) drogas.

La droga Cannabis (Marihuana) es la de uso más extenso en el mundo, asociada a tabaco y alcohol; seguidos de Cocaína y sus derivados, como el Crak, de menor costo; continuando en frecuencia las combinaciones de drogas, los inhalantes y anfetaminas.

Las edades de mayor riesgo para iniciarse en el consumo de drogas son entre los 12 y 18 años, disminuyendo luego al punto que después de los 22 años, el que no haya comenzado, es muy raro que luego consuma drogas.

El 50% de las muertes violentas en adolescentes (homicidios) se asocian al consumo de

Venezuela. Consumo de drogas en adolescentes

Las estadísticas relacionadas con drogas informan en general predominio del sexo masculino (hombre : mujer = 6:1), con una tasa en ascenso de los 10 hasta los 18 años, cuando se alcanza el mayor consumo, que se mantiene hasta los 25 años, para luego descender. (14)

En la población adolescente del país que cursa Educación Media, se informa entre un 10 y 18% de fumadores; 60 a70% consumen alcohol.

En relación a otras drogas, la edad de mayor incidencia es de 13 a 17 años: Marihuana de 30-50%, Cocaína de 25-45%, Bazuco de 30-35%, Anfetaminas de 12-15%, Inhalantes un 10%.

Motivación para el consumo de drogas

En adolescentes, los argumentos más usuales son: búsqueda de aceptación por el grupo, curiosidad, ociosidad, deseos de llamar la atención, sentirse importante y bien.

Factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes (15) (16) (17) (18) (19)

Personales

- **Capacidad adaptativa pobre, búsqueda de placer inmediato, baja tolerancia a frustraciones, gran impulsividad.**
- **Comportamiento antisocial precoz (en la infancia).**
- **Bajo rendimiento escolar (problemas de aprendizaje).**
- **Baja autoestima**

- **Depresión que suele preceder al uso de drogas, sobre todo de alcohol.**
- **Trastornos psiquiátricos.**
- **Sentimientos de soledad, ansiedad, desesperación y rechazo.**
- **Sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad.**
- **Automedicación.**
- **Antecedentes de problemas legales.**

Familiares

- **Ejemplo familiar en consumo de drogas.**
- **Excesiva persividad.**
- **Divorcio de los padres.**
- **Mala relación familiar.**
- **Pérdida de un ser querido.**
- **Maltrato físico (incluso abuso sexual).**
- **Desempleo.**
- **Familia muy numerosa.**
- **Padre ausente.**
- **Historia familiar de total abstinencia.**
- **Herencia familiar (factores genéticos).**

Sociales

- **Nivel socio-económico.**
- **Muerte de un amigo.**
- **Presión grupal.**
- **Presión social.**
- **Publicidad y medios de comunicación social.**
- **Fácil acceso a la droga.**
- **Ejemplo de figuras populares (cantantes, deportistas).**

Cambios en el adolescente asiduo a drogas

Los cambios involucran aspectos conductuales generales, manifestados por cambios en el carácter, aspecto físico y condiciones mentales, en el ambiente personal que lo rodea y en sus relaciones sociales; todo con características muy particulares que se deben conocer para sospechar y diagnosticar el usuario de droga. (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27)

Cambios de conducta

- **Agresividad, hostilidad, irritabilidad.**
- **Comportamiento irresponsable.**
- **Pérdida de autodisciplina y motivación.**

- **Pérdida de interés en actividades recreativas.**
- **Bajo rendimiento o desersión escolar.**
- **Verborrea inusual.**
- **Panicos repentinos e injustificados.**

Cambios físicos y mentales

- **Falla frecuentes de memoria y concentración.**
- **Torpeza motora repentina.**
- **Somnolencia o hiperactivida.**
- **Pastocidad en boca y lengua.**
- **Apariencia enfermiza, rinitis, conjuntivitis, lagrimeo.**
- **Disminución o exceso de apetito repentino.**
- **Síntomas de ebriedad con o sin aliento alcohólico.**
- **Manchas amarillas en índice y pulgar.**
- **Marca de pinchazos en extremidades.**
- **Abandono de apariencia personal.**

Cambios en el ambiente personal

- **Tenencia de: pipas pequeñas, cajas, bolsitas, papel de cigarrillos, pitillos recortados con sustancia arenosa (bazuco) o blanca (cocaína), restos de semillas extrañas, tabaco, o**

sustancias volátiles en los bolsillos.

- **Quemaduras pequeñas: en ropa, muebles, automóvil.**
- **Uso exagerado de: colirios, incienso y desodorante ambiental.**

Cambios sociales

- **Quebrantamiento usual de normas en el colegio y hogar.**
- **Enfrentamiento con la familia.**
- **Desaparición inexplicable de dinero y objetos valiosos de la casa.**
- **Cambio de amigos y resistencia a hablar de los nuevos.**
- **Identificación con grupos y música relacionados con la droga.**
- **Manera de hablar de sub-mundo de la droga.**
- **Problema con la ley por conducta delictiva.**

Diagnósticos clínicos relacionados con drogas

- **Desnutrición severa.**
- **Psicosis inducida por drogas.**
- **Degeneración hepática y renal.**
- **Bronquitis crónica.**
- **Shock.**
- **Trastornos de aprendizaje (deficiente desempeño académico).**

- **Astenia (debilidad física).**
- **Sobredosis de droga.**
- **Hepatitis B y SIDA (por agujas compartidas).**
- **Enfermedades de transmisión sexual.**
- **Lesiones físicas diversas (por accidentes de tránsito y laborales).**
- **Trastornos en la relación familiar y social.**
- **Transgresión social y legal: robo, prostitución, etc.**
- **Muerte violenta: accidente, suicidios y homicidios.**

Las drogas y el deporte

El uso de algunas drogas para "mejorar" el rendimiento deportivo es un problema bastante usual. Las drogas medicamentosas más utilizadas son las de tipo esteroides anabólicos con fines no terapéuticos.

El uso de esteroides anabólicos con fines no terapéuticos se remonta a la Segunda Guerra Mundial, cuando los alemanes los emplearon para aumentar la agresividad de sus soldados. Fuera de los efectos androgénicos (virilización, aumento de la masa muscular, etc.) los esteroides anabólicos inducen un estado emocional que puede aparentemente llegar en algunos casos a causar una verdadera psicosis con manía y agresividad salvaje. Casos recientes de boxeadores enloquecidos y violentos pueden ser el resultado del uso de estas sustancias. Los agentes androgénicos suprimen la secreción endógena de testosterona y

disminuyen el tamaño de los testículos (en la mujer aumentan el volumen del clítoris). Los efectos androgénicos en la mujer pueden ser irreversibles.

Parece que el uso de esteroides anabólicos es rampante entre los deportistas, sobre todo boxeadores y levantadores de pesas, así como entre comedores. Con la nueva metodología de laboratorio su uso debe disminuir, pues ahora no sólo es posible detectar el empleo reciente de la droga sino también su utilización crónica. En el primer caso aparece la droga en sí, en el último sus metabolitos, pero además se encuentra una supresión de la secreción de testosterona y de sus metabolitos, por ejemplo, de la epitestosterona.

Los esteroides anabólicos se dice (pero no está fehacientemente comprobado en estudios amplios) que tienen efectos secundarios muy serios y potencialmente letales, como daño hepático y probablemente cáncer hepatocelular, testicular y prostático. Esos anabólicos pueden teóricamente acelerar la aterosclerosis y llevar a muerte prematura. Elevan el "mal colesterol" (LDL o "low density lipoproteins") y disminuyen el "buen colesterol" (HDL o "high density lipoproteins". (28)

Alrededor de los deportistas y de los eventos deportivos se ha creado un verdadero "mercado negro" de drogas estimulantes de todo tipo. Infortunadamente, hay médicos hacen parte de esa farsa, como parece que fue el caso del galeno que atendía a Ben Johnson. Esto es criminal si se tiene en cuenta que ya son muchos los casos de muertes de deportistas relacionados con el uso de las drogas aunque no se han comprobado muertes

claramente relacionadas con el uso de anabólicos. Es preocupante que jóvenes deportistas, adolescentes y aún más preadolescentes estén recurriendo a los anabólicos esteroides.

Los fármacos que emplean los deportistas para mejorar su desempeño son numerosos e incluyen, además de los esteroides anabólicos, los corticoesteroides, diuréticos, estimulantes del tipo de las anfetaminas, narcóticos, beta bloqueadores y la inyección de sangre, que se dice, sin fundamento real, que mejora la oxigenación. (28)

DROGAS UTILIZADAS EN EL DEPORTE

Drogas	Efectos	Test	Complicaciones menores	Complicaciones severas
Esferoides anabólicos	masa muscular y la Incremento de la fuerza	Uroanálisis	En la mujer: irregularidades menstruales y disminución del tamaño de los senos en el hombre atrofia testicular e irritabilidad.	Enfermedad cardiovascular y hepática, esterilidad
Corticoesteroides	Incrementa la	Uroanálisis	Demora la curación	Disfunción

	agresividad y reduce la fatiga y el dolor.		de infecciones	pituitaria y adrenal intolerancia a la glucosa y problemas renales
Diuréticos	Reducción rápida de peso y eliminación de otras drogas	Uroanálisis	Deshidratación, pérdida de sodio y potasio	Irregularidad en la frecuencia cardíaca y daño renal
Estimulantes	Incrementan la alerta y retardan la fatiga	Uroanálisis	Inquietud y ansiedad, aceleración de la frecuencia cardíaca y Respiratoria.	Arritmias, temperatura alta adicción.
Analgésicos narcóticos	Eliminan el dolor e inducen sensación de calma	Uroanálisis	Peligro de empeorar lesiones. Una sobredosis puede causar estupor o coma	Sobredosis, puede afectar la respiración, adicción

Beta bloqueadores	Bajan la frecuencia cardiaca y detienen los movimientos corporales.	Uroanálisis	Síntomas asmáticos y disminución del alerta, impotencia.	Bradycardia severa.
Inyección sanguínea	Mejora la resistencia	Uroanálisis	Reacciones alérgicas.	Puede asociarse con infecciones

Evaluación del adolescente que utiliza drogas

- **Indagación sistemática siempre que se tiene oportunidad de evaluar a un adolescente:**
 - **Ingreso a nivel académico**
 - **Ingreso a campamento vocacional**
 - **Evaluación deportiva**
 - **Evaluación para empleo**
- **Se debe practicar la evaluación psicosocial periódica en los aspectos de relación familiar, escolar, grupal, uso del tiempo libre, hábitos y auto percepción.**

- **Siempre estar "alerta" a los signos clínicos que hagan sospechar uso y abuso de drogas.**
- **Investigar bien "accidentes" y otras consultas de urgencia. (4) (6) (27)**
- **Actitud del médico: debe disponer de tiempo, respetar la confidencialidad y secreto médico dentro de los límites permisibles según el riesgo del paciente y la necesidad de compartir responsabilidad del tratamiento con la familia. El médico debe demostrar sinceridad e interés con la técnica de entrevista de preguntas abiertas.**
- **Efectuar referencia oportuna.**
- **Valoración adecuada del "deniego" como parte de los mecanismos de defensa que utilizan los adolescentes con dependencia química y que consiste en presentar:**
 - **Percepción alterada de la realidad.**
 - **Represión del dolor (físico y psicológico).**
 - **Idea de poder y control: "yo puede solo", "puedo dejar la droga en el momento que quiera", reforzado por éxitos temporales en el abandono y recurrencias frecuentes (proceso que no toma en cuenta).**
 - **Objetivo: permitir el avance del hábito.**

Otros mecanismos de defensa usuales son el aislamiento, proyección, racionalización, sublimación.

Aspectos preventivos

El énfasis debe ser en la prevención primordial (promoción de factores protectores generales relacionados con calidad de vida del individuo) y en la prevención primaria (promoción de factores protectores específicos relacionados con las drogas), sin descuidar la prevención secundaria (tratamiento adecuado) y terciaria (rehabilitación). (6) (29) (30)

Prevención primaria

- **Basada en la educación que involucra aspectos de salud física, mental, espiritual y social.**
- **Capacitación del equipo de salud en aspectos de salud del adolescente e identificación de factores de riesgo en drogas.**
- **Proporcionar información y educación en drogas al niño y adolescente desde el ambiente escolar.**
- **Informar y educar a la familia y comunidad. Apoyar medidas legislativas relacionadas.**
- **Promover talleres de: autoestima, resistencia de presión grupal y aumento de habilidades sociales en adolescentes.**
- **Promover comunicación familiar.**
- **Promover la acción intersectorial en uso del tiempo libre y otros aspectos preventivos.**
- **Fomentar actividades:**

Físicas

Interpersonales

Filosóficas

Recreativas

Intelectuales

Espirituales

Sensoriales	Creativas - Estéticas	Sociales
Emocionales	Políticas	Aventureras

- **Promover la participación activa de los adolescente, que en general son flexible, llenos de energía, idealistas y están dispuestos a ayudar a los demás, lo que constituye un factor de éxito en la educación en salud para otros jóvenes.**

Prevención secundaria

- **Capacitación del equipo de salud para la identificación del joven drogadicto y proporcionar una intervención eficaz a nivel de tratamiento individual, familiar y grupal.**
- **Educación a la familia y personas que tienen contacto con jóvenes, para la identificación y referencia oportuna.**

Prevención terciaria

- **El elemento clave es la disponibilidad, el acceso social y psicológico de las instalaciones de salud y la rehabilitación, de manera que el joven pueda desarrollarse integralmente en el mayor grado posible y reincorporarse a la sociedad.**

Conclusión

La adolescencia es un periodo de transición, durante el cual la persona forja su individualidad y crea un sistema de valores que regirá su vida adulta. El equipo de salud y la sociedad, deben ayudar a los jóvenes a transcurrir por esos años peligrosos sin recurrir a las drogas y ofrecer respuesta al problema.

Bibliografía

- 1. O.P.S. Condiciones de Salud en las Américas. Washington (USA). Edición 1990. Vol. 1.**
- 2. Me Donald D. Patrones de consumo de alcohol y drogas entre adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**
- 3. La juventud en la década de 1980. Population Reports, Nº 9. Enero 1987.**
- 4. Gilione A. La fármacodependencia. Un síntoma. La salud del adolescente y el joven en las Américas. OPS. Washington (U.S.A.) 1985. Publicación Nº 489.**
- 5. Neinstein L. Overview of drug. Use and abuse. Adolescent health care. Baltimore (U.S.A.) 1986.**
- 6. Wheeler K. Métodos terapéuticos en el adolescente con dependencia química. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**

- 7. O.M.S. La salud de la juventud. Ginebra (Suiza). 1989.**
- 8. Urzúa F. Aspectos generales del alcoholismo en la adolescencia y juventud. La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington (U.S.A.). 1985; O.P.S. Publicación Nº 489.**
- 9. Salas A. Efectos del tabaco en el organismo. 1990. P.C.M. Año 4, Vol. 4, Nº 1.**
- 10. II Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Educación Media. Fundación "José Félix Rivas". Venezuela, 1988**
- 11. Tabaco y tabaquismo. Nuevos Aspectos. Venezuela 1991. ILADIBA, Vol. V, Nº 1.**
- 12. Rogers P. y col. Alcohol y adolescencia. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**
- 13. Alcohol y cáncer gastrointestinal. Venezuela 1991. ILADIBA, Vol. V, Nº 1.**
- 14. Estadísticas Psicopatológicas. División de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela, 1988.**
- 15. Comerci G. Prevention of substance abuse in children and adolescent. The at-risk adolescent. Medicine. Philadelphia (U.S.A.) 1990.**

- 16. Joshi N. Consumo de drogas, depresión y adolescencia. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1988. Vol. 6.**
- 17. The health of youth tracts for action. Youth and tabaco, youth and alcohol, youth and drugs. 442 technical discussion. World health organization. Geneva (Suiza) 1989.**
- 18. Zarek, M. Factores de riesgo en adolescentes con dependencia química. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1982. Vol. 2.**
- 19. Morrison M. Aspectos psiquiátricos de la dependencia química en adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**
- 20. Greydanus D. Adolescent Nutrition and Substance Abuse Disorders. Adolescent sexuality and gynecology. Philadelphia (U.S.A.) 1990.**
- 21. Schwartz R. Marihuana: Una revisión general. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**
- 22. Tarr J y col. Cocaína Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 8.**
- 23. McHugh L. Abuso de sustancias volátiles. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**

- 24. Brown R. Alucinógenos. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1987. Vol. 2.**
- 25. King P. Drogas estimulantes y narcóticos. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1987. Vol. 2.**
- 26. Silvis G. ¿Cómo comprender y desterrar el uso del tabaco en adolescentes?. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**
- 27. Menden T. Directrices para realizar entrevistas de evaluación clínica del abuso de sustancias químicas en el adolescente. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987. Vol. 2.**
- 28. Las drogas un problema de las olimpiadas. JAMA 260. Dic 16 1988.**
- 29. MacDonald D. Prevención de tabaquismo y fármacodependencia en el adolescente. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1986. Vol. 4.**
- 30. Sáez I. La Atención Integral del Adolescente en las Actividades del Agente Comunitario. Departamento de Salud del Adolescente, Dirección Materno Infantil, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas (Venezuela), Abril 1991.**
-

[Indice](#) - [◀ Precedente](#)