

PROBLEMÁTICAS PSICOSOCIALES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Psychosocial issues in primary health care

Marnell Ester Arroyave

© <https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

Universidad del Valle.

Cali, Colombia.

Iván Alberto Osorio Sabogal

© <https://orcid.org/0000-0003-3531-0757>

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

Juan Felipe Martínez Flórez

© <https://orcid.org/0000-0003-2914-0819>

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

Resumen: En este capítulo se abordan las problemáticas psicosociales más prevalentes en el Suroccidente colombiano. Empezando por plantear una aproximación a dichas problemáticas desde un modelo ecológico, se define qué se interpreta como problemática psicosocial y sus tipos. Se aborda la problemática de violencia definida desde los lineamientos propuestos por la OMS y haciendo especial énfasis en la violencia autoinfligida. Posteriormente se aborda la problemática de embarazo en adolescentes y sus diferentes dimensiones desde el abuso sexual al consentimiento. Por último, de aborda el consumo de sustancias psi-

Cita este capítulo

Ester Arroyave, M.; Osorio Sobagal I. A.; Martínez Flórez J. F. (2022). Problemáticas psicosociales en atención primaria en salud. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 75-112). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

coactivas y la problemática social que supone su abuso. Para cada una de estas problemáticas psicosociales se presentan signos que permiten distinguir diferentes maneras en las que puede presentarse. Se presentan también guías para el contacto inicial con alguna de estas problemáticas en atención primaria su orientación y direccionamiento.

Palabras clave: problemáticas sociales, modelo ecológico, embarazo adolescente, consumo de sustancias psicoactivas, violencia, violencia autoinfligida, comunidad.

Abstract: This chapter addresses the most prevalent psychosocial problems in southwestern Colombia. Beginning with an approach to these problems from an ecological model, we define what is interpreted as a psychosocial problem and its types. The problem of violence, defined according to the guidelines proposed by the WHO, is addressed, with special emphasis on self-inflicted violence. Subsequently, the problem of adolescent pregnancy and its different dimensions from sexual abuse to consent is addressed. Finally, the consumption of psychoactive substances and the social problems involved in their abuse are addressed. For each of these psychosocial problems, signs are presented to distinguish the different ways in which they can present themselves. Guidelines are also presented for the initial contact with any of these problems in primary care, its orientation and direction.

Keywords: social problems, ecological model, adolescent pregnancy, consumption of psychoactive substances, violence, self-inflicted violence, community.

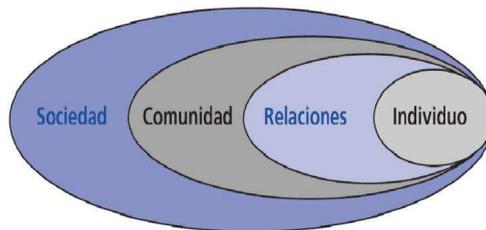
Aproximación ecológica a las problemáticas psicosociales

Desde un modelo ecológico, la psicología intenta comprender la naturaleza polifacética de los problemas psicológicos, dado que no se restringen solo a un modelo médico donde el origen de las enfermedades

es solo biológico (bioquímico, genético, físico), sino que considera diferentes niveles de comprensión y caracterización de un problema específico: el primer nivel tiene que ver con factores biológicos y de la historia personal del sujeto, por ejemplo, características demográficas, edad, educación, ingresos, trastornos psiquiátricos, toxicomanías, entre otros. En el segundo nivel están las relaciones más cercanas, es decir núcleo familiar, amigos, pareja y compañeros que el sujeto tenga y que influyan en su estilo de vida, creencias y puntos de vista sobre el bienestar integral. En el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios donde el sujeto cotidianamente desarrolla diversas actividades como el barrio, instituciones educativas, congregaciones religiosas, sitios de trabajo. Por último, el cuarto nivel, aborda factores relacionados con la sociedad, como las políticas sanitarias, económicas, educativas, sociales de la región o país en la que vive el sujeto y el grado de cercanía, conocimiento, postura crítica o posibilidad de hacerlas valer que tenga la persona (Bronfrenbrenner, 1976; 1986).

Con base en este marco de referencia, se puede afirmar que las problemáticas psicológicas deben ser abordadas teniendo en cuenta su carácter multifactorial, indagando las posibles causas en cada nivel y estableciendo una intervención coherente y que garantice el reconocimiento de las particularidades de la persona y al mismo tiempo favorezca un acompañamiento integral (Véase figura 1.).

Figura 1. Modelo ecológico para la comprensión de las problemáticas psicológicas.



Fuente: elaboración propia.

Igualmente, compendios médicos como el CIE- 11 y el DSM-V han establecido unas categorías que permiten establecer unos acuerdos sobre las diferentes enfermedades y dentro de ellas se encuentran las mentales; estos permiten identificar los signos y síntomas que están relacionados a las enfermedades y así poder establecer un diagnóstico e intervención acertados.

Tipos de problemáticas psicosociales

Las problemáticas psicológicas que se manifiestan con mayor frecuencia en la actualidad, se encuentran estrechamente ligadas con las características sociales que estamos viviendo y al mismo tiempo, con los recursos tanto internos de las personas (imagen de sí, reconocimiento de sus posibilidades y limitaciones, toma de consciencia de respeto que se debe a sí mismo y a los demás, entre otros) como externos (posibilidades educativas, laborales, redes de apoyo), para hacer frente a las situaciones adversas o momentos difíciles que durante la vida se pueden presentar.

La violencia auto infligida (suicidio), violencia en espacios públicos, colegios, episodios de violencia familiar, de pareja, negligencia, abandono, abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados sobre todo durante la época de la adolescencia, entre otras, son problemáticas cada vez más frecuentes y graves en nuestro contexto y las personas que las viven merecen un acompañamiento integral. Por lo cual estamos llamados a ser agentes de cambio, desde el lugar que cada uno ocupe en la sociedad, tanto como formadores dentro de un hogar, como de profesionales investidos de autoridad desde la formación que tenemos y con posibilidad de incidir tanto en el momento del encuentro personal con el paciente y su familia como en una fase preventiva, es decir, generando espacios de discusión, por ejemplo, sobre estrategias de solución de conflictos, entre otros.

De tal forma, a continuación, encontrará una organización por categorías de estas problemáticas psicológicas, sus características generales, criterios de diagnóstico y una guía básica para la atención primaria y direccionamiento de las personas con este tipo de dificultades. Esta guía se organiza entonces de la siguiente manera:

- Violencia
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Embarazo durante la adolescencia.

Violencia

La violencia “cercena anualmente la vida de millones de personas en todo el mundo y daña la de muchos millones más. No conoce fronteras geográficas, raciales, de edad ni de ingresos. Golpea a niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Llega a los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo. Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho de vivir su vida y criar a sus hijos sin miedo a la violencia. Tenemos que ayudarles a gozar de ese derecho, dejando bien claro que la violencia puede prevenirse, y aunando esfuerzos para determinar sus causas subyacentes y hacerles frente.” (Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas, Premio Nobel de la Paz en 2001)

Para enmarcar esta temática es preciso definir la violencia en términos generales, desde la OMS (2002) se plantea como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002, p. 4).

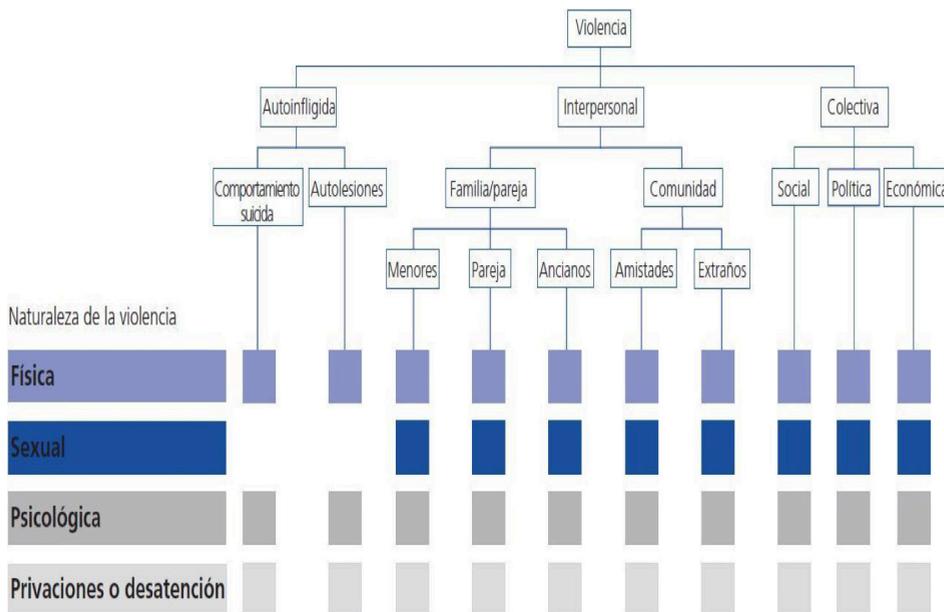
Esta definición involucra todos los actores de la sociedad, desde la familia hasta los de tipo armamentista en un país o población. Igual-

mente comprende diversidad de expresiones tanto físicas como emocionales, de tipo intimidatorio, que en nuestro contexto particular lamentablemente se dan con gran frecuencia en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como empresas, escuelas, familia, grupos de “amigos”, entre otros.

A partir del Informe mundial sobre la violencia y la salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra en el 2002, se establecieron múltiples factores que inciden en la aparición de esta problemática, explicándola por medio del enfoque ecológico, anteriormente expuesto y clasificando la violencia en tres tipos: auto infligida, interpersonal y colectiva.

Tipos de violencia

Figura 2. Clasificación de la violencia.



Fuente: OMS (2002).

Violencia auto infligida (suicidio)

La violencia autoinfligida comprende dos tipos, el comportamiento suicida y las autolesiones. Estas se diferencian, entre otros aspectos, en el grado de contundencia del acto y la intención de morir. La primera va desde el solo pensamiento de quitarse la vida, el paso a buscar estrategias para hacerlo, hasta llegar efectivamente a lograr su objetivo; no obstante, puede no ser clara esta intención por parte de la persona, según el informe mundial sobre la violencia y la salud, en el año 2003: “No todos los que sobreviven a un acto suicida se habían propuesto vivir ni todas las muertes por suicidio han sido planificadas” (p. 201). Otros nombres que suele recibir este acto son “intento de suicidio”, “daño autoinfligido deliberado”, “comportamiento suicida mortal” o “no mortal” para aquellas que no causan la muerte.

Hay varios momentos en este proceso, la ideación suicida consiste en “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (Eguiluz, 1995, p. 121), en otras palabras, consentir en el pensamiento o con la palabra el deseo de no vivir; esto suele acontecer a la mayoría de las personas en algún momento de su vida y no pasar de la idea, aunque a veces se constituye en el inicio de un fatal desenlace. El intento suicida sucede cuando la persona pasa a tomar acciones para atentar contra su vida, independientemente de la eficacia del método o la manera para realizarlo y si es consciente o no de las posibles consecuencias de su acción auto agresiva. Según información de la OMS, alrededor de 800 000 personas se suicidaron durante el 2014, esta es la tercera causa de muerte entre los 15 y 19 años de edad y el 79% de los casos se presenta en países con ingresos bajos y medianos.

De acuerdo con la OMS en su resumen ejecutivo sobre la prevención del suicidio, publicado en el 2014, existen diferentes mitos sobre el in-

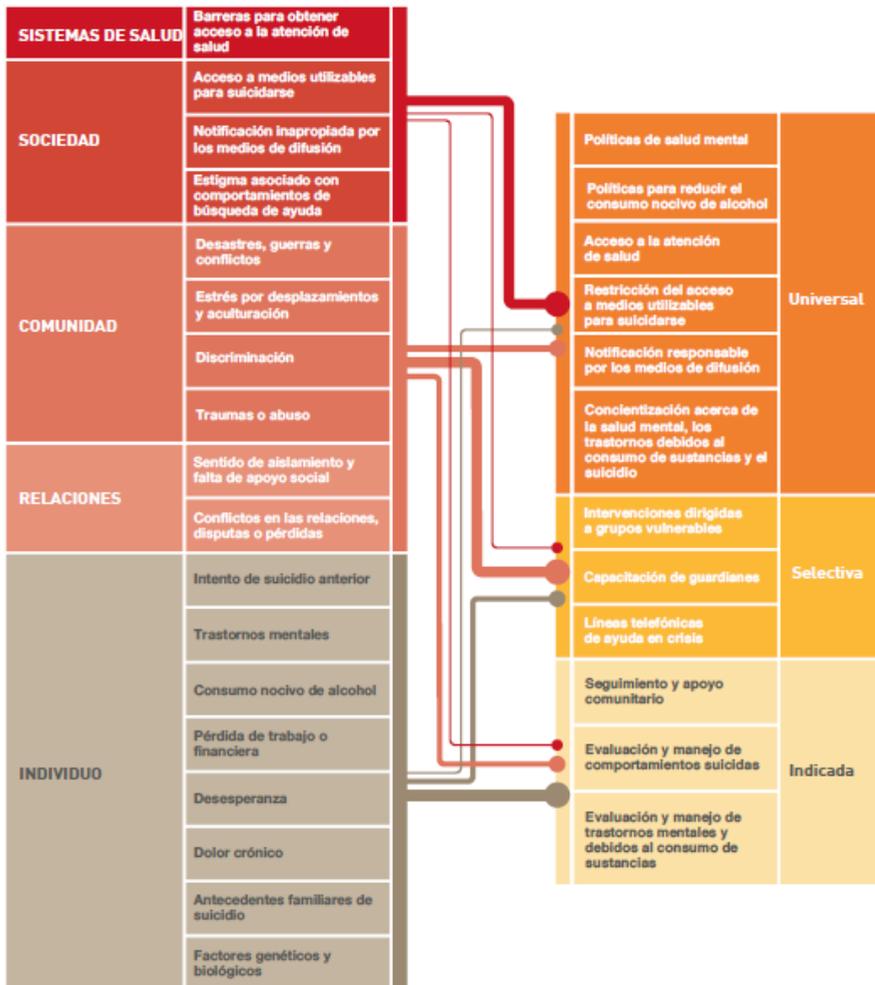
tento de suicidio, entre ellos está el creer que generalmente los suicidios se dan sin indicios previos, por el contrario: “La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.” (p. 29) A continuación se presentan algunos de ellos.

La automutilación, según la OMS, tiene que ver con: “la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente” (p. 201). Los comportamientos comprenden tanto mutilaciones de partes del cuerpo, golpearse, arrancarse el cabello, como mutilaciones sutiles, cortarse o quemarse la piel. No obstante, es difícil su evaluación en el momento de identificar la intencionalidad de la persona que lo realiza. Igualmente, aún no hay acuerdo sobre el considerar el comportamiento automutilador como una entidad clínica autónoma o parte de otras patologías, como lo plantean Maurente, L. y col.(2018) en su estudio, las automutilaciones en la adolescencia. En el artículo consideran tres factores para determinarlo: carácter directo o indirecto del acto, nivel de letalidad y aspecto repetitivo. En todo caso, debe ser considerada como una señal de alarma y por consiguiente implementar el protocolo idóneo para atender a la persona, quien generalmente es joven.

Los factores de riesgo de comportamiento suicida provienen de fuentes biológicas, psiquiátricas, sociales, ambientales y de la historia personal. Entre los aspectos psiquiátricos se encuentran, la depresión grave (el más frecuente), trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, ansiedad. Las fuentes biológicas pueden estar vinculadas a familiares biológicos que han cometido suicidio, a la deficiencia de serotonina, neurohormona que contribuye en el control del estado de ánimo y la agresión, luego de fases de enfermedad, también está relacionada con enfermedades graves e incapacitantes que llevan a la persona a hacer un cambio drástico en su vida y puede estar acompañada por depre-

sión. Los acontecimientos de la vida de la persona, como la muerte de un ser querido, la separación, diferentes tipos de violencia, entre otras, también pueden ser factores para tomar la decisión de no vivir más. Por último, entre los factores sociales y ambientales se encuentran la situación laboral, económica, migratoria o religiosa.

Figura 3. principales factores de riesgo suicida y las intervenciones que según la OMS considera pertinentes.



Fuente: OMS, 2014

Intento suicida versus gesto suicida

Una de las dificultades que se presenta al médico de urgencias que se encuentre a este grupo de pacientes, es diferenciar entre intento suicida y gesto suicida por su ambigüedad.

Gesto suicida se refiere a todas las actitudes y formas de comportamiento riesgosos para la integridad del individuo, pero que no están en su contenido consciente (no se planean, solo se ejecutan las acciones riesgosas). Esto puede pasar desapercibido o incluso estimularse, como en los jóvenes que desarrollan deportes extremos o cuando no se toman las debidas precauciones para alguna actividad. A veces asume la actitud de acciones heroicas.

Intento suicida es toda acción clara y contundente encaminada a acabar con la vida. Si la persona expresa la intención y de alguna manera la planeó con ese fin antes de ejecutarla, así sea el paciente que toma una cantidad evidentemente no mortal de medicamentos o se corta las muñecas de forma superficial, sin importar si la motivación es huir (suicidio como salida a los problemas), chantajear (generar culpa o vergüenza en otros), o llamada de socorro (pidiendo auxilio o atención) o las tres cosas a la vez como sucede casi siempre, **debemos considerarlo intento suicida.**

Evaluación del riesgo suicida

Lo importante allí no es determinar la motivación evidente, sino detectar el RIESGO SUICIDA PERSISTENTE, lo cual muchas veces se obvia, una vez se ha ejecutado la labor médica de urgencias de salvar la vida tras el intento.

Idealmente toda persona que ha realizado un intento o un gesto debe ser valorado por personal entrenado en salud mental para intentar determinar este riesgo persistente o residual.

Como regla básica, es mejor errar por exceso que por defecto, así que es mejor remitir el paciente para valoración, que enviarlo a la casa ante la idea de que ese intento no se repetirá. Tal vez el paciente esté buscando este tipo de atención.

Algo claro es que algunos pacientes se deben hospitalizar obligatoriamente:

- Paciente que exprese persistencia de la idea suicida. “Cuando salga de aquí me voy a matar”.
- Paciente que no tiene apoyo familiar adecuado. “Este muchacho lo único que sabe es crearme problemas. Ahora como hago para pagar esto. Mejor se hubiera muerto”.
- Si el intento fue severamente violento o extraño (siempre hay que valorar si esta psicótico). “Se enterró una aguja en el ombligo o se tragó vidrio o pedazos de cuchilla de afeitador, etc.).
- Si el paciente está evidentemente psicótico. “Oigo una voz que me dice que me mate”.
- Ante alto grado de sospecha de que el paciente o los familiares están mintiendo es preferible equivocarse en bien del paciente y hospitalizarlo.

Violencia interpersonal

Esta comprende dos tipos:

- **Violencia intrafamiliar:** se produce entre miembros de la familia, compañeros sentimentales o hacia aquellas personas con pocas posibilidades de defender su integridad física y emocional como los niños y los ancianos. Puede darse violencia física, psicológica, sexual, abandono y negligencia en el caso de los niños.
- **Violencia comunitaria:** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece general-

mente fuera del hogar. Se puede dar entre vecinos, estudiantes de colegios, donde se privilegia la violencia física y emocional (matoneo) y se traduce en amenazas, intimidación, burlas, bromas pesadas, por medio de herramientas como las redes sociales de internet. Este último caso, se ha incrementado en nuestras Instituciones educativas, sobre todo a nivel de bachillerato, el chico(a) intimidado puede llevar a perder interés por sus estudios o tener problemas psicosomáticos, trastornos emocionales, deprimirse, mostrarse ansiosos ante situaciones que involucren el contacto con sus pares, como eventos en el colegio, el tiempo de descanso, o simplemente las horas de clase; en algunos casos puede llevar a tomar la decisión de quitarse la vida o en otros pasar de agredido a agresor.

Conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos

Refiere a acontecimientos violentos a gran escala como genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado. Esta expresión no será abordada en este documento.

Tabla 1. Guía Básica para Ingreso y Manejo del Sujeto afectado por problemática de Violencia: Signos compartidos y específicos a diferentes tipos de violencia.

	IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE VIOLENCIA			
	INTENTO SUICIDA	VIOLENCIA DE PAREJA	VIOLENCIA INFANTIL	VIOLENCIA JUVENIL
Signos diferenciales o específicos a una problemática	<p>Existencia de un reporte anterior de intento de suicidio</p> <p>Según la historia referida por el paciente o sus familiares, el paciente ha tenido ideación suicida o intentos de quitarse la vida.</p> <p>Ha tenido eventos precipitantes como ruptura amorosa, muerte de un ser querido, enfermedad, entre otras, que lo han llevado a tomar esta decisión.</p>	<p>Reporte anterior de violencia.</p> <p>Percibe el maltrato como algo normal en su relación.</p> <p>Es amenazada-o con el abandono, hacerles daño a los hijos y/o familia.</p> <p>Es obligada-o a mantener relaciones sexuales contra su voluntad.</p> <p>Se siente perseguida-o, intimidada, amenazada de muerte, con miedo constante a una persona o a un evento de violencia real.</p> <p>Las mujeres por diferentes razones pueden no expresar abiertamente el asunto de violencia de pareja, síntomas depresivos, problemas con sus hijos, miedo y culpa por perder a su pareja, dificultades en su sexualidad.</p>	<p>El niño explicita que ha sido abusado-a sexualmente (creer en la palabra del niño(a) través de un informante competente.</p> <p>Signos de abandono total o parcial, desnutrición, desescolarización, condiciones de salud deteriorada, descuido en su apariencia física, Se observa poco interés o interés exagerado en sus expresiones de dolor.</p> <p>Mucha agresividad o extrema pasividad, aislamiento y retraimiento. Edad entre 0 y 14 años.</p>	<p>Ingresa por lo general por signos físicos (lesiones en su cuerpo).</p> <p>Refiere haber estado en un conflicto previo con otros jóvenes o con la autoridad.</p> <p>La edad oscila entre los 15 y los 20 años.</p> <p>Cuando son víctimas de matoneo: depresión, ansiedad, problemas psicosomáticos, actitud pasiva ante el conflicto y rechazo a transitar por ciertos lugares o a ir al colegio.</p> <p>En algunos casos ideación o intento suicida</p>

	IDENTIFICAR POSIBLE TIPO DE VIOLENCIA			
	INTENTO SUICIDA	VIOLENCIA DE PAREJA	VIOLENCIA INFANTIL	VIOLENCIA JUVENIL
Signos compartidos	<p>Lesiones en su cuerpo: con objetos corto punzantes, armas de fuego u otros objetos que causen contusiones, intoxicación por medicamentos o sustancias psicoactivas. Se observan hematomas (moretones), laceraciones, quemaduras o erosión o formación de cicatrices en las comisuras de la boca.</p> <p>Inestabilidad emocional, cambios en el estado de ánimo al sentirse temeroso de los demás, confusión ante los ofrecimientos que le hacen para ayudarlo percibiéndolo como algo agresivo o peligroso.</p>			

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Guía para el abordaje inicial de la problemática de violencia en atención primaria.

	Guía básica para una entrevista y manejo del paciente con signos de violencia			
	Motivo de Consulta	Historial previo	Evaluación del Estado mental	Evaluación de riesgos para el paciente
Fase de indagación	Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar.	Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, el estado emocional, médico, en las personas significativas para él que podrían brindarle ayuda por fuera del hospital (redes de apoyo) y en su salud mental. Si el paciente tiene antecedentes de enfermedad mental es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió.	Determinar el estado del paciente, está consciente o inconsciente, orientado.	¿El paciente ha amenazado con agredir a otros o a él mismo? Aunque el paciente no refiera explícitamente se debe determinar el riesgo.

	Guía básica para una entrevista y manejo del paciente con signos de violencia			
	Motivo de Consulta	Historial previo	Evaluación del Estado mental	Evaluación de riesgos para el paciente
Sugerencias para la entrevista previa	<p>INTENTO SUICIDA ¿Has tenido alguna situación difícil últimamente, cuál?, ¿cómo te has sentido respecto a esto?, ¿cómo has enfrentado estas dificultades?, ¿le has contado a alguien la situación que estás viviendo?, ¿qué otras opciones has pensado para solucionar el conflicto?</p> <p>VIOLENCIA DE PAREJA (debe ser entrevistada sola, sin presencia del compañero) Si llega con lesiones en su cuerpo ¿qué sucedió para que fuera golpeado-a de esta forma? Si hay sospechas, ¿usted con quienes vive?, ¿cómo se siente usted con las personas que vive, hijos, compañero-a, esposo-a?, ¿últimamente ha tenido alguna situación conflictiva o que le genera estrés o molestia en su familia o fuera de ella?, ¿hay algún asunto que preocupe en relación salud física o con la forma como se siente últimamente, aburrida, molesta, sola, cansada, etc.? ¿Ha sido forzada/o por su pareja a hacer algo con lo que no está de acuerdo? ¿A qué personas les ha contado lo que le está ocurriendo en este momento? ¿Cómo se siente frente a esta situación?, ¿qué ha pensado hacer al respecto?</p> <p>VIOLENCIA INFANTIL Cuando llega el niño-a, puede ser remitido por la Institución Educativa, por alguien de la familia, vecino, en otros casos por la policía u otro organismo competente y lo que se pretende es hacer una valoración física y psicológica. Por lo general, el niño-a puede estar confundido con la situación, sentirse culpable, temeroso, bajo amenaza o intimidación. Por esto es necesario brindarle confianza, seguridad y hacerle saber que él no es culpable. Cuando esté tranquilo preguntar: ¿Cuéntame cómo pasó? Hubo amenazas, ¿quién lo hizo?, ¿a quién más le has contado?, ¿cuándo pasó?, ¿dónde?, ¿cuántas veces ha ocurrido?, ¿desde hace cuánto?, ¿cuándo ocurrió la última vez?, ¿dónde estaban los otros miembros de la familia? Identificación del agresor.</p> <p>VIOLENCIA JUVENIL En caso de violencia escolar o matoneo, si es la persona intimidada es importante hacerle saber que allí está seguro y que es mejor denunciar que permanecer en silencio: ¿Cómo te sientes en tu colegio?, ¿cómo te la llevas con tus compañeros?, ¿qué cosas son las que más te gustan y te disgustan de los compañeros de tu colegio?, ¿a quién le has contado sobre este asunto?, ¿tu familia conoce lo que está pasando contigo y tus compañeros?, ¿cómo piensas enfrentar esta situación?, ¿cómo han manejado la situación en tu colegio? para ampliar la entrevista ver capítulo 3: Cuestionario de Ortega, Mora-Merchan y Mora (2010), para alumnado, sobre Intimidación y maltrato (Adaptado) y AUTOTEST CISNEROS.(2005) Piñuel I, Oñate A.</p>			

	Guía básica para una entrevista y manejo del paciente con signos de violencia			
	Motivo de Consulta	Historial previo	Evaluación del Estado mental	Evaluación de riesgos para el paciente
Fase de intervención y remisión del paciente	<p>- Una vez logrado establecer un panorama del estado y la historia del paciente se debe determinar el procedimiento a seguir con el mismo.</p> <p>- Evalúe si se requiere una remisión a una institución especializada en casos de violencia o basta una intervención en el nivel primario en medicina general, psicología, trabajo social u otro profesional de la institución.</p> <p>- Si se requiere remitir revise el anexo de instituciones en especializadas en violencia y las personas de contacto.</p> <p>- Tenga en cuenta los servicios prestados en la institución hospitalaria como: psicología, trabajo social u organizaciones de apoyo comunitario como redes sociales de apoyo, grupos terapéuticos u ocupacionales que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares. En otras instituciones como el HPUV o el HUV solicitan exámenes de laboratorio previos. Antes de remitir revise si el paciente tiene los documentos para ingresar a la institución.</p> <p>¿Ha considerado que el paciente pueda tener otra enfermedad?</p>			

Fuente: elaboración propia.

Embarazo Adolescente

El reporte de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en el 2010, informa que de las menores de 20 años embarazadas encuestadas, el 66% no tenía planeada la llegada de un bebé aun y sus proyectos de vida eran diferentes, el 50% lo había pensado, pero más adelante, el 16% no lo quería en ese momento y el 34% si quería tener un hijo en ese momento de su vida.

Esto evidencia el gran número de adolescentes que sin planearlo se encuentran ante una condición que implica un cambio profundo en sus proyectos, intereses, deseos, expectativas a futuro y se ven enfrentadas a tomar decisiones en algunos casos en su relación de pareja, asumir nuevas responsabilidades, pensar y sentir en otro ser humano que lleva por un tiempo con ella y que requiere todo el cuidado, cariño y

protección; que en ocasiones, la madre adolescente no está preparada o se encuentran en ella sentimientos variados frente a su condición, su bebé y lo que representa para ella asumirse como madre.

Sin dejar de lado las implicaciones a nivel social, la educación que en ocasiones es abandonada, los amigos que frecuenta y las relaciones con su familia que pueden brindarle o no un acompañamiento en este nuevo momento de su vida. Todos estos factores rodean la nueva madre adolescente quien llega al servicio de atención.

La Organización Panamericana de Salud reporta que entre el 2000 y 2005 se registraron en el mundo 133 millones de embarazos, de los cuales 14 millones (10.5%) corresponden a madres entre 15 y 19 años, el mayor porcentaje se registra en América Latina y Caribe (16.3%), África (15.8%), y Norte América (12.2%). Colombia ocupa el tercer lugar de embarazo de adolescentes en América Latina, seguido de Venezuela y Brasil con proporciones de 20.5%, 18% y 16.9% respectivamente.

Según el Conpes Social, las investigaciones realizadas alrededor del embarazo adolescente coinciden en afirmar el carácter multifactorial del mismo. Desde la teoría de los determinantes sociales, que hace referencia al conjunto de variables individuales, sociales y estructurales que se relacionan para explicar los fenómenos asociados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, estos se ubican en próximos, intermedios y distales.

Los factores próximos incluyen tanto condiciones biológicas como de carácter individual, esto es, el inicio temprano de las relaciones sexuales. La conciencia del cuidado de su cuerpo y el grado de conocimiento sobre el uso de los métodos de planificación. Los intermedios tienen que ver con las condiciones familiares, como el nivel de confianza, escucha, diálogo, comprensión, el tipo de normas y cuidado prestado de los adultos hacia la niña o adolescente. Las concepciones

sobre equidad de género, sobre la formación académica, el trabajo, las relaciones de pareja, la decisión frente a conductas de riesgo son elementos que influyen en la postura que tome la chica frente a su sexualidad. Por último, los factores distales se relacionan con el contexto social, económico, acceso a servicios públicos, las relaciones que establece con sus pares, igualmente el conocimiento que tenga sobre los distintos planes que se ofrecen por parte de las entidades públicas del país y la región, por ejemplo, los servicios amigables.

Con el propósito de disminuir las cifras de embarazos adolescentes, la OPS, entre otras estrategias, propone visibilizar las cifras detallando los factores determinantes y maneras de afrontarlos de modo eficaz. Otra propuesta, es diseñar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables, teniendo en cuenta sus características, necesidades y sus valores culturales, lo cual podría garantizar una mejor recepción de las propuestas. Además, proponen vincular a la población joven en el diseño y ejecución de actividades, lo cual genera compromiso, confianza y credibilidad en la población receptora.

En el protocolo de atención a la adolescente embarazada menor de 15 años, el sector protección, está encargado de hacer una investigación sociofamiliar y entregar un reporte a la fiscalía (sector justicia). En el caso del sector salud, si bien generalmente se cuenta con poco tiempo para atender a la paciente, es importante ofrecer un acompañamiento desde el cuidado y protección de la adolescente.

Tabla 3. Guía Básica para Ingreso y Manejo de la Paciente adolescente embarazada: Signos compartidos y específicos para la problemática de embarazo adolescente.

	Embarazo en adolescentes		
	Embarazo consentido	Embarazo no consentido (abuso sexual) por persona desconocida	Embarazo no consentido (abuso sexual) por persona conocida
Signos diferenciales o específicos a una problemática	La adolescente llega generalmente con una actitud tranquila, sola o en compañía de algún familiar o de su pareja.	Lesiones en su cuerpo: con objetos cortopunzantes, armas de fuego u otros objetos que causen contusiones, intoxicación por medicamentos o sustancias psicoactivas. Hematomas (moretones), laceraciones, quemaduras o erosión o formación de cicatrices en las comisuras de la boca. Infección urinaria, dolor al sentarse o al andar, sangrado. A nivel emocional sentimientos de culpa, miedo, pánico, fobia, rechazo a algunos adultos.	Lesiones en su cuerpo: con objetos cortopunzantes, armas de fuego u otros objetos que causen contusiones, intoxicación por medicamentos o sustancias psicoactivas. Hematomas (moretones), laceraciones, quemaduras o erosión o formación de cicatrices en las comisuras de la boca. Infección urinaria, dolor al sentarse o al andar, sangrado. A nivel emocional sentimientos de culpa, miedo, pánico, fobia, rechazo a algunos adultos, conflictos familiares.
Signos compartidos	Condición de embarazo.		

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Recuadros determinantes sociales embarazo adolescente.

RECUADRO 5	
FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE IDENTIFICADOS POR LOS PARTICIPANTES	
<p>Individuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pubertad y neurodesarrollo durante la adolescencia y control limitado de los impulsos • Falta de conocimientos sobre sexualidad y reproducción • Iniciación sexual precoz o forzada • Unión precoz o forzada • Uso irregular de anticonceptivos • Ideas erróneas sobre los anticonceptivos • Perspectiva de futuro y percepción de sí misma 	<p>Relación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores y expectativas de familiares, compañeros, profesores, etc. en cuanto a sexualidad, embarazo, violencia, etc. • Presión de los compañeros para tener pronto relaciones sexuales • Presión de la pareja para tener pronto relaciones sexuales • Bajo nivel de conexión con adultos en casa, en la escuela o en la comunidad • Escaso apoyo familiar y escasa transferencia de recursos y habilidades positivas para afrontar dificultades • Tolerancia o práctica de la violencia sexual
<p>Comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a educación sexual integral en casa, en la escuela o en la comunidad • Falta de acceso a servicios de salud y anticonceptivos asequibles • Falta de capital social y activos comunitarios de apoyo • Falta de normas y valores culturales y de género de apoyo y empoderamiento 	<p>Sociedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Políticas, leyes y normas sociales que no reconocen la sexualidad de los adolescentes ni su necesidad de educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos • Escasez de oportunidades educativas y laborales para los adolescentes de ambos sexos • Normas y valores que favorecen la desigualdad entre sexos • Tolerancia y aceptación de la violencia de género

Fuente: Profamilia, 2015.

Primer momento (determinar las condiciones en que se presenta el embarazo) La paciente acude al servicio de salud ya sea por urgencias o por consulta externa y ella misma manifiesta o usted considera que presenta signos de embarazo. A continuación, encontrará una tabla que le muestra signos diferenciales y compartidos de las posibles condiciones en las que se ha presentado el embarazo con fin de ayudarlo a determinar si la paciente presenta un embarazo no consentido, de qué manera ofrecer un acompañamiento oportuno para, posteriormente, determinar el curso de acción a seguir.

Tabla 4. Guía para la orientación inicial en la problemática de embarazo adolescente.

	Motivo de consulta	Historial previo	Estado mental	Riesgo de autoagresión o agresión a otros
Fase de indagación	Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar.	<p>Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, su estado emocional, mental y médico, las personas significativas para ella que podrían brindarle ayuda por fuera del hospital (redes de apoyo) y en su salud mental. Si la paciente tiene antecedentes de enfermedad mental o es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió.</p> <p>Descartar enfermedades orgánicas derivadas del abuso sexual, solicitar exámenes: - Citología vaginal - Examen de VIH - Serología (VDRL) - Sífilis - Hepatitis b - Hepatitis c</p>	Determinar el estado de la paciente, está consciente inconsciente orientada	<p>¿La paciente ha amenazado con agredir a otros o a ella misma? Aunque la paciente no refiera explícitamente, se debe determinar el nivel de riesgo</p>

	Motivo de consulta	Historial previo	Estado mental	Riesgo de autoagresión o agresión a otros
Sugerencias para la entrevista previa	<p>- Tenga en cuenta su actitud (de apertura y de escucha) ante las inquietudes, temores, creencias expresadas por la adolescente, además brindar información clara y con términos comprensibles por ellas. En estudios realizados a nivel nacional, las adolescentes plantean que el personal de salud “no habla su mismo idioma”, no comprenden la información que se les brinda y por lo tanto, acuden a sus pares que posiblemente ofrezcan información equivocada.</p> <p>- Partir de la veracidad en la información proporcionada por la adolescente y en caso de culpabilización, aclarar que no es culpable de esta situación y que allí podrá plantear sus dudas frente a este nuevo proceso, tanto a nivel orgánico como las relaciones que establece.</p> <p>- Proyecto de vida y embarazo adolescente están directamente relacionados, muy probablemente las adolescentes no cuentan con un proyecto claro, que les permita fijarse metas a corto, mediano y largo plazo, no obstante, en este momento es vital indagar sobre este aspecto, dado que de ello depende no solo su futuro sino el de su hijo o hija. Es necesario implementar programas de acompañamiento a esta población con temas como proyecto de vida, redes sociales con las que cuentan, regulación de las emociones, construcción del proyecto familiar, que les brinde herramientas a nivel personal, emocional y social, una atención que vaya más allá de controles prenatales y del estado físico de la madre. Vinculación al programa Servicios amigables. Si no cuenta con este programa remitir al hospital más cercano.</p> <p>En el capítulo 3 de este manual se encuentra el listado de instituciones En caso de abuso: Hubo amenazas, ¿conoces a esta persona?, ¿a quién más le has contado?, ¿Cuándo pasó?, ¿dónde?, ¿cuántas veces ha ocurrido?, ¿desde hace cuánto?, ¿Cuándo ocurrió la última vez?, ¿dónde estaban los otros miembros de la familia? Identificación del agresor.</p>			
Fase de intervención y remisión del paciente	<p>- Una vez se ha logrado establecer un panorama del estado y la historia del paciente se debe determinar el procedimiento a seguir con el mismo.</p> <p>- Evalúe si se requiere una remisión a una institución especializada en adolescentes embarazadas (como el ICBF) o basta una intervención en el nivel primario en medicina general.</p> <p>- Si se requiere remitir revise el anexo de Instituciones en especializadas atención a adolescentes embarazadas y las personas de contacto.</p> <p>- Tenga en cuenta los servicios prestados en la institución hospitalaria como: psicología, trabajo social u organizaciones de apoyo comunitario como redes sociales de apoyo, grupos terapéuticos u ocupacionales que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares. En caso de remisión al Hospital Universitario del Valle o al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, debe revisar los documentos y los exámenes requeridos, para que el paciente no pierda la cita</p>			

Fuente: elaboración propia.

Consumo de sustancias psicoactivas

En cifras reportadas por la UNODC, el consumo de sustancias psicoactivas prevalece entre la población juvenil a nivel mundial. En países como Canadá y los Estados Unidos de América (EE. UU.) jóvenes entrevistados informan haber consumido marihuana al menos una vez durante los años 2000 y 2001. A nivel nacional, el consumo se encuentra por debajo del nivel regional en especial la marihuana es la droga más consumida (8,2 %) por las personas en el Valle del Cauca, por encima solo un poco de los niveles nacionales (8 %). En cuanto a la ciudad de Cali, se aprecia que el 82,9 % de la población en el 2008 consumió alguna vez alcohol en el 2008, este porcentaje es 3,7 % menor que la prevalencia de Colombia, y 2,2 % menor que la encontrada en el Valle.

La marihuana es la sustancia ilegal más consumida en el Valle, por encima de los indicadores nacionales. En Cali, 10,6 de cada cien personas habría consumido marihuana alguna vez en la vida, este porcentaje es 32 % mayor que el observado en Colombia (8 %) y 29 % mayor que el observado en el Valle del Cauca (8,2 %). Por su parte el consumo de cocaína en Cali es 28 % mayor que en el total de Colombia

Estos alarmantes porcentajes tanto en Cali como en el Valle del Cauca, muestran que esta problemática cada vez “consume” más personas en nuestro contexto, en especial adolescentes y jóvenes. La causa de flagelo es diversa, tanto correspondientes al propio del sujeto (como organización psicológica, valoración de sí mismo, entre otros) como externos a él (escolarización, características de la vecindad, entre otros) y a su vez afecta las diferentes esferas de la vida del sujeto, la orgánica, la psicológica, el ámbito social en el que se desenvuelve, la mirada que tengan los otros sobre él., etc.

A nivel fisiológico tiene impacto en varios órganos y sistemas, especialmente en el sistema nervioso central, como reacción a la toxicidad

dad de las drogas psicoactivas, que pueden manifestarse inmediatamente, a mediano o largo plazo, de acuerdo a los componentes de las sustancias y a la particularidad de cada organismo. A nivel psicológico, se debe considerar la historia de vida del sujeto, la manera como han significado sus relaciones parentales, familiares y de amistad y las expectativas que tiene de su futuro, metas, sueños, lo cual se constituye en factores protectores o de riesgo en el proceso de adicción a las sustancias psicoactivas.

Desde la literatura sobre el tema, se han establecido cinco fases o tipos de consumo, que van en aumento de acuerdo a unos factores determinantes para su evolución, que son: la motivación principal de consumo, el desarrollo de tolerancia a la sustancia y, por último, la capacidad para controlar su uso (Véase figura 6.)

Figura 6. Cinco fases o tipos de consumo.

1	Experimental	Consumo motivado por la curiosidad, presión de grupo y búsqueda de riesgos.
2	Social	Consumo relacionado con actividades específicas, de tipo recreativo o social.
3	Instrumental	Consumo relacionado con la intención de procurarse emociones placenteras o la evitación de malestar, a través de la utilización de sustancias químicas.
4	Habitual	Incorporación del uso de drogas al estilo cotidiano de vida.
5	Compulsivo	Pérdida del control, condicionando las actividades de la vida al consumo, con el consiguiente deterioro en todas las áreas.

Fuente: Cohen y Estroff, 2001.

Problemáticas sociales asociados al consumo

Desde una mirada psicológica, el consumo es la expresión de dificultades centradas en los vínculos afectivos. El ser humano, como sujeto psicológico va más allá de sus instintos ubicándose en el plano de la conciencia, es decir en la búsqueda de un bienestar y de unas condiciones que permitan enriquecer su vida de experiencias interesantes y gratificantes. En este marco, la familia y el contexto social están encargados de transmitir la riqueza cultural, de fortalecer los vínculos afectivos, enseñarle con su ejemplo el significado del cuidado y el respeto por sí mismo y por el otro, de mostrarle las normas y los valores para convivir con otros seres humanos. Cuando dichos referentes culturales no se transmiten de manera amorosa, respetando la integridad, los puntos de vista divergentes y asumiendo de manera responsable este compromiso, se tiende a presentar dificultades en la forma como el sujeto desde la infancia va dando sentido a su vida, evidenciándose niños, adolescentes o jóvenes carentes de representaciones de figuras representativas y valoradas que sean reconocidas como referentes. Por el contrario, tienden a replegarse hacia sí mismos, en la soledad de su habitación frente al computador o al televisor, deambulando por las calles sin rumbo y tiempo definido, sin noción de pasado y mucho menos de futuro, con encuentros pasajeros que les brindan satisfacción o protección momentánea.

En este marco, una de las maneras de refugiarse en un mundo imaginario es el consumir sustancias psicoactivas, donde se siente seguridad, se colma momentáneamente la necesidad de afecto, de comprensión, de estar en comunidad compartiendo gustos comunes y además adquirir cierto lugar en el grupo, como alguien capaz de transgredir lo convencionalmente prohibido.

Visto de esta forma se constituye en una problemática social y una responsabilidad conjunta, donde no solo el sujeto consumidor sino su red familiar, organizaciones prestadoras de servicios educativos,

de salud, culturales, deportivos entre otros, tienen un nivel de responsabilidad y están convocados a generar puentes para vincular a estos niños, adolescentes, jóvenes en procesos que favorezcan una mirada esperanzadora, de confianza en el otro y de futuro.

La familia por lo general requiere de un lado mucha orientación para el manejo de las diversas conductas perturbadoras del adolescente, pero a su vez también necesita de orientaciones en torno a las secuelas que la adicción de su hijo(a) ha dejado en ellos. De otro lado, es muy frecuente que los padres requieran de orientaciones en cuanto a los patrones de crianza, a las medidas o estrategias disciplinarias, del manejo de los reforzadores y el manejo en general de la autoridad en el hogar. A su vez, en variados casos es menester hacer intervenciones en el binomio padres por un conflicto conyugal crónico, o en su defecto requieran intervenciones para otras adicciones sea de sedantes, por ejemplo, en el caso de las madres o de alcoholismo en el caso parental. Tales hallazgos, pueden hacer que toda una familia requiera de intervención y que haga del caso uno de pronóstico variable en función al compromiso familiar con las diversas intervenciones.

Dentro de los diversas aproximaciones terapéuticas no se ha visto que ninguna sea superior a otra, sin embargo los abordajes que más eficacia han demostrado son las intervenciones de consejería, las cognitivos conductuales (habilidades sociales, asertividad, manejo de la apetencia, manejo de las distorsiones cognitivas etc.), la terapia de prevención de recaídas (tanto en la modalidad de consejería como cognitivo conductual), las diversas terapias de relajación, tanto la clásica tipo Jacobson, como aquellas mediante ejercicios de tipo aeróbicos de manera regular, así como las diversas terapias de familia, en especial la consejería en escuela de padres. (Saavedra, 1994; 1997).

La experiencia demuestra que los adolescentes que se mantienen por espacio de uno a dos años en tratamiento continuo tienen una

mayor tasa de recuperación que aquellos que sólo cumplen con el programa de internamiento o que acaban prematuramente el seguimiento ambulatorio. Se sabe que las deficiencias que se encuentran en el adolescente son múltiples y que el tratamiento es todo un proceso de cambio progresivo. De otro lado, es relevante también destacar que, en el seguimiento del consumo de drogas, en particular de drogas ilegales, es de suprema importancia la certificación de la abstinencia mediante exámenes toxicológicos urinarios continuos y de manera regular, con la finalidad de evitar que el (la) adolescente manipule la información y se las ingenie para consumir sin ser descubierto por los padres o el terapeuta.

Así mismo, es importante puntualizar que en el adolescente suelen existir algunas necesidades específicas diferenciadas de las del adulto joven. En primera instancia el consumo de drogas por lo general genera diversos estancamientos en el proceso evolutivo de la adolescencia, por lo cual debe facilitarse el paso y la resolución de todas las tareas evolutivas afectadas por la adicción. En particular, se halla el proceso de individualización, el mismo que en variadas ocasiones se ve retrasado por el mismo proceso del tratamiento adictivo; de otro lado la interacción con el sexo opuesto, donde no es infrecuente que se hayan tenido dificultades, tanto desde la perspectiva de inhibiciones y limitaciones en las habilidades sociales de interacción social, como también en casos específicos como son embarazos precoces y todo lo que representa ser padre/madre durante este proceso evolutivo. A su vez, los aspectos académicos y vocacionales constituyen otra área que amerita de evaluaciones psicológicas muy específicas para determinar las capacidades cognitivas y en función a ello planificar la consejería específica en el área académica. En lo referente a lo vocacional, en aquellos que han culminado sus estudios, la orientación psicológica y mediante test específicos son de suprema importancia, en virtud que muchas veces el adolescente escoge las diversas carre-

ras en función a ideas a veces distorsionadas y no en función a sus capacidades cognitivas, intelectuales o emocionales (Saavedra, 1994).

A su vez, se sabe también que el seguimiento de un adolescente en variadas ocasiones debe ser hasta por cinco años. Los primeros seis meses son los de estabilización de la condición adictiva, posteriormente se da la reinserción progresiva tanto en el plano académico y/o laboral, monitoreando a su vez que el (la) joven culmine de manera satisfactoria las diversas fases evolutivas de la adolescencia. Importante en estos procesos es la interacción del mismo con su entorno familiar, el mismo que en variadas ocasiones se encuentra también con deficiencias que requieren de un abordaje específico (Saavedra, 1994).

Problemas médicos asociados al consumo

A nivel físico, el consumo de sustancias psicoactivas causa diferentes reacciones que van desde las más leves, como cambios de temperatura, sudor, cefalea, tos, dolor torácico, estimula o deprime del sistema nervioso central y se pueden ir complejizando de acuerdo a la reacción de cada organismo, la cantidad de sustancias psicoactiva introducida en el organismo, el tipo o contenido de cada una de ellas, como depresión respiratoria y toda clase de dolencias del sistema respiratorio, generación o pérdida del apetito, taquicardia, convulsiones tónico-clónicas, dilatación pupilar. Igualmente, las condiciones poco higiénicas que rodean el consumo de sustancias, como el manejo de agujas u otros implementos, la promiscuidad sexual, entre otros, conllevan a enfermedades como el VIH, hepatitis B y C, sífilis, cirrosis hepática, entre otras enfermedades que pueden ser tan graves hasta causar la muerte.

Los (as) adolescentes que consumen drogas suelen estar en mayor riesgo de problemas médicos por infecciones de diverso tipo, desnutrición, y en el caso de adolescentes de bajos estratos socioeconómicos, enfermedades como la tuberculosis. A su vez, la educación se-

xual y en especial la orientación a las enfermedades de transmisión sexual constituyen un tópico que necesariamente debe ser tocado con el adolescente, dado que es un área que con mucha frecuencia ha sido relegada por los padres y que expone al(la) joven al contagio de enfermedades como el SIDA o sífilis u otras enfermedades sexuales en virtud de conductas sexuales no protegidas o conducta de riesgo ante el consumo de drogas.

Intoxicaciones

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en el CIE-11, se define la intoxicación como “[...] un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias sicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas” (Belloch et al. 1995, p. 256). De igual manera, la quinta versión del DSM-V, plantea que la intoxicación es un síndrome reversible en relación a sus signos y síntomas y dependiente de la sustancia consumida y el tiempo de haber sido ingerida.

Esta puede presentarse en personas que inician en el consumo, quienes reaccionan muy mal a las sustancias psicoactivas, tanto por la dosis consumida como por el tipo de sustancia. Igualmente, es importante tener en cuenta el peso corporal, edad, sexo y condiciones físicas de salud, actuales y previas y el contexto social en el que se dé la intoxicación como fiestas, eventos culturales, etc. Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal.

Teniendo en cuenta el perfil de sustancias consumidas por el adolescente, se analiza cada una de ellas destacando las consideraciones más relevantes para el (la) adolescente. En tal sentido en cuanto al

alcohol, la intoxicación severa puede dar estados de sopor e incluso inconsciencia, en especial en jóvenes novatos que tienen sus primeras experiencias de consumo intenso o que ingieren dosis elevadas en poco tiempo, o en su defecto hacen mezclas de licores como pasar de la cerveza al trago corto, tipo aguardiente, ron, o las famosos tragos preelaborados que en variadas ocasiones son mezclas de tragos cortos que inducen intoxicación severas en jóvenes no tolerantes.

Del mismo modo, la intoxicación severa se puede dar en mujeres, en especial cuando estas son victimadas, especialmente con la intención premeditada de inducir intoxicaciones severas con fines de violación. Es el caso de la violación que se da en una primera cita donde el joven la induce a tomar ya sea mezcla de tragos o tragos preparados. Aquí también es frecuente, bajo este rubro, el dar en el vaso de licor una benzodiacepina molida sin que la joven se percate para inducir un estado de intoxicación severa y luego aparecer ya sea en una residencia o en su defecto en un parque abandonada y ultrajada.

En cuanto al tabaco, si bien la adicción no es tan intensa en el adulto joven, si es importante a tener en cuenta, que aquellos ya han desarrollado una dependencia severa, es decir más de diez cigarrillos al día, la abstinencia brusca, puede dar un síndrome de supresión caracterizado por irritabilidad, malgenio, estados de cólera, ondulante, insomnio, ansiedad y deseos vehementes por fumar, dificultad en la concentración y aumento de apetito, aspecto muy preocupante en especial en la adolescente. Lo importante a considerar es que este cuadro suele iniciarse a las 12 a 24 horas después del último cigarrillo teniendo su pico de presentación entre el segundo y tercer día, para luego mantenerse por espacio de tres a cuatro semanas. (DSM-V, 2013). En variadas ocasiones la duración de este cuadro es una de las razones por las cuales el (la) adolescente suele volver a consumir el cigarrillo. De otro lado, es importante recordar que se ha encontrado una asociación entre el fumar y los estados depresivos, por lo cual,

se observa que muchos jóvenes pueden consumir con la finalidad de auto medicar su depresión.

Sobre las drogas ilegales, en nuestro medio, se destaca en primera instancia la marihuana, en tal sentido es aún la droga ilegal más consumida. Sin embargo, en cuanto las complicaciones asociadas a la intoxicación, estas son poco frecuentes en el adolescente en virtud que la dosis de consumo por lo general es baja. Uno de los aspectos a tomar en cuenta con la marihuana, a diferencia de la cocaína, se refiere al tiempo de duración de la intoxicación, la misma que si bien su pico se da entre los 20 a 30 minutos. Sus efectos pueden extenderse hasta por tres a cuatro horas. Tal situación puede hacer que el (la) adolescente pueda consumir una dosis antes de irse al colegio y otra a su salida y estar intoxicado gran parte del día con lo cual la incorporación de la sustancia en la vida cotidiana del (la) joven puede ser tan intensa que un joven vea muy difícil no estar bajo los efectos de la sustancia para poder funcionar apropiadamente.

En relación a las complicaciones, se destacan las crisis de pánico, con ansiedad, desesperación, sensación de falta de aire y angustia subsecuente, relacionada al temor que nuevamente le suceda una crisis similar. Los cuadros mentales más severos, son menos frecuentes, pero es importante tener en cuenta que el consumo crónico se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos de esquizofrenia con OR de 4.8. En cuanto a la abstinencia, lo que sí se sabe es que no existe riesgo alguno de supresión brusca y en virtud que las dosis en el adolescente son relativamente bajas, los síntomas de supresión son muy poco probables.

Referente a los derivados de la cocaína, se destacan la pasta básica de cocaína (en los estratos socio económicos bajos y medios) y el clorhidrato de cocaína (estratos elevados). Aquí también es aplicable lo de la marihuana en el sentido que en el (la) adolescente las dosis por lo

general no suelen ser tan elevadas y es más bien en la adultez temprana donde las dosis suelen ser mucho más elevadas conforme se acentúa la gravedad de la adicción. Caso especial cuando existe abuso/dependencia combinada con el alcohol, en ese sentido si existe un riesgo de consumos muy elevados en virtud que los límites naturales de tolerancia son rebasados por la droga asociada. Es decir, la sedación excesiva por el alcohol es revertida por la cocaína y es así que se induce una mayor capacidad de tolerar dosis más elevadas de ambas drogas. En tal sentido las complicaciones, en especial de naturaleza cardiovascular pueden ser de riesgo, particularmente por la producción en el cuerpo de la coca etileno, sustancia, generada por el consumo combinado de ambas drogas y que se sabe es mucho más tóxico a nivel cardiovascular y considerado como uno de los causantes de muerte súbita.

En cuanto a las drogas prescriptivas, en el adolescente, las anfetaminas o las drogas de diseño, son las que sí pueden generar complicaciones por intoxicación, en especial en las primeras crisis de pánico, que son episodios de angustia severa, con sensación de falta de aire, desesperación y temor de muerte inminente de minutos de duración y que por lo general es desencadenada durante el consumo y en menor frecuencia por la abstinencia de la anfetamina. A su vez, en el plano de las anfetaminas una de las complicaciones muy frecuentes se refiere a los episodios de depresión transitoria inducida durante la abstinencia, la cual puede ser muy similar a una depresión mayor, pero que característicamente suele ceder con el paso de pocas semanas. Es frecuente, que a veces sea incluso de horas o algunos días de duración. En tales circunstancias hay un riesgo suicida, condición que la familia debe conocer y cuidar en especial en la semana siguiente a la abstinencia de las anfetaminas. En el caso de las drogas de diseño, en especial el éxtasis, las complicaciones suelen darse en jóvenes novatos, en especial aquellos que no conocen la droga o que están

siendo inducidos en ella. Aquí la complicación más frecuente se circunscribe a las deshidrataciones severas por hiperactividad inducida por la sustancia, por lo general en ambientes hacinados y donde la temperatura puede inducir una mayor deshidratación. En tales circunstancias lo más frecuente suele ser el llamado “golpe de calor” en el cual la persona puede desmayarse por hipovolemia y además por la pérdida de electrolitos; es factible el desarrollo de complicaciones cardiovasculares del tipo de arritmias, hasta el paro cardiovascular y la muerte. Es una de las pocas drogas que, a pesar de haber ingresado hace pocos años a nuestro medio, ha sido causante de muertes por esta complicación.

Abstinencias

Según la OMS, lo considera como un síndrome: “Después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia, como opiáceos, barbitúricos, benzodiacepinas, cocaína y alcohol, la abstinencia puede intensificar la conducta de avidez o apetencia de la droga, por la necesidad de evitar o de aliviar las molestias ocasionadas por la privación o producir alteraciones fisiológicas lo suficientemente graves como para requerir tratamiento médico” (OMS, 2018).

Tabla 5. Guía básica para la identificación de signos específicos y compartidos de las variantes de la problemática de consumo de sustancias.

	IDENTIFICAR POSIBLE CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Problemáticas sociales asociadas al consumo	Problemas médicos asociados al consumo	Intoxicaciones	Abstinencias
Signos diferenciales	<p>Deterioro o reducción de actividades laborales o sociales, de ocio. Problemas de maltrato familiar, riñas callejeras, problemas legales, pérdida de su familia. Se emplea mucho tiempo en actividades de obtención de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.</p>	<p>Relacionados con el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico. Dependiendo del tipo de sustancias pueden presentarse enfermedades. Pacientes que se inyectan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen de VIH - Serología (VDRL) <p>En situación de calle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sífilis - Hepatitis b - Hepatitis c <p>Consumidores de licor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio de vitamina b12, - Ácido fólico - TGO, TGP, fosfatasa, alcalina para determinar cirrosis hepática. <p>Pacientes que inhalan solución, bazuco, cocaína</p> <ul style="list-style-type: none"> - TBC y radiografía de tórax. 	<p>De acuerdo al tipo de sustancia ingerida puede tener signos y síntomas comunes como: alteración de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio, la afectividad, agresividad, estado cognitivo y el comportamiento psicomotor e interpersonal.</p> <p>Signos y síntomas diferenciados:</p> <p>Alcohol: desinhibición, tendencia a discutir, juicio alterado, marcha inestable, nivel de conciencia disminuido.</p> <p>Opiáceos: apatía, desinhibición, enlentecimiento psicomotor, juicio alterado, somnolencia, disartria, miosis, hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos osteotendinosos (ROT).</p> <p>Depresores del SNC, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos: apatía y sedación, euforia y desinhibición, rendimiento psicomotor alterado, amnesia anterógrada, depresión respiratoria.</p> <p>Marihuana: ansiedad, euforia, distorsiones sensorceptivas, seguidas de depresión y sueño, alteración de la realidad, pérdida del autocontrol, estados de pánico, ideación paranoide. Genera apetito</p> <p>Cocaína: estimulante natural del SNC. Atención exagerada, conductas repetitivas, dolor torácico, mareo, depresión respiratoria.</p> <p>Va de una extrema sociabilidad al aislamiento. Pérdida del apetito. Se usa como estimulante para hacer ejercicio.</p> <p>Combinación de cocaína y alcohol: síndrome de hipertermia maligna.</p> <p>Nicotina: náusea, salivación abundante, dolor abdominal, sudor frío, cefalea.</p> <p>Anfetamínicos: crisis hipertensiva y adrenérgica, hiperreflexia y psicosis aguda.</p> <p>Cafeína: excitabilidad del SNC, hiperreflexia e irritabilidad, convulsiones tónico-clónicas, taquicardia, dilatación pupilar.</p> <p>Alucinógenos: reacciones de pánico, delirium, psicosis, labilidad emocional, despersonalización, distorsiones perceptuales.</p>	<p>Generalmente se expresa de forma opuesta a la manifestación de la intoxicación, si la sustancia es estimulante se convierte en depresora y viceversa.</p> <p>Las sustancias con mayor nivel de mortalidad en caso de abstinencia son: alcohol y tranquilizantes (sedantes, hipnóticos, ansiolítico y opiáceos). Requiere manejo médico-psiquiátrico.</p> <p>Las de menor mortalidad son: cocaína, estimulantes, algunos opiáceos y marihuana. Requiere medidas farmacoterapéuticas, para evitar complicaciones psicológicas y sociales.</p>

	IDENTIFICAR POSIBLE CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Problemáticas sociales asociados al consumo	Problemas médicos asociados al consumo	Intoxicaciones	Abstinencias
Signos compartidos	<p>Signos y síntomas no deben ser explicados por ninguna enfermedad médica ni por un trastorno mental o del comportamiento. Disartria, marcha inestable, agresividad, en ocasiones nistagmo, tendencia a discutir, alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo alterado según la intensidad del consumo y potencia del tóxico, alteraciones de la percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica. Fragilidad afectiva, inestabilidad emocional, distorsión de la realidad, percepción alterada.</p> <p>Afectan el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central, excitándolo o deprimiéndolo.</p> <p>Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p>Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.</p>			

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Guía básica para direccionamiento en la problemática de consumos de sustancias psicoactivas.

	CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Motivo de consulta	Antecedentes clínicos	Evaluación del estado mental	Evaluación riesgos del paciente
Sugerencias para la entrevista	<p>Indagar por el motivo que lleva al paciente o sus familiares a consultar</p>	<p>Es necesario hacer una reconstrucción de la historia del paciente, el estado emocional, médico, en las personas significativas para él que podrían brindarle ayuda por fuera del hospital (redes de apoyo) y en su salud mental. Descartar enfermedades orgánicas derivadas del consumo, para esto solicitar exámenes:</p> <p>Pacientes que se inyectan</p> <ul style="list-style-type: none"> - examen de VIH - serología (VDRL) <p>En situación de calle</p> <ul style="list-style-type: none"> -sífilis -hepatitis b -hepatitis c <p>Consumidores de licor</p> <ul style="list-style-type: none"> -laboratorio de vitamina b12, -ácido fólico -TGO, TGP, fosfatasa, <p>bilirrubinas para determinar cirrosis hepática.</p> <p>Pacientes que inhalan solución, bazuco, cocaína - TBC y radiografía de tórax.</p> <p>Si el paciente tiene antecedentes de enfermedad mental es urgente indagar por la medicación que haya tomado y por qué la suspendió.</p>	<p>Determinar el estado del paciente, está consciente o inconsciente, orientado.</p>	<p>¿El paciente ha amenazado con agredir a otros o a él mismo? Aunque el paciente no refiera explícitamente se debe determinar el riesgo.</p>

	CONSUMO DE SUSTANCIAS			
	Motivo de consulta	Antecedentes clínicos	Evaluación del estado mental	Evaluación riesgos del paciente
Fase de intervención y remisión del paciente	<p>Si es un caso de urgencia e identifica intoxicación o síndrome de abstinencia tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar y mantener los signos vitales y el estado de consciencia del sujeto - Inducir al vómito. - Lavado gástrico, en caso de que la inducción al vómito no sea exitosa o sea contraindicada esta inducción. - Tomar muestras de contenido gástrico para análisis toxicológico. - Canalizar una vía venosa, para permitir la administración de soluciones y medicamentos - Valorar necesidad y uso de diálisis peritoneal o hemodiálisis, según la severidad del caso, la sustancia usada y los protocolos para dichos procedimientos. <p>Una vez se logrado establecer un panorama del estado y la historia del paciente se debe determinar el procedimiento a seguir con el mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evalúe si se requiere una remisión a una institución especializada en consumo de sustancias o basta una intervención en el nivel primario en medicina general. - Si se requiere remitir revise el directorio de instituciones especializadas en atención a pacientes consumidores de SPA y las personas de contacto en la tercera parte del documento. <p>Tenga en cuenta que en ocasiones la ocurrencia de una crisis se debe a la suspensión del tratamiento farmacológico, de tal forma el servicio de medicina general se encuentran en capacidad de reformular al paciente.</p> <p>Tenga en cuenta los servicios prestados en la institución hospitalaria como: psicología, trabajo social u organizaciones de apoyo comunitario como redes sociales de apoyo, grupos terapéuticos u ocupacionales que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.</p> <p>En caso de remisión al Hospital Universitario del Valle o al Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, debe revisar los documentos y los exámenes requeridos, para que el paciente no pierda la cita.</p>			

Fuente: elaboración propia.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Belloch A., Sandín B., Ramos F., (1995) Manual de Psicopatología, Volumen I. Madrid: McGraw-Hill.
- Bronfenbrenner, U. (1976). The ecology of human development: history and perspectives. *Psychologia*, 19(5), 537-549.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Conpes Social. (2012) República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. lineamientos para el desarrollo de una estra-

- tegia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Bogotá, D.C., enero 31 de 2012 [internet]. Disponible: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/147.pdf>.
- Eguiluz, L. de L. (1995), “Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes”, Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 121-130.
- Maurente, Lucía, Garcia, Loreley, Garcia, Irene, Grunbaum, Susana, & Pérez, Walter. (2018). Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. Archivos de Pediatría del Uruguay, 89(1), 36-39. <https://doi.org/10.31134/ap.89.1.7>.
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Protocolo de atención de la menor de 15 años embarazada. Fondo de Población de las Naciones Unidas. MinSalud. 2014. [internet]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). El embarazo adolescente. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano ECLAP OPS/OMS, p.1 [internet]. Disponible En: http://www.clap.ops_oms.org/web_2005/estadisticasdelaregion/textos/e356-8 EmbarazoAdolescente.html.
- Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)/ Ministerio de Salud y Protección Social. ministerio protección social Colombia [internet]. Disponible: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>.
- Saavedra-Castillo, A. (1994): Epidemiología de la Dependencia a Sustancia en el Perú. Rev de Neuropsiquiatría, 57: 150-169.

Saavedra, A. (1997). Manual de Atención Primaria para el Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso de Alcohol. Parte I-II, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, Ministerio de Salud.

UNODC Informe Mundial Sobre las Drogas 2009 resumen ejecutivo. (2009) [internet]. Disponible: https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf.

World Health Organization, «Prevención del suicidio del suicidio: Un imperativo global,» 2014. [internet]. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B3DAB?sequence=1.

World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health.

priority (WHO/EHA/SPI.POA.2). Geneva: World Health Organization; 2002. [internet]. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf.

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). [internet]. Disponible: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.