



Facultad de  
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado**

***Consumo problemático de cocaína en adolescentes:  
un fenómeno biopsicosocial***

**Estudiante:** Clara Del Carmen Moyano Roselli

**CI:** 5.136.453-4

**Docente tutor:** Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández

**Revisor:** Prof. Adj. Dr. Paul Ruiz

*Montevideo, abril 2024*

“Cuidar el cerebro de los adolescentes debería ser una política pública”

(Ruíz, 2022)

# Índice

Resumen	5
Introducción	6
Desarrollo teórico	8
1. Adolescencia	8
1.1. ¿Qué es la adolescencia?	8
1.2. Cambios neurobiológicos en el cerebro durante la adolescencia. El modelo de los sistemas duales descrito por Laurence Steimberg	11
1.3. Factores de riesgo: el rol de la familia, los grupos de pares y las instituciones educativas	12
2. Sustancias Psicoactivas	13
2.1. ¿Qué es una sustancia psicoactiva?	13
2.2. Tipos de sustancias psicoactivas	14
2.3. Tipos de uso	15
3. Cocaína	16
3.1. ¿Qué es la cocaína?	16
3.2. Historia	17
3.3. La cocaína y su relación con el sistema nervioso central	18
3.4. Efectos	18
4. Consumo problemático	19
4.1. ¿Qué es el consumo problemático?	19
4.2. Consumo problemático, adolescencia y factores de riesgo	20
5. Trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancia desde el DSM-5	21
5.1. Trastornos mentales inducidos por sustancias	25
6. Propuestas de intervención	28
6.1. Intervenciones clínicas y sociales desde un enfoque de reducción de riesgos	28
6.2. Intervenciones clínicas psicológicas y terapéuticas	30
7. Adolescencia, salud mental y cocaína en Uruguay	33
Conclusiones finales	37



## Resumen

La presente monografía tiene como objetivo principal introducir la temática sobre consumo de cocaína en la población adolescente. Se abordará la problemática desde una perspectiva biopsicosocial haciendo énfasis en que los comportamientos propios de la conducta adolescente están relacionados con los cambios estructurales, funcionales y químicos que ocurren en el cerebro durante esta etapa. Una de las principales conductas de riesgo que suelen tener los adolescentes es el consumo de sustancias psicoactivas. En el caso de la cocaína, sus efectos estimulantes producen diversas consecuencias negativas que alteran el funcionamiento normal del Sistema Nervioso Central. Es común que los adolescentes prioricen el placer y la curiosidad antes que las consecuencias a futuro que conlleva el inicio temprano del consumo de sustancias. No obstante, desde el rol profesional se priorizará mitigar los riesgos mediante intervenciones y propuestas orientadas a la prevención, el tratamiento y reducción de daños. Esta perspectiva no insiste en desestimar los desarrollos de la psiquiatría, de lo contrario se complementan con la elaboración de un diagnóstico diferencial especificando el tipo de sustancia y sus efectos. Asimismo, se hará hincapié en la importancia que tiene la participación de las familias, los amigos y las instituciones educativas al momento de realizar las intervenciones correspondientes, así como también el apoyo y los recursos que debe brindar el estado a causa de la complejidad de la problemática.

**Palabras claves:** adolescencia, sustancias psicoactivas, intervenciones, cocaína.

## Introducción

El Trabajo Final de Grado que se desarrollará a continuación da lugar a la finalización del proceso curricular de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El proceso no fue lineal, ocurrieron diversas circunstancias en el camino que causaron frustración y desesperanza, sobre todo el período de emergencia sanitaria durante el 2020 y 2021. No fue hasta el año 2022 en el cual decido cursar la optativa “Modelos transdiagnósticos para la comprensión de la psicopatología en jóvenes” a cargo de la docente Gabriela Fernández y desde allí se despertó un interés personal por pensar y cuestionar la conducta adolescente desde otra perspectiva. Muchas veces nos preguntamos a nosotros mismos, o recordamos situaciones y episodios de nuestra adolescencia y nos preguntamos ¿por qué actuábamos de esa manera? ¿acaso se nos era imposible evaluar los riesgos de las situaciones a las que nos exponíamos? ¿por qué al crecer es cuando nos damos cuenta de los riesgos que estábamos dispuestos a asumir cuando éramos adolescentes? Durante el pasaje por la optativa se lograron responder muchas de estas preguntas, así como también ser puntapié esencial para seguir aprendiendo y estudiando un fenómeno tan complejo como el vínculo de la adolescencia y el consumo desde un entramado biopsicosocial. No obstante, seleccionar una sola sustancia para trabajar no fue sencillo. Tenía varias opciones que me interesaba abordar, sin embargo, el motivo por el que elegí la cocaína también fue muy personal. Si bien la cocaína no es la droga más consumida por los adolescentes, las experiencias de personas allegadas que se iniciaron en el consumo de cocaína durante la adolescencia me han constatado sobre sus altos niveles de adictividad.

Luego de una búsqueda exhaustiva de artículos científicos y revisiones bibliográficas que abordan la temática seleccionada, opté por comenzar la monografía definiendo el concepto de adolescencia, las edades que comprende, las transformaciones neurobiológicas y las redes de apoyo que atraviesan este periodo de la vida. En segundo lugar, se desarrollará la concepción de sustancias psicoactivas, la distinción de las mismas a raíz de sus efectos en el Sistema Nervioso Central y los tipos de uso que los usuarios puedan presentar. En tercera instancia se dará lugar a un recorrido sociohistórico de la cocaína, sus efectos y su impacto en el sistema nervioso central. Posteriormente se despliega la exposición sobre el consumo problemático, trastornos mentales asociados con el consumo desde la perspectiva del DSM-5 y propuestas de intervención desde una perspectiva de reducción de riesgos, intervenciones clínicas y socio/comunitarias. Por último, se realizará una breve síntesis sobre la situación actual de salud mental en Uruguay

exhibiendo la complejidad de abordar esta problemática sin un estado que garantice recursos destinados a las intervenciones con adolescentes consumidores.

# Desarrollo teórico

## 1. Adolescencia

### 1.1. ¿Qué es la adolescencia?

El término *adolescencia* nunca tuvo sus límites claros y hasta el día de hoy es un concepto difícil de definir con exactitud. A grandes rasgos, podemos definir la adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre la niñez y la adultez. La población adolescente goza de mala fama debido a los comportamientos propios de la edad asociados con la toma de decisiones y conductas de riesgo. Casas Rivero et al. (2006) citan a Aristóteles quien aseguraba que los adolescentes presentaban “tendencias ardientes, irritables, apasionadas e impetuosas” (p. 3931). De igual forma, Sócrates definió a los adolescentes como avaros y tiranos. Sin embargo, no es hasta luego de la revolución industrial que el concepto adolescencia comienza a popularizarse. De esta manera, el término *adolescencia* (Casas Rivero et al., 2006) se define como una creación moderna que coincide con la necesidad de la creación de escuelas para las diferentes edades y conocimientos a fin de preparar a los más jóvenes para el mundo del trabajo y la producción que trajo consigo la revolución industrial (p. 3932). Por su parte, Quintero (2020) manifiesta que en el año 1907 Stanley Hall define la adolescencia en su primera obra sobre la psicología adolescente como “indefinición, tormento y caos” (p. 20)

Quintero (2020) menciona que la etiología de la palabra adolescencia proviene del latín *adolescere* que significa *crecer hacia la adultez*, mientras que otras personas también encuentran sus orígenes en el verbo *adolecer* que significa tener o *padecer de algún defecto*. Desde este último origen de la etiología de la adolescencia, podemos deducir que hasta hoy en día los adolescentes son percibidos socialmente como problemáticos, ignorando las características que hacen a la adolescencia como un periodo de la vida relevante para la experiencia y para la formación adulta (p. 20). Hoy en día la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años, aunque muchas veces puede extenderse hasta los 21 años. Desde la OMS (2020) la adolescencia se subdivide en tres etapas: *adolescencia temprana*, *adolescencia media* y *adolescencia tardía* (p. 1).

**Adolescencia temprana (10-13 años):** se caracteriza por la aparición de los primeros cambios físicos debido a que las hormonas sexuales comienzan a estar presentes. Los



mismos son: cambio en la voz, aparición del vello púbico y en las axilas, olor corporal, sudoración y acné (p. 2).

**Adolescencia media (14-16 años):** se presentan los primeros cambios psicológicos en función de la construcción de la identidad, es decir la manera en que ellos mismos se perciben y cómo quieren que los demás los perciban. Comienzan a aparecer conflictos debido a la necesidad de independencia con los padres y las situaciones de riesgo (p. 2).

**Adolescencia tardía (17-puede extenderse hasta los 21 años):** la identidad de los sujetos comienza a solidificarse y así la aceptación con su propio cuerpo. Las decisiones a futuro cobran relevancia, mientras que los grupos de pares pierden su importancia (p. 2).

Por su parte, Casas Rivero et al. (2006) realizan otra subdivisión de las etapas de la adolescencia comprendida por las siguientes edades: **adolescencia temprana (11 a 13 años)**, **adolescencia media (14 a 17 años)** y **adolescencia tardía (17 a 21 años)**. De esta manera, la **adolescencia temprana** se caracteriza por el crecimiento somático y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. En este momento la imagen corporal previa desaparece y comienzan los primeros conflictos asociados con los cambios físicos. Los conflictos con los padres aún no son tan intensos, pero de todas maneras se pierde el interés por realizar actividades en conjunto con estos y son intolerantes a las críticas. Durante la adolescencia temprana la capacidad del pensamiento es concreto, es decir, no perciben las repercusiones de sus actos y sus decisiones. Durante la **adolescencia media** se alcanza el 95% de la talla adulta, los cambios son más lentos y la imagen corporal se asienta cada vez más. En esta etapa el pensamiento abstracto comienza a manifestarse por cortos periodos de tiempo. De esta manera el adolescente disfruta de discusiones sobre temas idealistas. Se caracteriza por ser la etapa de la adolescencia en donde el conflicto con los padres se encuentra más presente y el grupo de pares cobra relevancia en la vida de la persona influyendo en sus comportamientos (comportamientos, formas de vestir, y hablar). Asimismo, hay un aumento en la actividad sexual debido a la curiosidad que se despierta sobre el conocer e interactuar con otros compañeros. Por último, durante la **adolescencia tardía** el crecimiento y la maduración finalizan, al igual que el pensamiento abstracto. Tienen percepción sobre sus actos a futuro y las relaciones que se establecen son de adulto a adulto. Los consejos de los padres comienzan a ser valorados y el grupo de amigos pierde relevancia (pp. 3934-3935).

La adolescencia inicia con la pubertad, momento en que los cambios biológicos, psicológicos y sociales juegan un papel clave en el desarrollo del sujeto. De todas maneras,

Quintero (2020) propone realizar una distinción entre adolescencia y pubertad. Mientras que la pubertad es un proceso biológico caracterizado por la liberación de hormonas que favorecen los cambios físicos y la maduración sexual, la adolescencia es un proceso de maduración biopsicosocial en donde interactúan diversos factores que condicionan y caracterizan esta etapa de la vida. Asimismo, a diferencia de la pubertad la adolescencia suele ser un periodo más duradero y prolongado en el tiempo.

Desde una perspectiva neurobiológica, Blakemore (2018) define a la adolescencia como una etapa en donde el desarrollo cerebral forja la conducta adolescente. Según Núñez et al. (2022) existen cambios a **nivel estructural, funcional y químicos** que condicionan el pasaje de la juventud a la adultez del sujeto:

A **nivel estructural** el cerebro experimenta lo que se denomina poda neuronal. Durante la infancia existe un incremento de las conexiones neuronales del cerebro mientras que la poda neuronal o poda sináptica hace referencia a la eliminación de estas conexiones sinápticas que no se utilizan durante la fase de la adolescencia. La poda neuronal ocurre en primer lugar en la zona posterior del cerebro y por último en la corteza prefrontal que tiene el rol de controlar el razonamiento, la toma de decisiones y el control de las emociones. Por otro lado, la mielinización es un proceso que también se encuentra presente en esta fase de la vida. Este proceso implica que los axones de las neuronas son cubiertos por una vaina de mielina, teniendo como objetivo facilitar la transmisión de las neuronas dentro del sistema nervioso. Asimismo, se genera una mayor conexión entre las neuronas que se encuentran presentes en las regiones corticales y subcorticales ayudando a la coordinación de los procesos cognitivos y emocionales (Núñez et al., 2022). Por su parte, Blakemore (2018) adhiere que durante la adolescencia hay un incremento de la sustancia blanca en varias regiones del cerebro y una disminución de la sustancia gris, lo cual puede deberse a estos procesos.

A **nivel funcional** se llevan a cabo procesos que determinan la conducta de los adolescentes. Núñez et al. (2022) mencionan que la última región del cerebro en madurar es la corteza prefrontal debido a la complejidad de procesos que se llevan a cabo durante la adolescencia. Esta área se encarga de las funciones ejecutivas, el control de los impulsos y la toma de decisiones que condicionan los futuros comportamientos de los jóvenes. Blakemore (2018) afirma que las funciones ejecutivas que se llevan a cabo en la corteza prefrontal están asociadas con la flexibilidad mental y el autocontrol (p. 109).

Por último, a **nivel neuroquímico** se producen cambios en el sistema dopaminérgico. Las neuronas del sistema dopaminérgico sufren cambios en la densidad de sus neurotransmisores y receptores vinculados con la corteza prefrontal, lo que conlleva la alteración del procesamiento de la recompensa. La sensibilidad a la dopamina en la adolescencia es uno de los factores que podría explicar el comportamiento propio de los adolescentes, implicando que durante esta etapa exista un incremento en la búsqueda de situaciones novedosas (Núñez et al., 2022). En este punto es imprescindible hacer mención al desbalance madurativo que menciona Steinberg (2010) entre dos sistemas que se desarrollan y maduran en la adolescencia: *sistema de recompensa* y *sistema de control cognitivo*. Núñez et al. (2022) afirman que ambos sistemas se encuentran en desbalance en los tiempos madurativos, lo que explica la “vulnerabilidad de los adolescentes a conductas de riesgo, trastornos mentales, adicciones, etc.” (párr. 4).

## **1.2. Cambios neurobiológicos en el cerebro durante la adolescencia. El modelo de los sistemas duales descrito por Laurence Steinberg**

Dentro del periodo que comprende la adolescencia se producen grandes cambios en el desarrollo cerebral que condicionan la conducta del adolescente. Núñez et al. (2022) mencionan que la adolescencia es un periodo de la vida donde el cerebro posee la capacidad de formar nuevas conexiones neuronales y la influencia del entorno se solidifica. Siguiendo esta línea, la vulnerabilidad que presenta el cerebro para adaptarse al medio a medida que el sujeto va experimentando cambios a nivel social y cognitivo, afectando directamente a las redes neuronales que actúan sobre el desarrollo cerebral. A este fenómeno se le conoce como *neuroplasticidad cerebral*. De igual forma, los adolescentes se enfrentan a cambios fisiológicos y psicológicos que radican en comportamientos altamente riesgosos propios y característicos de la edad. Steinberg (2008) plantea una teoría que explica por qué los adolescentes persiguen situaciones que les brindan placer inmediato sin medir las consecuencias de las mismas. El modelo de los sistemas duales que propone el autor plantea un desbalance madurativo entre el sistema socioemocional orientado a la búsqueda de recompensas y la inmediatez de la satisfacción y el sistema de control cognitivo caracterizado por el control, la lógica y la razón. Mientras que el sistema de control cognitivo se desarrolla de manera lineal y progresiva, el sistema socioemocional tiene un patrón de U invertida, teniendo su pico máximo en la adolescencia. El sistema socioemocional tiene su sustrato neural en las áreas límbicas y paralímbicas del cerebro, incluida la amígdala, el cuerpo estriado ventral, corteza orbitofrontal, corteza prefrontal medial y el surco temporal superior, mientras que el sistema de control cognitivo se localiza en las cortezas laterales prefrontal y parietal, y las partes de la corteza cingulada anterior a

las que están interconectadas (p. 216). Según esta teoría, el rol de la dopamina durante la adolescencia es esencial debido a que esta aumenta rápidamente su actividad dopaminérgica en el sistema socioemocional durante la época de la pubertad.

### **1.3. Factores de riesgo: el rol de la familia, los grupos de pares y las instituciones educativas**

De igual forma que se estableció en párrafos anteriores, el desarrollo neurocognitivo se encuentra relacionado con los comportamientos de riesgo que suelen tener los adolescentes. Según Corona y Peralta (2011) las conductas de riesgo son las acciones que pueden tener consecuencias perjudiciales para el individuo. Diversos estudios han evidenciado que las conductas de riesgo son más intensas durante la adolescencia debido a necesidad de alto grado de experimentación, la gran influencia de los pares, la identificación con ideales opuestos a los padres y la necesidad de la reafirmación de la identidad son características que hacen el comportamiento de los adolescentes (p. 70).

La familia, los grupos de pares y las instituciones educativas cumplen un rol fundamental en la vida del adolescente. Tal como se mencionó con anterioridad, durante la adolescencia media el grupo de amigos influye de manera significativa en el sujeto. El adolescente suele buscar la aceptación del grupo y someterse en conjunto a actividades que pueden repercutir en su integridad física y psíquica.

Uno de los comportamientos de riesgo que suelen caracterizar a la adolescencia es el consumo de drogas y sustancias. Si bien no todos los adolescentes tienden a probar las drogas durante esta etapa, el consumo se asocia a la búsqueda de la novedad, la curiosidad y el placer característico de la conducta adolescente. Muñoz-Rivas y Graña López (2001) han constatado en su estudio sobre factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes que la baja de aspiraciones que tienen los padres ante el futuro estudiantil de los adolescentes, la ausencia de conexión entre padres e hijos y las familias con alto nivel de conflicto son factores de riesgo para posibles problemas con sustancias. Por el contrario, la integración del adolescente en decisiones familiares, el apoyo y la confianza disminuye el riesgo a un posible consumo.

Sin embargo, Giorgi (2009) afirma que existe una crisis en el sistema educativo, debido a que se percibe y evalúa al adolescente desde sus capacidades cognitivas discriminando los factores afectivos y sociales. Asimismo, el autor manifiesta que hoy en día existe una “fragilización del mundo adulto” (p. 39) en donde la imagen de un adulto referente y estable

cae ante el desborde, los fracasos, la incapacidad de atención y escucha. Los adultos ya no funcionan como modelo de autoridad y estos suelen ser remplazados por la aprobación de los pares generacionales, buscando la aprobación de estos últimos. Teniendo en cuenta la importancia que tienen los grupos de pares y la influencia que ejercen sobre el adolescente a la hora de tomar riesgos, es necesario que la institución educativa sea capaz de sostener los cambios abruptos que sufre el adolescente sin juzgar, en donde se reconozca la singularidad y se potencien sus capacidades para la vida saludable con la ayuda y el respaldo de las redes de apoyo familiares.

En contraposición, Corona y Peralta (2011) proponen una promoción de las fortalezas ausentes, es decir generar un vínculo colaborativo con los padres del adolescente para futuras intervenciones. Las autoras manifiestan que muchas veces la preocupación de los padres ante el consumo y conductas de riesgo de sus hijos suelen paralizarse y obstaculiza la posibilidad de centrarse en la riqueza que supone para la experiencia adolescente. De lo contrario se buscará que lo vean como “una experiencia de crecimiento para los adolescentes y para ellos mismos” (p. 74).

Son diversos los factores que se interrelacionan para dar lugar a este fenómeno, pero sin duda el rol de los padres y de las instituciones es fundamental para prevenir y disminuir los riesgos que conlleva el consumo de drogas. Es por ello que desde la esfera de la familia y de las instituciones educativas tienen el arduo trabajo de sostener, generar vínculos simétricos, incluir, comprender y aceptar que la etapa de la adolescencia es una etapa de experiencia, aprendizaje y preparación para el mundo adulto.

## **2. Sustancias Psicoactivas**

### **2.1. ¿Qué es una sustancia psicoactiva?**

Vázquez Fernández et al. (2013) afirman que una droga es toda sustancia que actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) provocando alteraciones en el estado psíquico de la persona, cambios en el comportamiento y la posibilidad de experimentar nuevas sensaciones (p. 126). Para comprender más sobre los tipos de drogas que existen es necesario hacer una clasificación clara sobre los distintos tipos de sustancias psicoactivas que existen diferenciándose por sus efectos sobre el SNC.

## 2.2. Tipos de sustancias psicoactivas

Según la Junta Nacional de Drogas (JND, 2016) podemos clasificar las drogas en **tres tipos**:

**Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central:** este tipo de sustancias tienen como característica principal entorpecer el funcionamiento normal del SNC. Entre las distintas reacciones, podemos encontrar la desinhibición, descoordinación motriz y enlentecimiento del habla, hasta el coma en un proceso de adormecimiento cerebral. Dentro de esta clasificación podemos encontrar las siguientes sustancias: bebidas alcohólicas, opioides (morfina y heroína), psicofármacos (medicamentos hipnóticos y sedantes) y solventes (pegamentos, nafta, pintura).

**Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central:** este grupo de sustancias aceleran el funcionamiento normal de SNC provocando un estado de activación que puede ir desde la hiperactividad hasta la dificultad de poder conciliar el sueño. Físicamente pueden provocar alteración en el ritmo cardíaco (taquicardia), aumento de la presión sanguínea y temperatura corporal. A nivel psíquico se pueden evidenciar los siguientes síntomas: euforia, pensamientos intrusivos, sensación extrema de felicidad, cambios de humor, sensación de alerta, irritabilidad, agresividad y ansiedad. Dentro de esta clasificación podemos encontrar las siguientes sustancias: Cocaína y sus derivados, Nicotina, Xantinas (cafeína y bebidas estimulantes) y Anfetaminas.

**Drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central:** este tipo de sustancias se caracterizan por la perturbación que generan sobre el SNC, provocando una distorsión en las sensaciones y alterando el procesamiento normal del pensamiento derivando muchas veces en alucinaciones. Dentro de esta clasificación podemos encontrar las siguientes sustancias: Dietilamida de Ácido Lisérgico (LSD), Hongos del género Psilocibes, Datura Arborea (Floripon o Floripondio), Cannabis y sus derivados, Drogas de síntesis (Éxtasis, Anfetaminas) y Ketamina (Anestésico disociativo de uso veterinario).

## 2.3. Tipos de uso

Según la JND (2016) es importante destacar que existen tres tipos de uso de la sustancia: **uso, uso problemático y dependencia**.

**Uso:** el uso es el tipo de consumo que no tiene consecuencias negativas para el sujeto que consume la sustancia ni para él. Es muy difícil definir con exactitud y diferenciar lo que para algunas personas es el uso no problemático de una sustancia, ya que depende de factores tales como la cantidad y la frecuencia con la que se consume. De todas maneras, tanto la cantidad y la frecuencia no son suficientes para determinar si la persona consume desde un uso no problemático ya que puede haber situaciones y contextos específicos en los que la persona abusa de la sustancia, así como también consumos repetidos y continuos, pero en dosis pequeñas.

**Uso problemático:** el uso problemático es el vínculo con la sustancia que, por su frecuencia, cantidad y por la situación física y psíquica del sujeto, puede causar consecuencias negativas para la persona que la consume y su entorno. Durante el consumo sostenido en el tiempo, pueden verse las siguientes manifestaciones que indican el uso problemático: complicaciones físicas y psíquicas relacionadas con el uso de la sustancia, utilización repetida de la sustancia que lleva a la persona a no poder cumplir con sus obligaciones diarias, utilización repetida de la sustancia en ocasiones que esta puede conllevar un peligro, problemas judiciales relacionados con el uso de la sustancia, problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes causados o agravados por el uso de la sustancia.

**Dependencia:** la dependencia es la pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia adquiere vital importancia sobre otras conductas que la persona podía llegar a considerar como importantes. La persona que comienza a depender de la sustancia la instala en su vida como una conducta necesaria en torno a la cual se organiza la vida. La sustancia toma relevancia en la vida de la persona a tal punto que no puede hacer cosas sin antes haberla consumido, así como también a hacer lo posible para buscarla y obtener dinero para poder consumirla. El fenómeno de la dependencia se caracteriza por dos componentes importantes: **tolerancia y dependencia psíquica y física.**

**Tolerancia:** la tolerancia es la adaptación del organismo al consumo repetitivo y continuado de la sustancia. La sustancia comienza a tener menor respuesta sobre el organismo, lo que lleva a la persona a tener que aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos que conseguía al momento del inicio del consumo. La tolerancia varía según la sustancia que se consume, hay algunas que son más fáciles de adquirirla.

**Dependencia física:** la dependencia física es el fenómeno que se caracteriza por la neuroadaptación a la constante presencia de la sustancia. El organismo necesita que la

sustancia se encuentre en la sangre para funcionar de manera normal. La dependencia física se manifiesta cuando la persona suspende el consumo y comienzan a evidenciarse síntomas desagradables que conforman el ***síndrome de abstinencia***.

***Dependencia psíquica:*** es la necesidad que tiene el organismo de consumir la sustancia para experimentar los efectos placenteros (euforia, sensación de extrema de felicidad, sociabilidad) o para liberarse de efectos que la persona considera negativos (timidez, aburrimiento, estrés). A diferencia de la dependencia física, la dependencia psíquica es más compleja para su tratamiento ya que requiere de cambios en la conducta de la persona que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, disminuir el aburrimiento, afrontar la ansiedad, establecer vínculos) sin tener que recurrir al consumo de la droga.

Según la Junta Nacional de Drogas (JND, 2016) la cocaína es la sustancia que genera mayor dependencia psíquica en relación con otras drogas debido a sus efectos psicoestimulantes placenteros y eufóricos. Pautassi (2017) afirma que existen tres zonas involucradas en el desarrollo de las adicciones que conforman el sistema de recompensa: el núcleo accumbens, el área tegmental ventral y la corteza prefrontal. En el caso de la cocaína sus efectos psicoestimulantes se deben a una sobre concentración de dopamina en la hendidura sináptica. Cuando alguien consume cocaína la actividad de la dopamina en la neurona pre-sináptica se inhibe; de lo contrario, en la neurona post-sináptica el efecto de la dopamina se prolonga teniendo como consecuencia la imposibilidad de que la dopamina se degrade de manera normal y la sobre concentración de la misma. Este fenómeno explica el potencial adictivo de la cocaína.

### **3. Cocaína**

#### **3.1. ¿Qué es la cocaína?**

Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc, por su sigla en inglés, s. f.) la cocaína es una droga ilegal que se presenta como un polvo blanco muy fino produciendo efectos potencialmente estimulantes en el SNC. La cocaína se obtiene de la planta *Erythroxylon coca*, originaria de Sudamérica, más precisamente de los Andes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Chile, Perú. Generalmente, el medio de administración de la cocaína es por vía inhalatoria o puede inyectarse. Asimismo, existe un derivado de la



cocaína llamado *crack* que se define como una sustancia que surge de la mezcla de cocaína y bicarbonato de sodio; si bien genera los mismos efectos que la cocaína, el crack se administra vía pulmonar. Caballero Martínez (2005) afirma que el consumo de cocaína se inicia en edades tempranas y muchas veces en simultáneo con otras sustancias como el alcohol, el cannabis y otras drogas sintéticas.

### **3.2. Historia**

Para conocer mejor los efectos y usos que ha tenido la cocaína a lo largo de la historia es pertinente realizar un recorrido sociohistórico desde los orígenes de la sustancia hasta el auge del descubrimiento de su alcaloide en el siglo XIX. Desde la antigüedad las hojas de coca han sido utilizadas tanto en contextos cotidianos como en ámbitos mágicos, religiosos, terapéuticos y festivos. Royo-Isach et al. (2005) afirman que los incas ya conocían las propiedades anestésicas y estimulantes de la droga y que en el año 1551 la inquisición española prohíbe la planta de coca denominando la sustancia como “talismán del diablo”. Asimismo, Pascual et al. (2001) mencionan que los españoles explotaban laboralmente a los esclavos indígenas mediante el consumo de la hoja de coca mascada. Citando a Del Bosque et al. (2014), finalmente, fue Albert Niemann en 1859 quien aisló el alcaloide principal de la hoja de coca y se comienza a evidenciar que el consumo de cocaína tiene propiedades anestésicas inofensivas (Del Bosque et al., 2014, p. 381). González Llona et al. (2015) afirman que la sustancia se instala rápidamente en el mercado otorgándole el nombre “alimento para los nervios”.

Posteriormente a este suceso, en el año 1880 Sigmund Freud comienza a escribir sobre las propiedades benéficas de la cocaína para tratar enfermedades tales como la neurastenia. Posteriormente, en el año 1884 Freud publica un ensayo llamado “Uber Coca” en el cual reafirma el potencial curador de la coca en el tratamiento de la depresión, el nerviosismo, la adicción a la morfina, el alcoholismo, los trastornos digestivos y el asma (González Llona et al., 2015, p. 557). Poco tiempo después, Freud comienza a recibir críticas de diferentes profesionales que aseguraban que la cocaína no era tan inofensiva como él lo creía, incluso sus efectos secundarios podrían llevar a la persona a adquirir una gran adicción y a tener graves consecuencias a nivel psicológico (Pascual et al., 2001). En el mismo año, el oculista Keller destina su uso como anestésico local ya que actúa directamente sobre el SNC y ayudaba a disminuir el dolor de las intervenciones quirúrgicas. Un año más tarde, se comienza a evidenciar mediante una publicación del *Medical Records* de manera formal los aspectos negativos de la cocaína. Si bien los efectos secundarios comienzan siendo imperceptibles, suspender el consumo puede llevar al sujeto a manifestar

trastornos del sueño y pérdida de apetito, acompañado de un estado de alteración del sujeto al no poder suministrar dicha sustancia. Posteriormente, una paciente de Freud sufrió una sobredosis de cocaína por lo que el autor se vio obligado a escribir un artículo llamado “Craving For and Fear of Cocaine” en donde admitía que la sustancia producía “paranoia, alucinaciones y deterioro físico y mental”. En el último tercio del siglo XIX comenzaron a aparecer bebidas que contenían cocaína; la Coca-Cola es un ejemplo, pero poco tiempo después en el año 1909 se sustituye por cafeína. Asimismo, en el año 1900 muchos remedios y jarabes contenían cocaína y se encontraban disponibles en el mercado farmacéutico para su venta libre. No fue hasta el año 1914 que Estados Unidos prohíbe su uso e introduce la cocaína en la lista de narcóticos prohibidos a raíz de la aprobación de la Ley de Drogas peligrosas (Del Bosque et al., 2014, p. 381), mientras que en España se comienza a considerar una droga ilegal en el año 1944, año en el que el Código Penal especifica los delitos sobre la venta ilícita, el consumo y el narcotráfico.

### **3.3. El impacto de la cocaína en el Sistema Nervioso Central**

La cocaína posee efectos estimulantes que aumentan la actividad del SNC. A nivel neuroquímico, la cocaína actúa directamente en el bloqueo del transportador de serotonina (SERT), dopamina (DET) y de norepinefrina (NET), produciendo un incremento en la concentración sináptica de dopamina y de la transmisión dopaminérgica relacionado con la euforia cocaínica. De esta manera, podemos afirmar que los receptores y transportadores de dichos neurotransmisores favorecen la instalación y el mantenimiento del consumo de cocaína (Del Bosque et al., 2014, p. 382). Si bien la tolerancia y los cambios neurofisiológicos que dan lugar a la adicción a la cocaína requieren de dosis altas y periodos prolongados de consumo, se ha comprobado recientemente que en algunas personas las dosis pequeñas también se relacionan con la tolerancia y diversos cambios en el cerebro. Más allá de la dosis, también es importante señalar que las vías más rápidas generan más adicción. Por otro lado, el fenómeno *craving* es el deseo incontrolable de consumir cocaína luego de un periodo de abstinencia. El consumidor espera volver a sentir el efecto placentero que genera la sustancia para contrarrestar el refuerzo positivo de la cocaína (efectos placenteros) y el refuerzo negativo (abstinencia motivacional) relacionada con los efectos depresivos y ansiógenos provocados por la ausencia de la sustancia. Estos dos procesos oponentes incitan al consumidor a consumir de manera repetitiva y compulsiva que producen consecuencias dependiendo la predisposición de la persona (Caballero Martínez, 2005, p. 38).

### **3.4. Efectos**

Los efectos de la cocaína dependen de factores tales como el tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración; se ha evidenciado que las dosis más grandes y las vías de administración más rápidas producen más adicción. La cocaína es conocida por sus efectos estimulantes, la sensación de autoconfianza, locuacidad y rapidez mental que se produce en los primeros 30 minutos luego de haber consumido. Al finalizar los efectos placenteros comienzan los síntomas ansiógenos y depresivos que generan desagrado en el sujeto (pérdida de confianza, miedo a perder el control) y llevan al consumidor a la necesidad de ingerir una nueva dosis (Del Bosque et al., 2014, p. 382). En dosis bajas, la cocaína genera los siguientes efectos: *euforia, aumento de confianza personal, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad, disminución de la fatiga, inhibición del apetito, insomnio, aumento de la presión arterial y palpitaciones*. En fases más avanzadas del consumo, la cocaína puede generar trastornos físicos como complicaciones a nivel cardiovascular (arritmias cardíacas), a nivel pulmonar (disnea, hemorragia pulmonar, edema agudo) neurológicas (convulsiones, pérdidas de conciencia) y en caso de que la vía de administración sea nasal, puede existir una perforación en el tabique. Dentro de los síntomas psicológicos asociados al consumo prolongado se encuentra la dependencia, el craving, depresión, disforia, irritabilidad, agresividad, ideación paranoide, alucinaciones, entre otros.

## **4. Consumo problemático**

### **4.1. ¿Qué es el consumo problemático?**

Según Pautassi (2017), a mediados del siglo xx comienzan a desarrollarse las primeras teorías sobre el consumo problemático centrándose en la idea de la necesidad de continuar consumiendo en busca del placer, así como también para evitar los síntomas desagradables asociados a la abstinencia. En consecuencia, estas teorías hacen hincapié en que el consumo prolongado era suficiente para caer en la adicción, dejando de lado los factores contextuales en los que el individuo se encuentra al momento de padecer un consumo problemático. Posteriormente comienzan a surgir teorías alternativas que proponen que los efectos recompensantes de las drogas refuerzan las probabilidades de que la persona vuelva a consumir en un futuro. Esta última teoría afirma que las drogas se consideran factores reforzantes de la conducta, expresándose en dos polos: positivos y negativos. El reforzante positivo se traduce mediante una manifestación placentera (efectos positivos de la sustancia, por ejemplo, la euforia y la sensación de seguridad. De forma contraria, el

reforzante negativo hace referencia a la idea de que, si bien el consumo durante la fase de abstinencia se percibe como desfavorable, hace desaparecer las sensaciones desagradables causadas por la misma abstinencia.

Méndez Díaz et al. (2010) exponen que una persona genera dependencia a una sustancia psicoactiva cuando se manifiesta un insaciable deseo de consumir la sustancia y sostener el deseo en el tiempo sin tener en cuenta las consecuencias que pueda generarle. Asimismo, también debe presentar síndrome de abstinencia cuando se suspende o reduce el consumo. A nivel neuronal, el síndrome de abstinencia se caracteriza por influir negativamente sobre los procesos ejecutivos, alteraciones en las funciones cognitivas y problemas en el control de la inhibición. A nivel psicosocial, la persona puede experimentar cambios de humor repentinos, ansiedad, angustia, impulsividad, problemas para dormir, y en los casos más graves puede conllevar a una ideación suicida.

Desde el DSM-5 (APA, 2014) el consumo problemático de cocaína puede abarcar tanto una intoxicación y abstinencia. Cada uno de ellos tiene sus características propias ya que es necesario la elaboración de un diagnóstico diferencial para discriminar un trastorno inducido por cocaína o la intoxicación/abstinencia de la sustancia. De todas maneras, esto se explicará a la brevedad en el apartado sobre Trastornos mentales inducidos por el consumo de sustancias.

## **4.2. Consumo problemático, adolescencia y factores de riesgo**

Godoy (2017) expone que el comienzo precoz de consumo de sustancias es altamente perjudicial para las redes neuronales vinculadas con la motivación, la búsqueda del placer, el sistema cognitivo y el comportamiento de las personas, principalmente a edades tempranas debido a que, a nivel físico y psíquico, el organismo aún continúa madurando. Las transformaciones que se dan en la adolescencia a nivel cerebral inciden en determinadas conductas asociadas con la toma de riesgos y el consumo temprano de drogas; son vulnerables e hipersensibles al momento de perseguir situaciones novedosas, es por ello que es muy difícil que ante el placer inmediato que generan las situaciones riesgosas en el cerebro adolescente estos puedan medir las consecuencias de forma incorrecta. Como se mencionó en párrafos anteriores, Blakemore (2018) afirma que en los adolescentes las redes neuronales que participan en el circuito de las emociones y recompensas (*sistema límbico*) maduran antes que el sistema de control de la corteza prefrontal. Es por ello que el modelo de los sistemas duales sostiene que en la adolescencia

las regiones del sistema límbico son sensibles a la recompensa, la toma de riesgos y la búsqueda de situaciones novedosas.

Sin embargo, los factores biológicos no son las únicas circunstancias que favorecen la iniciación temprana del consumo. Las circunstancias sociales, psicológicas, culturales y económicas en las que se desarrollan los adolescentes influyen significativamente sobre el comportamiento adolescente e inciden en que el desarrollo del consumo se acentúe de manera más o menos problemática. A nivel macrosocial existe un vínculo innegable entre el desarrollo tecnológico y nuevos hábitos de diversión. En este sentido, el consumo de sustancias trae consigo “hábitos consumistas, la pujanza del ocio nocturno, la aparición de nuevas modas y la implantación de una moral basada en el éxito y el triunfo social” (Saiz Galdós, 2007, p. 37). Asimismo, el fenómeno de la globalización ha beneficiado las conductas individualistas y hedonistas, conllevando a mayores riesgos para un consumo desmedido de sustancias.

Con respecto a las condiciones sociales y familiares del consumidor, Hernández López et al. (2009) destacan que el rendimiento escolar, el consumo de sustancias por parte de familiares directos, la vigilancia y relación con padres o tutores, y la disponibilidad que tiene el sujeto a estar expuesto al consumo, son factores que inciden en el inicio temprano de consumo de sustancias. De igual modo, Calvete y Estévez (2009) exponen que el estrés vital de la adolescencia por cumplir con las exigencias que demanda la sociedad, cumple un papel fundamental como factor de riesgo en el inicio de consumo de sustancias. Siguiendo esta línea de pensamiento, Gervilla García y Palmer Pol (2009) mencionan la importancia de la impulsividad y la búsqueda de sensaciones como indicadores de personalidad predictivos a la hora de consumir sustancias. Dichos marcadores conductuales están asociados a una mayor sensibilidad a los efectos de las drogas, como también a la posibilidad de adquirir una conducta adictiva.

## **5. Trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancia desde el DSM-5**

Como se mencionó en párrafos anteriores, la adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo del sujeto debido a la presencia de cambios físicos, comportamentales y neurobiológicos. El cerebro adolescente se encuentra en pleno proceso madurativo y el consumo problemático de cocaína favorece la aparición y prevalencia de trastornos

mentales asociados a la problemática. Caballero Martínez (2005) expone que para un correcto y minucioso diagnóstico de trastornos por consumo de cocaína se necesita una historia clínica completa de consumo de cocaína y otras drogas. La historia clínica debe incluir: circunstancias de consumo, efectos, vías de consumo, la frecuencia, la cantidad, y las consecuencias biológicas y psicosociales.

Más aún, teniendo en cuenta que el trastorno por consumo de sustancia se da generalmente entre personas de 12 a 25 años, se considera fundamental prevalecer la historia psiquiátrica detallada del paciente que muestra la existencia de síntomas psiquiátricos previos al consumo de cocaína. Dicha información, es evidenciada en el DSM-5 (APA, 2014) desde la clasificación como estimulantes de la cocaína. En este caso, la DSM-5 caracteriza el consumo problemático como la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. Asimismo, los cambios en los circuitos cerebrales que persisten posterior a la desintoxicación se relacionan con los trastornos mentales graves, recaídas, y el deseo incontrolable de consumir cuando la persona se expone a factores externos relacionados con la sustancia.

Según la OMS (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef] y Ministerio de Desarrollo Social [Mides], 2022) la gran mayoría de los trastornos comienzan a la edad de los catorce años, aunque muchas veces no suelen ser detectados ni tratados. Asimismo, Unicef y Mides (2022) mencionan que realizar diagnósticos durante la adolescencia requiere de un análisis muy riguroso, por ello se deben de tener en cuenta los siguientes criterios:

1. la edad de comienzo (el inicio precoz generalmente un pronóstico más grave);
2. el tiempo en el que evoluciona la conducta (mientras los síntomas perduran durante más tiempo, el pronóstico es más grave);
3. la existencia de sufrimientos que no tienen que ver con el desarrollo normal de la adolescencia;
4. intensidad de la respuesta y áreas mayormente afectadas,
5. factores precipitantes (p. 10).

Por su parte, Núñez et al. (2022) destacan que, si bien la evidencia sobre las causas de los trastornos mentales está en construcción, existe un componente genético en la mayoría de estos trastornos, las personas que tienen padres con trastornos mentales tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental. Sin embargo, estos factores genéticos no

explican totalmente el desarrollo de un trastorno mental. Por lo tanto, determinados factores ambientales y externos pueden aumentar o disminuir esa probabilidad.

Los trastornos por consumo de sustancia pueden ser leves, moderados o graves según los síntomas que el cuadro clínico presente. La variedad en la gravedad del trastorno radica en la reducción o aumento de la frecuencia del consumo y de la dosis que se administre tal como refiere el paciente, la familia de este, las observaciones del clínico y las pruebas de laboratorio. El patrón de administración de las drogas estimulantes pueden ser episodios o diarios (la persona puede estar 2 días sin consumir o hasta incluso más, puede ser el ejemplo de un consumo intenso durante el fin de semana). Por el contrario, los atracones indican un consumo de alta dosis que suele prevalecer de forma continuada durante varios días y finalizan cuando la sustancia se termina o cuando aparece el agotamiento.

Las características diagnósticas de los trastornos por consumo de estimulantes de larga duración según el DSM-5 están marcadas por rápidos cambios en el comportamiento de la persona, por ejemplo: comportamiento caótico, aislamiento social, comportamiento agresivo y disfunción sexual. Por otro lado, la intoxicación aguda está caracterizada por el habla incoherente, ideas transitorias autorreferenciales, ideación paranoide, alucinaciones auditivas y táctiles, mientras que la abstinencia se caracteriza por la depresión, ideación suicida, irritabilidad, anhedonia, labilidad emocional y problemas en la concentración.

Dentro del DSM-5 (APA, 2014) el trastorno por consumo de cocaína se encuentra dentro de la categoría “trastorno por consumo de estimulantes”. El trastorno por consumo de estimulantes es el “patrón de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses” (p. 561). Dentro de los criterios diagnósticos podemos encontrar los siguientes:

- se consume la sustancia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto;
- deseo persistente en consumir la sustancia y esfuerzos fracasados para abandonar o controlar el consumo de la sustancia;
- la persona ocupa mucho tiempo en obtener la sustancia para poder consumirla y para recuperarse de los efectos;

- el consumo de la sustancia lleva al incumplimiento de las tareas cotidianas relacionadas con lo laboral, la escuela y el hogar;
- se continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas interpersonales y sociales provocados por el consumo;
- abandono o suspensión de actividades personales debido al consumo de sustancias;
- consumo recurrente de la sustancia a pesar de sufrir riesgos físicos,
- El consumo de la sustancia se continúa a pesar de que se sufren problemas a nivel físico o psicológico causados por ellos.

Las personas que están expuestas al consumo de cocaína pueden desarrollar un consumo de estimulantes en una semana. Generalmente, las personas que padecen de un trastorno por consumo de sustancia han manifestado tolerancia y/o abstinencia. También puede presentarse aumento del apetito y disforia, los cuales aumentan el deseo de consumir la sustancia o craving. El consumo de dosis altas lleva a la persona a experimentar síntomas de ansiedad temporal intensas parecidas a la del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por pánico, así como también ideación paranoide y episodios psicóticos que se asemejan a la esquizofrenia. Los síntomas depresivos temporales pero intensos se relacionan a los estados de abstinencia, los cuales desaparecen generalmente en el lapso de una semana.

### **Intoxicación de estimulantes**

La intoxicación por estimulantes tiene como característica principal los cambios comportamentales y psicológicos significativos del sujeto durante o posterior al consumo de estimulantes. Es habitual que la persona vivencie alucinaciones auditivas, ideación paranoide, síntomas que se deben diferenciar de un trastorno psicótico como es la esquizofrenia. La intoxicación aguda se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: euforia, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, locuacidad, ansiedad, estado de alerta, grandiosidad, comportamiento estereotipado, ira, entre otros. Por otro lado, la intoxicación crónica se caracteriza por sensaciones como fatiga, tristeza y retraimiento social. Los cambios comportamentales y psicológicos que se acaban de exponer son acompañados por alguno de estos síntomas que aparecen luego de haber consumido la sustancia: taquicardia, dilatación pupilar, presión arterial baja o alta, sudoración, escalofríos, náuseas, vómitos, pérdida de peso evidente, dolor en el pecho, arritmias cardíacas y coma. Incluso, una intoxicación grave puede conducir al sujeto hasta la muerte.



## **Abstinencia por estimulantes**

La abstinencia por estimulantes tiene como característica general la presencia del síndrome de abstinencia que se manifiesta a las horas o pocos días después que se reduce el uso de estimulantes luego de un periodo de consumo prolongado. El síndrome de abstinencia se distingue por un desarrollo de ánimo disfórico que se acompañan de dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: “fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnias, aumento del apetito y retraso psicomotor o agitación” (APA, 2014, p. 569). Generalmente, todos los sujetos que sufren trastorno por consumo de estimulantes van a experimentar el síndrome de abstinencia. Los síntomas de la abstinencia aguda (*bajón* o *crash*) suele darse posterior al consumo de dosis altas y repetidas (*runs* o *binges*). Asimismo, la forma más grave de abstinencia es el estado de *abatimiento* o *crashing*, que se caracteriza por síntomas depresivos e ideación suicida.

### **5.1 Trastornos mentales inducidos por sustancias**

Siguiendo la línea del DSM-5 (APA, 2014) los trastornos inducidos por sustancias tienen su sección aparte en el manual y se diagnostican fuera de lo que es la intoxicación y la abstinencia cuando los síntomas son graves y necesitan una atención clínica independiente. Generalmente los trastornos inducidos por sustancias además de ser graves suelen ser temporales, o en el menor de los casos los síntomas pueden persistir. Se dice que un trastorno inducido por la sustancia se diferencia de los trastornos independientes debido a que el consumo de la droga se asocia con la etiología de los síntomas.

Dentro de los trastornos inducidos por estimulantes podemos encontrar los siguientes: trastorno psicótico inducido por estimulantes, trastorno bipolar inducido por estimulantes, trastorno depresivo inducido por estimulantes, trastorno de ansiedad inducido por estimulantes, trastorno obsesivo-compulsivo inducido por estimulantes, trastorno del sueño inducido por estimulantes y disfunción sexual por estimulantes.

Tal como se mencionó anteriormente, es indispensable realizar las investigaciones clínicas correspondientes para poder determinar de qué tipo de sustancia se trata y reconocer mediante un diagnóstico diferencial entre un trastorno relacionado con el consumo de sustancia (abstinencia e intoxicación) y un trastorno inducido por el consumo de sustancias. Asimismo, los estimulantes producen alteraciones de sueño y disfunciones sexuales temporales, pero significativas. Los trastornos mentales relacionados con el consumo de estimulantes presentan una alta comorbilidad con los siguientes trastornos, los

cuales evidencian ser un factor de riesgo para la incidencia de la aparición de trastornos mentales asociados con el consumo de sustancia: trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno de la personalidad antisocial. Por otro lado, las afecciones médicas causadas por el consumo de cocaína según el DSM-5 (APA, 2014) pueden ser sinusitis, irritación, sangrado de la mucosa nasal y perforación del tabique nasal. Asimismo, las sustancias estimulantes generan un dolor en el pecho en el momento de la intoxicación. En los jóvenes, y en fases graves del consumo, los estimulantes pueden llegar a ocasionar arritmias, infartos, muerte súbita y accidente cerebrovascular.

## **6. Propuestas de intervención**

### **6.1. Intervenciones clínicas y sociales desde un enfoque de reducción de riesgos**

Se sabe con certeza que el consumo de drogas no es algo nuevo. Como se mencionó anteriormente, el uso de drogas en la antigüedad estaba asociado a múltiples actividades como ceremonias religiosas, usos medicinales y recreativos. No obstante, la adicción, el consumo problemático y el abuso de sustancias psicoactivas es un problema sociocultural que nos obliga a investigar alternativas y proponer nuevos modelos de intervención enfocados en la reducción de riesgos. Según Bosque-Prous y Brugal (2016) la reducción de daños es el conjunto de políticas, programas e intervenciones que están enfocadas en minimizar las consecuencias negativas que el consumo de drogas causa en los sujetos y en la sociedad teniendo en cuenta como objetivo principal el control y la prevención del consumo de sustancias mediante intervenciones que contemplen los derechos humanos y la salud de los usuarios. Las autoras afirman que los primeros planteamientos sobre la reducción de riesgos comienzan a discutirse en el año 1973 cuando el comité de expertos en adicciones de la OMS refirió que las políticas de reducción de riesgos eran una alternativa para el control del consumo de sustancias y las consecuencias que conlleva. Lefio et al. (2013) mencionan la necesidad de que las intervenciones sean sostenidas mediante recursos estatales por los sistemas sanitarios, así como también ofrecer servicios terapéuticos a los usuarios consumidores, sus familias y a la población en general, siendo la accesibilidad y la integralidad dos de las características imprescindibles en la reducción de daños. Buitrago Peláez et al. (2021) mencionan que la perspectiva desde la reducción de riesgos acepta la idea de que el consumo de drogas va a perdurar más allá de los esfuerzos por no hacerlo, es por ello que dentro de las intervenciones se brindarán alternativas a los usuarios que les permitan disminuir las consecuencias negativas que ocasiona el consumo

de sustancias. Es importante aclarar que en la última década los profesionales han evidenciado el fracaso de las políticas e intervenciones basadas en un enfoque prohibicionista de la producción y distribución del consumo, lo que ha motivado también la aparición de estas nuevas alternativas. De esta manera, se proponen tres líneas de trabajo importantes para el abordaje: **la prevención, el tratamiento y la reducción de riesgos y daños.**

Si bien las intervenciones en reducción de daños están orientadas principalmente a las sustancias que se consumen vía parenteral debido al exceso de mortalidad que presentan, algunas de las propuestas que proponen las intervenciones pueden adaptarse a usuarios consumidores de otras drogas (como, por ejemplo, la cocaína). Desde esta perspectiva se aborda la posibilidad del consumo seguro y la moderación del consumo de drogas, es por ello que en algunas partes del mundo se llevan a cabo programas de **salas de consumo supervisado y la prevención de sobredosis mediante iguales.**

Bosque-Prous y Brugal (2016) mencionan que las **salas de consumo supervisado** son instalaciones que se conforman en centros sociosanitarios en los que se permite el consumo de drogas. El consumo de drogas se lleva a cabo bajo las medidas higiénicas correspondientes y bajo la supervisión de profesionales. Asimismo, en las salas de consumo supervisado también se llevan a cabo intervenciones educativas focalizadas en producir cambios positivos en la conducta de los usuarios, además de brindarle información sobre las consecuencias negativas del consumo a población de difícil acceso. En el año 2014 se mantenían en funcionamiento 88 salas de consumo distribuidas en Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, España, Noruega, Países Bajos y Suiza. Por otro lado, el programa de **prevención de sobredosis mediante iguales** refiere a talleres e intervenciones que han sido eficaces para el conocimiento, la confianza y las habilidades de los participantes para actuar de manera inmediata y eficaz a una sobredosis, aprehensión sobre los efectos de las drogas, la reanimación cardiopulmonar y la administración de naloxona.

Por su parte, Marín Sánchez et al. (2003) afirman que los programas de reducción de daños ayudan al joven a reconocer el riesgo que conlleva el consumo problemático. Para ello, es necesario que el adolescente desempeñe habilidades sociales que faciliten comportamientos de responsabilidad y pautas de autocontrol. El autor propone que el objetivo principal radica en que el adolescente dé cuenta que “la cuestión fundamental no está en que el adolescente consuma sustancias tóxicas, sino que las utilice para divertirse, facilitar el contacto social o para escapar de los problemas personales” (p. 280). Se destaca

la relevancia de analizar las implicaciones que entran en juego a la hora de realizar las intervenciones, dentro de las cuales se resaltan:

- la satisfacción que genera realizar actividades de ocio en función de un bienestar subjetivo;
- áreas afectadas por el malestar: familiar, trabajo/estudio, autoconcepto y autoestima;
- motivaciones asociadas al consumo recreativo de sustancias;
- intervenir en un sistema de recompensas orientado hacia el exterior: necesidad de utilizar drogas en actividades de ocio;
- motivar el ejercicio físico,
- valorar la comunicación dentro de un grupo de pares en los que se dialogue sobre las diferencias entre un consumo normalizado y un consumo problemático y la influencia que tiene el concepto de diversión como forma de evadir la realidad (p. 277).

## **6.2. Intervenciones clínicas psicológicas y terapéuticas**

Bertolín Guillén (2006) expone la existencia de los esfuerzos en transformar la realidad actual del terreno de la prevención, tratamiento y adicción a sustancias, principalmente la cocaína. Se intenta dar a conocer la realidad de forma empírica para poder investigar, evaluar, planificar y trabajar en conjunto desde la iniciativa y la creatividad (p. 245) para lograr efectos terapéuticos beneficiosos para los consumidores. Para Secades Villa y Fernández-Hermida (2001) es necesario que los tratamientos psicológicos no se reduzcan a la información que brinda la etiqueta diagnóstica de los trastornos psiquiátricos debido a que ninguna aborda de manera integral y precisa el perfil del paciente. Desde la perspectiva de los autores, el consumo problemático de drogas es un “hábito sobre aprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales” (p. 367). De esta manera, se plantea la necesidad de implementar herramientas y estrategias que estudien las áreas de la persona que han sido afectadas por el consumo problemático de la sustancia. Secades Villa y Fernández-Hermida (2001) plantean un modelo funcional de la conducta que se basa en analizar la correlación entre los siguientes factores:

- características biológicas y un repertorio comportamental concretos (disponer de reforzadores positivos o negativos de consumo, reglas acerca de los efectos de las sustancias y contacto directo con las drogas);
- estado motivacional (condiciones de privación social, ansiedad);
- condiciones contextuales (ambiente social, familiar, presencia de sustancias en el entorno),
- consecuencias fisiológicas y sociales que ocasiona la sustancia.

Teniendo en cuenta estos aspectos y analizando la correlación entre los factores, el autor destaca la relevancia de llevar a cabo una intervención de tipo multifactorial argumentando que la terapia cognitivo conductual orientada en la prevención de recaídas es una opción correcta para tratar a los usuarios con problemas de consumo, principalmente aquellos que consumen cocaína.

Las técnicas cognitivas conductuales que se intentan fortalecer son las siguientes:

- identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída;
- entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo;
- análisis funcional del uso de drogas;
- estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias,
- El afrontamiento de los consumos aislados (Secades Villa y Fernández-Hermida, 2001, p. 372).

El tratamiento cognitivo-conductual es una de las terapias que cuenta con un gran respaldo empírico para tratar las problemáticas sobre consumo de sustancias.

Generalmente las sesiones con estos pacientes tienen una duración de 12 semanas (12-16 sesiones) y se llevan a cabo de forma individual. De igual forma, se destaca la existencia de investigaciones de Timothy J. O'Farrell y William Fals-Stewart (2006) en las cuales evidencian que la terapia conductual familiar es eficaz para el reforzamiento de las habilidades de comunicación con el paciente.

Por otro lado, Royo-Isach et al. (2005) mencionan la importancia de abordar la problemática desde el ámbito de la atención primaria. Generalmente, quien consulta en primera instancia es la familia del consumidor y el primer objetivo es motivar al consumidor a iniciar un tratamiento en conjunto con su familia. Se buscará precisar el tipo de consumo, ya sea experimental, ocasional, circunstancial, habitual o adictivo. También se evaluará la posibilidad de sufrir recaídas, psicopatologías asociadas con el consumo, complicaciones en la vía de consumo (sinusitis y perforación en el tabique nasal) y manifestaciones clínicas derivadas de otras complicaciones médicas (p. 96). Siguiendo la línea de los autores, un correcto tratamiento sería la terapia cognitivo conductual ya sea individual, grupo y/o grupo de autoayuda y familiar y la utilización de psicofármacos. Los que se utilizan para tratar problemas de adicciones son los siguientes: antidepresivos, tricíclicos, inhibidores de la

monoaminooxidasa, neurolépticos y agonistas dopaminérgicos. Los objetivos del tratamiento son los siguientes:

- adhesión del paciente al tratamiento;
- conseguir el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas para que el usuario pueda incorporar habilidades cognitivas que lo ayuden a evitar estímulos del ambiente que lo motivan a volver a consumir,
- desde el rol profesional, informar al paciente de manera que pueda comprender los riesgos psicosociales que pueden producirse a raíz del consumo (Royo-Isach et al., 2005, p. 97).

Por su parte, Caudevilla Gállico (2010) se adhiere a mencionar la importancia de llevar a cabo abordajes desde la Atención Primaria (AP), principalmente desde el rol profesional del pediatra ya que muchos adolescentes se inician en el consumo en la edad de atención pediátrica. Se enfatiza en la capacidad del pediatra de AP y en las herramientas y habilidades que disponga para llevar a cabo una intervención integral desde una perspectiva biopsicosocial con accesibilidad del sistema de salud, el contacto con la familia y la labor interdisciplinar. Asimismo, la prevención primaria es una estrategia llevada a cabo desde el modelo de AP para evitar que los adolescentes entren en contacto con las drogas. Para ello, el rol de la familia, la escuela y el pediatra serán fundamentales para implementar estrategias orientadas a prevenir el consumo mediante la comunicación e información de los daños negativos que generan las drogas en los adolescentes.

Corona y Peralta (2011) exponen que desde la intervención con adolescentes es indispensable trabajar con los factores y las conductas de riesgo que pueden ser perjudiciales para la integridad biopsicosocial. Para el abordaje clínico las autoras proponen que se potencien las habilidades de comunicación desde la adolescencia temprana, así como también adaptarse a las necesidades del desarrollo, perspectiva de género y trabajar sobre las fortalezas individuales y factores protectores considerando que reconocerlas es útil para prevenir riesgos y promover la salud. Desde esta perspectiva, las autoras sugieren que las intervenciones más efectivas con los adolescentes suelen ser los programas comunitarios, incorporación de la familia para el fortalecimiento entre el adulto y el adolescente, espacios de participación juvenil y atenciones individuales. Por el contrario, se sugiere evitar las tácticas de intimidación, la segregación de los grupos de adolescentes y las intervenciones a corto plazo ya que las mismas han demostrado ser ineficaces (p. 71). A

continuación, se citan las siguientes técnicas para una estrategia con adolescentes que contemplen las características y necesidades propias de la etapa:

**Psicoeducación:** tiene como objetivo charlar sobre los riesgos y los factores protectores después de los mismos ser evaluados. Se aborda el contexto situacional y cotidiano del adolescente, así como sus redes de apoyo.

**Consejería:** se considera una herramienta relevante para el trabajo con los adolescentes y los padres. No se trata de dar consejos, sino que orienta al adolescente a hallar recursos para solucionar problemas que el adolescente proponga. Corona y Peralta (2011) afirman que se trata de “identificar el problema, explorar las opciones, considerar las consecuencias, hacer un plan y realizar un seguimiento” (p. 74).

**Entrevista motivacional:** el objetivo central de esta estrategia terapéutica es el cambio del sujeto motivado por sí mismo. Corona y Peralta (2011) citan el modelo de Prochaska y DiClemente que incluye 5 etapas. La primera etapa lleva el nombre de **precontemplativa**, en donde el sujeto aún no evalúa el cambio. En segundo lugar, la etapa **contemplativa** en donde el sujeto considera un posible cambio. La etapa tres es la **preparación**, en donde el sujeto planifica y se compromete al cambio. La **acción**, momento en el cual el cambio está surgiendo y siendo realizado, y el **mantenimiento** donde el sujeto deberá sostener y perdurar el cambio. Es indispensable informar que dentro de este modelo es muy probable que existan recaídas que el profesional debe prever y anticipar una estrategia para que el adolescente pueda enfrentarla.

## 7. Adolescencia, salud mental y cocaína en Uruguay

El 9 de agosto de 2017 en Uruguay se aprueba la nueva Ley de Salud Mental n.º 19529, en la cual el principal objetivo se encuentra descrito en el artículo 1: Garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Uruguay, 2017, párr. 1)

Unicef y Mides (2022) enuncian que la Ley de Salud Mental significa un gran avance en la reforma del modelo de atención en nuestro país ya que su elaboración se llevó a cabo

desde un paradigma comunitario, por lo cual los abordajes se llevan a cabo desde un enfoque integral, interdisciplinario e intersectorial. Por otro lado, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027 propone:

Contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2020, p. 25)

De esta manera, el nuevo PNSM pretende reemplazar el antiguo modelo de atención asilar, medicalizado, estigmatizante y hospitalocéntrico por un modelo de atención integral basado en una perspectiva de derechos humanos e inclusión sociocomunitaria. Desde el PNSM se propone abordar las siguientes áreas: promoción y prevención en salud mental, detección, asistencia y recuperación, interinstitucionalidad/intersectorialidad, capacitación y formación, cambio cultural, estigma y derechos y sistemas de información, evaluación e investigación. Por otra parte, el PNSM formula estrategias destinadas a la población adolescente como por ejemplo la elaboración del *Plan intersectorial de prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes*, con énfasis en la promoción del bienestar psicosocial y la atención integral de la salud mental (2021-2022). Desde esta perspectiva se busca el reconocimiento y las especificidades de esta etapa de la vida, abordando la adolescencia desde una manera significativa para la experiencia y no homogeneizante. La elaboración de esta estrategia se llevó a cabo por el MSP (áreas programáticas para la Atención en Salud Mental y de Adolescencia y Juventud), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC); el Mides (Instituto Nacional de la Juventud [INJU] y Dirección Nacional de Protección Social) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado ([ASSE], direcciones de Salud de Niñez y Adolescencia y de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables).

En este punto es importante destacar la existencia de los denominados *ciudadelas*. La JND (Unicef y Mides, 2022) expone que *Ciudadela* es un dispositivo que tiene como objetivo central brindar atención, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y derivación a las personas con consumo problemático de sustancias. Actualmente en nuestro país hay un total de 28 ciudadelas funcionando distribuidas por los departamentos. El abordaje de ciudadela es interdisciplinario individual, grupal y/o familiar llevando a cabo estrategias orientadas a la rehabilitación e inclusión social de los usuarios consumidores.



Por otro lado, en el marco de las prestaciones de salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) los prestadores de salud públicos y privados tienen la obligación de brindar abordajes psicoterapéuticos y psicosociales de manera individual o grupal en donde se prioriza a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Los tres modos de atención que se llevan a cabo son los siguientes:

1. atención grupal con hasta doce sesiones anuales;
2. atención individual, familiar o grupal con hasta 24 sesiones anuales;
3. atención individual o grupal y con hasta 48 sesiones al año, con posibilidad de extender la prestación hasta 144 sesiones.

En el caso específico de los usuarios que consumen cocaína, la JND (Unicef y Mides, 2022) manifiesta la obligatoriedad de los prestadores de salud en brindar atención individual y/o grupal psicoterapéutica al consumidor y atención grupal para la familia.

Desde la JND y el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD, 2020) se llevó a cabo la *viii encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza media*. Se realizaron encuestas en una población de 5.096 adolescentes de 13 a 17 años de edad distribuidos en 104 centros educativos de enseñanza pública, privada y educación técnica. Los resultados arrojaron que el 2.6% consumió cocaína al menos una vez. Si bien no es la droga más consumida en nuestro país, el Dr. Paul Ruiz (Canal 5 Uruguay, 2022) durante una entrevista en *El Living* el 11 de enero de 2022 afirma que la cocaína es la droga que tiene el índice de adictividad más alto, así como el número más alto en lo que tiene que ver con las internaciones. Asimismo, en otra entrevista del programa *El Living* realizada el 23 de febrero de 2022 el Dr. Ruiz (Canal 5 Uruguay, 2022) explica la ineficacia de las internaciones involuntarias para tratamientos de adictos. En este punto, Ruiz (Canal 5 Uruguay, 2022) hace énfasis en el efecto contraproducente que puede llegar a generarle al usuario consumidor ingresar a una hospitalización obligada debido a que muchas veces cuando la persona sale de la internación y busca ayuda voluntaria esta se resiste a ser nuevamente hospitalizada. Desde esta perspectiva la propuesta por parte de Ruiz (Canal 5 Uruguay, 2022) radica en la posibilidad de contar con dispositivos ambulatorios que cuenten con recursos estatales para apoyar y sostener este tipo de situaciones, así como también la implementación de profesionales especializados y equipos multidisciplinarios.

A modo de conclusión, el abordaje de las adolescencias vinculadas con los factores de riesgo, el consumo problemático y la implementación de novedosas intervenciones clínicas y sociales aún son un desafío para nuestro país. Desde Unicef y Mides (2022) se propone pensar las adolescencias desde una perspectiva de derechos en donde se hace hincapié en

reconocer al adolescente como un sujeto pleno de derechos, en contraposición al modelo de riesgos que tiende a colocar a las juventudes como un grupo vulnerable al que hay que proteger de los peligros del entorno y de sus propias características. Pensar en clave de trayectorias juveniles exige comprender la diversidad de caminos que transitan las personas jóvenes y asumir que lo dinámico es característico de esta etapa (p. 28).

Por último, desde las preocupaciones que emergen sobre la población adolescente en nuestro país, se llevan a cabo propuestas orientadas al trabajo con adolescentes de manera integral, priorizando que estos puedan acceder a información y materiales de calidad sobre las inquietudes que puedan llegar a manifestar. Se debe potenciar la participación adolescente mediante espacios de escucha, en donde los adolescentes puedan preguntar, involucrarse y tomar decisiones en temas en los que se encuentren interesados. Asimismo, se plantea abordar las intervenciones desde un enfoque intersectorial que contemple las siguientes características: género y generaciones, vulnerabilidad socioeconómica, territorio, etc. Por otra parte, es importante señalar la necesidad de participación e involucramiento de los centros de educación formal y no formal. Trabajar en conjunto con padres y profesores generando espacios de escucha y participación puede ser un escenario esperanzador para el surgimiento de propuestas novedosas que motiven a los adolescentes y a sus redes de apoyo a la concientización sobre el gran riesgo que puede conllevar el consumo temprano de sustancias.

## Conclusiones finales

Podemos afirmar que la adolescencia es una etapa clave en el desarrollo del sujeto en donde se producen cambios neurobiológicos, sociales y psicológicos que condiciona e incide en las conductas de los adolescentes asociadas con la toma de riesgos. De igual modo, muchos trastornos mentales tienen su pico de incidencia durante la adolescencia.

A nivel cerebral, el comportamiento de los adolescentes se puede explicar a raíz de los planteamientos de Steimberg y su teoría sobre el desbalance madurativo que ocurre en las áreas involucradas del sistema socioemocional y el sistema cognitivo. Ambos sistemas están conformados por diferentes regiones del cerebro, siendo las del sistema cognitivo las últimas en alcanzar la maduración durante la adolescencia. El hecho de que los adolescentes prioricen la experiencia, la asunción de riesgos y probar cosas nuevas se debe a la rápida maduración de las áreas del sistema socioemocional, vinculado con la recompensa y las gratificaciones inmediatas.

Asimismo, el consumo de drogas durante la adolescencia es un fenómeno que debe ser entendido y abordado desde una mirada biopsicosocial, ya que no son únicamente las transformaciones neurobiológicas lo que llevan al joven a consumir. Son varios los factores que pueden incidir en un comienzo temprano de consumo de sustancias, como por ejemplo padres consumidores, la incitación de los roles de pares y un contexto socio histórico en donde acceder a la venta de sustancias psicoactivas es sencillo. La exposición a factores de riesgo es un eje primordial para llevar a cabo el estudio y abordaje de factores protectores e intervenciones que estén orientadas a prevenir las consecuencias negativas que tiene el consumo.

Los efectos de la cocaína son altamente estimulantes y repercuten negativamente en el Sistema Nervioso Central de las personas generando malestares a nivel psíquico y físicos que pueden traer consecuencias a futuro. En el caso de los adolescentes al ser una droga potencialmente adictiva, y teniendo en cuenta la probabilidad de exposición hacia las situaciones que conlleven riesgos y novedades es importante que se implementen estrategias de prevención para evitar consecuencias a corto y largo plazo. En el caso de los adolescentes que tengan predisposición a sufrir trastornos mentales, el consumo de cocaína puede facilitar la aparición de cuadros psicóticos y estimular la sintomatología ansiosa y depresiva.

Teniendo en cuenta la complejidad de la problemática, es fundamental que el estado garantice estrategias de intervención orientadas a prevenir el consumo temprano en adolescentes mediante publicidades, propuestas socio comunitarias e intervenciones basadas en derechos humanos que hagan hincapié fundamentalmente en las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicoactivas durante la adolescencia. No obstante, muchas veces es utópico pensar en un mundo libre de drogas, a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado por evitar la problemática, en algunos casos hay que asumir que la persona no quiere dejar de consumir y el contexto en el que se encuentra sumergido tampoco es favorable. Desde el rol de futura profesional, considero necesario pensar en nuevos horizontes para un futuro esperanzador; cuestionarnos la implementación de intervenciones basadas en reducción de daños para nuestro país puede ser una alternativa viable para mitigar los riesgos que trae consigo el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Bertolín Guillén, J. M. (2006). El consumo de alcohol y cocaína en España. Los adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(3), 243-246.
- Blakemore, S-J. (2018). *La invención de uno mismo. La vida secreta del cerebro adolescente*. Public Affairs.
- Bosque-Prous, M. y Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas. Situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 99-105.
- Buitrago Peláez, D. C., Posada Pomares, N. y Villa López, J. E. (2021). *Experiencias de intervención para la reducción y mitigación de riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas* [Tesis de grado, Facultad de Psicología, Universidad CES]. Redices.
- Caballero Martínez, L. (2005). *Adicción a cocaína. Neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Ministerio de Sanidad y Consumo.  
<https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/144.pdf>
- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Canal 5 Uruguay. (2022, 11 de enero). *El living (11/1/2022)-Entrevista a Paul Ruiz, psicólogo consumo de drogas y salud mental* [Video]. YouTube.  
<https://www.youtube.com/watch?v=WmLocprc7hw>
- Canal 5 Uruguay. (2022, 23 de febrero). *El Living (23/2/2022)-Entrevista con Paul Ruiz, psicólogo* [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=Ys12SJ8KG\\_A&t=762s](https://www.youtube.com/watch?v=Ys12SJ8KG_A&t=762s)
- Casas Rivero, J., Ceñal González-Fierro, M. J., del Rosal Rabes, T., Jurado Palomo, J. y de la Serna Blázquez, O. (2006). Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, psicofuncionales, psicológicos y sociales. *Medicine*, 9(61), 3931-3937.
- Caudevilla Gállego, F. (2010, 5 de febrero). *Intervención en el adolescente consumidor de drogas* [Taller]. 7<sup>mo</sup> Curso de Actualización en Pediatría de la AEPap. Madrid.
- Corona, F. y Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 68-75.
- Del Bosque, J., Fuentes Mairena, A., Díaz, D. B., Espínola, M., González García, N., Loredó Abdalá, A., Medina-Mora, M. E., Nanni Alvarado, R., Natera, G., Prospero García, O., Sánchez Huesca, R., Sansores, R., Real, T., Zinser, J. y Vázquez, L. (2014). La cocaína. Consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37(5), 381-389.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Ministerio de Desarrollo Social. (2022). *Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay*.  
<https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Bienestar%20psicosocial%20salud%20mental%20adolescentes%20Uruguay.pdf>
- Gervilla García, E. y Palmer Pol, A. (2009). Predicción del consumo de cocaína en adolescentes mediante árboles de decisión. *Revista de Investigación en Educación*, (6), 7-13.
- Giorgi, V. (2009). Los adolescentes de hoy y el adolecer de las instituciones educativas. En *Los usos de drogas y su abordaje en la educación* (pp. 23-25). Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas JND/ANEP-Codicen.
- Godoy, J. C. (2017). Cerebro adolescente. En J. Garrido, E. Arrieta, P. González, F. Álvarez Heduan, J. Habif y M. Wortman (Eds.), *Un libro sobre drogas*. El Gato y la Caja.  
<https://elgatoylacaja.com/cerebro-adolescente>
- González Llona, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. Á. y Gaviria, M. (2015). Cocaína. Una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Sánchez-Garnica, D. E. y Pérez Álvarez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212.
- Junta Nacional de Drogas. (2016). *Guía más información, menos riesgos*. 11<sup>ma</sup> edición. *Ante el problema de las drogas, un compromiso con la salud, la convivencia y el desarrollo*.  
[https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/guia\\_masinfoV11\\_2016\\_web.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/guia_masinfoV11_2016_web.pdf)
- Junta Nacional de Drogas y Observatorio Uruguayo de Drogas. (2020). *VIII encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Informe de investigación*.  
[https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VIII\\_Encuesta\\_Nacional\\_consumo\\_drogas\\_estudiantes\\_ense%C3%B1anza\\_media\\_2020.pdf](https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VIII_Encuesta_Nacional_consumo_drogas_estudiantes_ense%C3%B1anza_media_2020.pdf)
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Marín Sánchez, M., Medina del Castillo, I. y Barranco Navarro, J. (2003). Bienestar percibido subjetivo y uso recreativo de drogas. Implicaciones para la intervención desde

- el concepto de reducción de riesgos. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, Sociotam*, 13(1), 263-284.
- Méndez Díaz, M., Ruiz Contreras, A. E., Prieto Gómez, B., Romano, A., Caynas, S. y Prospero García, O. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*, 33(5), 451-456.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan nacional de salud mental 2020-2027*. [https://www.psicologos.org.uy/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_Mental.pdf](https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf)
- Muñoz-Rivas, M. y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Núñez, V., Fernández Theoduloz, G. y González, N. (2022). Cerebro adolescente. En F. Alonso, P. Ferreiro y N. González (Coords.), *Adolescencias. Una mirada integral*. Bibliomedica.
- O'Farrell, T. J. y Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. The Guildford Press.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (s. f.). *Cocaína*. [https://www.unodc.org/pdf/26june05/fs\\_cocaine\\_S.pdf](https://www.unodc.org/pdf/26june05/fs_cocaine_S.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *¿Qué es la adolescencia?* Unicef Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
- Pascual, F., Torres, M. y Calafat, A. (2001). Monografía cocaína. *Adicciones*, 13(2).
- Pautassi, R. (2017). Bases neurofisiológicas de la adicción. En J. Garrido, E. Arrieta, P. González, F. Álvarez Heduan, J. Habif y M. Wortman (Eds.), *Un libro sobre drogas*. El Gato y la Caja. <https://elgatoylajaja.com/bases-neurofisiologicas-de-la-adiccion>
- Quintero, J. (2020). *El cerebro adolescente. Una mente en construcción*. Shackleton Books.
- Royo-Isach, J., Magrané, M., Fernández-Pola, O. y Tosco, M. (2005). Consumidores de cocaína: del uso recreativo al consumo adictivo. Una propuesta de intervención preventiva y asistencial. *Atención Primaria*, 36(3), 162-166.
- Ruiz, Paul. (2022, 01 de agosto) *Psicólogo Paul Ruiz: "Cuidar el cerebro de los adolescentes debería ser una política pública"* [Entrevista de radio]. Radio Sarandí 690. <https://www.sarandi690.com.uy/2022/08/01/psicologo-paul-ruiz-cuidar-el-cerebro-de-los-adolescentes-deberia-ser-una-politica-publica/>
- Saiz Galdós, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿problema de oferta o de demanda social? Un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19(1), 35-44.
- Secades Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción. Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106.

Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 216-224.

Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley n.º 19529: Ley de Salud Mental.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Vázquez Fernández, M. E., Muñoz Moreno, M. F., Fierro Urturi, A., Alfaro González, M., Rodríguez Molinero, L. y Bustamante Marcos, P. (2013). Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 75-84.