

Guía-protocolo de actuación ante adicciones sin sustancia en adolescentes

L. Rodríguez Molinero, Doctor en Medicina. Pediatra Acreditado en Medicina de la Adolescencia por la AEP.

Fecha de recepción: 09-07-2020

Fecha de publicación: 31-07-2020

Adolescere 2020; VIII (1): 54e1-54e5

Resumen

Las sociedades industriales y del consumo se proponen organizarnos la vida. Solo tenemos que escoger, lo demás todo son facilidades. El ocio y tiempo libre es una etapa ideal para elegir nuestros deseos más placenteros. La trampa está en nuestro estilo de vida, nuestra formación moral y en la estructura de nuestro cerebro. El placer es nuestro refuerzo positivo más potente. Nos permite repetir lo que nos gusta, sin darnos cuenta que nos puede modificar el pensamiento y la conducta. Incluso nos puede ayudar a crear una adicción. Los adolescentes son la población más vulnerable por su inmadurez neurológica y moral. En esta guía se pretende ayudar a los profesionales que tratan a adolescentes cómo descubrir a los que se están iniciando en conductas problemáticas que pueden afectar a su desarrollo personal, laboral y familiar. Se hace hincapié en la importancia de mantener una relación afectiva que sea capaz de informar sobre los peligros de algunos hábitos e intentar modificar su conducta. Esta relación se consigue a través de la Historia Clínica, sin duda el arma más potente para cambiar formas de ser y estar de muchos adolescentes.

Palabras clave: *Adolescencia; Conductas adictivas; Ludopatía.*

Abstract

Industrial and consumer societies aim to organize our lives. We simply have to choose; the rest is all easiness. Leisure and free time are an ideal setting to select our most pleasant wishes. The trap is in our lifestyle, our moral training and the structure of our brain. Pleasure is our most powerful positive reinforcement. It allows us to repeat what we like, without realizing that it can modify our thinking and behavior. It can even help us create an addiction. Adolescents are the most vulnerable population due to their neurological and moral immaturity. This guide aims to help professionals who treat adolescents in order to discover those who are initiating problematic behaviors that can affect their personal, work and family development. Maintaining an affective relationship, capable enough to inform about the dangers of some habits and to try to modify such behavior, is emphasized. This relationship is achieved through the medical history, which is, without a doubt, the most powerful instrument to modify the behavior of many adolescents.

Key words: *Adolescence; Addictive behaviors; Compulsive gambling.*

El ser humano tiene tendencia a disfrutar de todo cuanto le rodea. Las sociedades industriales y de consumo bien lo saben, y utilizan el mercado y la industria de la publicidad para dar satisfacción a esa inclinación

Introducción

El ser humano tiene tendencia a disfrutar de todo cuanto le rodea. Las sociedades industriales y de consumo bien lo saben, y utilizan el mercado y la industria de la publicidad para dar satisfacción a esa inclinación. Los adolescentes son el objetivo diana más indefenso entre toda la población. Si tuviéramos que definir dos características de nuestros adolescentes, diríamos libertad y placer.

Ambos forman parte de los alicientes más potentes, hasta el extremo de que, según Javier Elzo, los símbolos definidores de la adolescencia son “el dinero, la fiesta, el condón y la moda” (La Voz de los adolescentes, Elzo, 2008).

En este número se han tratado algunas de las diferentes adicciones sin sustancia (ASS) que afectan a los adolescentes (quizás las más importantes y frecuentes). Existen otras muchas conductas problemáticas hedonistas capaces de crear adicción, porque nuestra sociedad nos ofrece cada día más posibilidades de disfrute, y nosotros somos cada vez más receptivos a ellas, de las que hacemos uso, abuso y adicciones.

La ludopatía es la única ASS que está contemplada en el DSM 5⁽¹⁾ y en la CIE 11. Las demás conductas problemáticas están pendientes de que estudios proporcionen evidencias suficientes como para ser catalogadas como patológicas. Los redactores del DSM5 en su sección III ya lo advierten, y dejan a investigaciones posteriores la posibilidad de nuevas categorías o dimensiones.

Ya se advierte en el editorial: no se trata de “patologizar” la vida, sino de ayudar a entender la relación del adolescente con su mundo, sobre todo cuando éste le hace ser esclavo de su dependencia, y perder oportunidades de desarrollo, progreso y realización personal. Los abusos, los malos usos, y no digamos las dependencias y adicciones hacen sufrir. Y cuando esto sucede, ocasiona alguna alteración que, o bien individualmente, o bien colectivamente, obliga a terceros a intervenir en beneficio de la salud-felicidad colectiva.

Se han descrito en este número de ADOLESCERE varias ASS (al juego, las nuevas tecnologías, las compras, el trabajo...). La sociedad nos apremia cada vez más para buscar aspectos preventivos. Si las adicciones son un problema de salud pública por su magnitud, su trascendencia y su fragilidad, nuestra actitud debe ser proactiva. Nos interesa adelantarnos a lo que pueda suceder.

En adicciones, la Historia Clínica (HC), es decir, la relación con el adolescente, es la mejor forma de prevención primaria. Pero también lo es en promoción y en educación para la salud. El diálogo del médico y el adolescente se constituye como una ocasión para detectar formas de pensar, de sentir y de actuar. Por tanto, los encuentros clínicos dirigidos y estructurados son la mejor forma de conocer los estilos de vida relacionados con las ASS^(2,3,4,5).

En la historia clínica (HC) se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico. La propia entrevista genera efectos curativos, porque crea un vínculo afectivo y emocional que genera sentimientos reconfortantes, estimulantes y positivos.

Aunque estemos en la era de la tecnología, la relación del médico y el paciente -médico-enfermo de Laín Entralgo, y que nosotros cambiamos por relación médico-adolescente (RMA)- es decisiva al abordar la detección precoz de ASS⁽⁶⁾. Es el momento de detectar el componente emocional del ser humano en situación de necesidad. Las respuestas a nuestras preguntas o las quejas que nos pueden aportar forman parte de la RMA.

Entre el contenido de la RMA aparecen datos neutros, pero también muchos que serán íntimos y secretos, que darán lugar a situaciones tensas, y que están relacionados con los afectos más privados de su alma. Aquí seguramente está la base de su ASS. En este momento, la entrevista adquiere su máxima importancia y valor terapéutico. La confidencialidad es la clave para descubrir cuáles son los dramas personales que hacen sufrir al adolescente. El profesional tiene que poner en práctica todas sus habilidades en plenitud. La entrevista se convierte en un conjunto de actitudes y técnicas, fruto de un aprendizaje autocrítico del profesional, de modo que el buen entrevistador no «nace», sino que se «hace».

La RMA está relacionada con los cambios biosociológicos y culturales, las modas, los ámbitos de trabajo, etc. *Society for Adolescent Medicine* recomienda que siempre se tengan en cuenta las siguientes cualidades: disponibilidad, visibilidad, calidad, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación. Y lo que se pretende es facilitar la capacitación y la comprensión de los problemas del adolescente, y responsabilizarle en su curación.

En ocasiones podemos pensar que los adolescentes no necesitan nada, que tienen de todo y de sobra, y que es nuestro paternalismo de adultos lo que nos induce a actuar de esa manera. Pues bien, esto no es así y la experiencia indica que en un 20% necesitan ayuda, orientación, estímulo y adaptación a una familia, un sistema y una sociedad compleja, no siempre justa y cada vez más sofisticada y exigente.

El respeto a la autonomía del adolescente es un principio elemental en la relación con él. Se trata de darle información y capacitación para que, sin hacerle perder su autonomía, tome responsablemente sus decisiones.

La ludopatía es la única ASS que está contemplada en el DSM 5 y en la CIE 11. Las demás conductas problemáticas están pendientes de que estudios proporcionen evidencias suficientes como para ser catalogadas como patológicas

En la historia clínica se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico

Entre el contenido de la relación médico-adolescente aparecen datos neutros, pero también muchos que serán íntimos y secretos, que darán lugar a situaciones tensas, y que están relacionados con los afectos más privados de su alma

El respeto a la autonomía del adolescente es un principio elemental en la relación con él. Se trata de darle información y capacitación para que, sin hacerle perder su autonomía, tome responsablemente sus decisiones

Algunos adolescentes no son pacientes cómodos, y menos en el campo de las adicciones

La confianza genera confidencialidad y ésta exige mantener la discreción y el secreto de lo que conocemos. Sin esto no habrá eficiencia clínica. El secreto médico es un derecho de los pacientes, y está contemplado en las leyes. Su transgresión puede ocasionar problemas con la Justicia.

Algunos adolescentes no son pacientes cómodos, y menos en el campo de las adicciones. Los profesionales lo sabemos, pero es precisamente en esa ocasión cuando se nos exigen todas las habilidades para conocer sus motivos, sobre todo motivos internos, que han sido los motores de sus actos.

El pediatra, sobre todo el de Atención Primaria, es un profesional que vigila la salud del niño desde que nace. Conoce la familia, el estilo de crianza, las preocupaciones y el cumplimiento de las demandas en salud de los hijos

Prevención primaria en ASS

¿Qué hacer? ¿Cuándo preocuparse?

Todos los datos que obtenemos durante la RMA, constan en la HC. Es el documento donde constan los datos administrativos y clínicos más relevantes, y nos sirven para seguir la evolución, tanto por nosotros como por otros colegas, en caso de nuestra ausencia. Pero también es un instrumento de estudio e investigación. La HC debe ser custodiada para garantizar el secreto profesional y la confidencialidad. La HC es un documento oficial protegido por la ley.

El pediatra, sobre todo el de Atención Primaria, es un profesional que vigila la salud del niño desde que nace. Conoce la familia, el estilo de crianza, las preocupaciones y el cumplimiento de las demandas en salud de los hijos. El pediatra está en una situación privilegiada para observar los signos de alarma, aquellas situaciones proclives a ASS⁽⁷⁾: cuando existen alteraciones repetidas de las normas de convivencia familiar, cuando suceden riesgos añadidos con grave deterioro de la actividad escolar, cuando el adolescente se siente incapaz de prescindir de la conducta problema, o cuando pone en peligro el funcionamiento del núcleo familiar o social. Si a lo largo de un año el pediatra observara cualquiera de estos rasgos sería el momento de intervenir informando y orientando a los padres. Incluso podría aconsejar el pediatra una consulta con servicios especializados, si el problema no se pudiera atender desde nuestra consulta (ver Algoritmo). Por otro lado, hay rasgos definidos en los diferentes capítulos sobre la personalidad adictiva (impulsividad, timidez y déficit de habilidades sociales...), o estilos educativos familiares, tanto permisivos como sobreprotectores, o familias con comportamientos adictivos (alcoholismo, juego patológico, abuso de nuevas tecnologías...), o una dinámica familiar caracterizada por el individualismo y el solipsismo, donde la convivencia es fría, poco comunicativa, y cada uno "va a lo suyo".

Las adicciones sin sustancia están muy ligadas al ocio y al tiempo libre. En cualquier entrevista clínica con adolescentes, tiene que haber un momento para interesarse por lo que sucede durante esta parte de su vida

Las ASS están muy ligadas al ocio y al tiempo libre. En cualquier entrevista clínica con adolescentes, tiene que haber un momento para interesarse por lo que sucede durante esta parte de su vida. Es la ocasión para preguntar por el uso de las nuevas tecnologías de la imagen, los videojuegos o los juegos de apuestas, las compras, el dinero disponible, el deporte... así como otras obsesiones, compulsiones o hábitos.

Entre las preguntas claves a realizar al adolescente están: ¿Cuál es el problema?, ¿quiénes son los que reconocen el problema?, ¿cómo afronta el problema el adolescente? y ¿cómo reacciona la familia, la escuela o la sociedad ante ese problema?

En las conductas problemáticas adictivas, con frecuencia el adolescente no es consciente de su dependencia, o a las preguntas responde con la sensación subjetiva de no tener dependencia (...“yo controlo”, ...“lo dejo cuando quiera”, ...“esto no me puede”). En una palabra: suelen negar su problema, y por tanto no basta con aceptar la respuesta como cierta, ni siquiera las de los propios padres, que no suelen ser conscientes de la gravedad de la situación. Hay que ir mas allá y sopesar los testimonios indirectos, o de profesores y tutores.

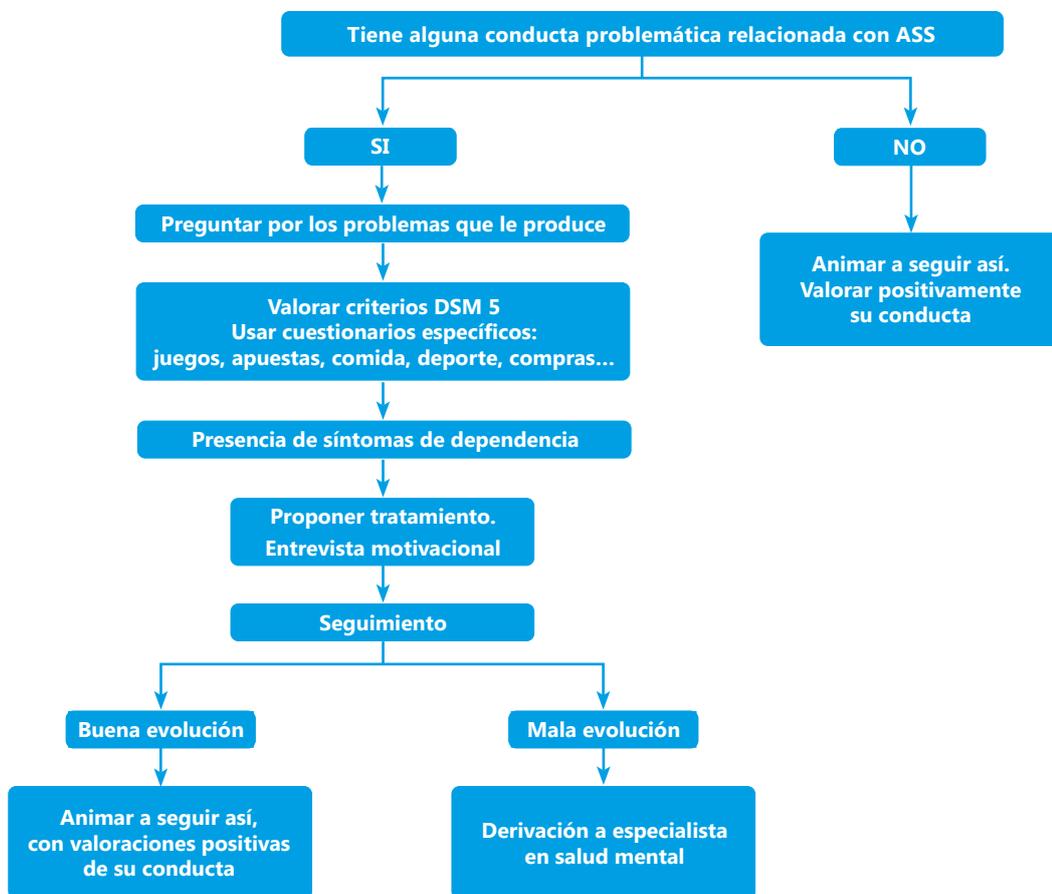
Preguntas clave:

¿Cuál es el problema?, ¿quiénes son los que reconocen el problema?, ¿cómo afronta el problema el adolescente? y ¿cómo reacciona la familia, la escuela o la sociedad ante ese problema?

Cuando se sospechen ASS, se puede recurrir a cuestionarios validados que acentuarán y evaluarán psicométricamente los detalles de las conductas problemáticas. En este número de ADOLESCERE se detalla qué cuestionario utilizar en los diferentes temas relacionados con ASS (ver anexo I).

Tablas y figuras

Algoritmo de adicciones sin sustancia (ASS)



Bibliografía

- 1.- Asociación Americana de Psiquiatría. *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*. En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Barcelona: Masson; 2014. p. 481-591.
- 2.- Rodríguez Molinero L. ¿Cómo atender al adolescente? *ADOLESCERE*. Volumen I. No 2. Mayo 2013. [En línea] Consultado el 25 de junio 2020. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol1num2-2013/15-21.pdf>.
- 3.- Rodríguez Molinero L. *ADOLESCERE* • Volumen IV • Enero-Febrero 2016 • No 1. [En línea] Consultado el 29 de junio 2020. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num1-2016/17_atencion_al_adolescente.pdf.
- 4.- Rodríguez Molinero L. *Habilidades en comunicación con adolescentes*. *FAPap*. 2012. Vol 5, nº2. [En línea] Consultado el 26 de junio 2020. Disponible en: <https://fapap.es/articulo/199/habilidades-en-comunicacion-con-adolescentes>.
- 5.- Rodríguez Molinero L. y Montalvo Jääskeläinen F. *La atención al adolescente y los aspectos legales*. [En línea] Consultado el 26 de junio 2020. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-la-atencion-al-adolescente-los-S1696281814701854>.
- 6.- Laín Entralgo P. *La relación Médico-Enfermo*. *Revista de Occidente*. 1964. [En línea] Consultado el 25 de junio 2020. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>.
- 7.- López Sánchez F. *Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención*. *ADOLESCERE* • Volumen III • Mayo 2015 • No 2.

Anexo I. Cuestionarios de evaluación de conductas problemáticas

Conducta problemática	Tipo de Cuestionario	Referencia
Internet y videojuegos	EUPI a	Rial A, Gómez P, Isorna M, Araujo M, Varela J. PIUS-a: <i>problematic internet use in adolescents. Development and psychometric validation</i> . Adicciones, 2015. 27 (1): 47-63.
	Test IAT Kimberly Young	Test de adicción a Internet (IAT) https://equipojeremias.files.wordpress.com/2015/05/test-adicci-c3b3n-a-internet-iat.pdf .
	IGDS9 SF	Beranuy M, Machimbarrena JM, Vega-Osés MA, Carbonell X, Griffiths MD, Pontes HM, González-Cabrera J. <i>Spanish validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short Form (IGDS9-SF): prevalence (Kimberly Young) and relationship with online gambling and quality of life</i> . Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. 17, 1562. https://doi.org/10.3390/ijerph17051562 .
Juego patológico	South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA)	Becoña E. <i>Pathological gambling in Spanish children and adolescents: an emerging problem</i> . Psychol Rep. 1997. [En línea] Consultado el 8 de junio 2020; 81: 275-287. Disponible en: https://europepmc.org/article/med/9293217 .
	Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)	Jiménez-Murcia S, Granero R, Stinchfield R, Tremblay J, del Pino-Gutiérrez A, Moragas L, et al. <i>A Spanish Validation of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI)</i> . Front Psychol [En línea]. 7 de febrero de 2017. Consultado el 8 de junio 2020; 8.
	Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)	Lloret D, Morell R, Marzo JC, Tirado S. Validación española de la Escala de Adicción a Videojuegos para Adolescentes (GASA). Atención Primaria [En línea]. Junio de 2018. Consultado el 20 de mayo de 2020; 50(6): 350-8. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716303948 .
Compra	Cuestionario de compra compulsiva, de la Gandara 1996	de la Gándara Martín JJ, de Dios Franco A, Cerezo Rodríguez P, Redondo Martínez AL. <i>Shopping disorder and the abnormal use of attire</i> . Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1990;18(4):258-65.
	Compulsive Buying Scale 1992	Faber RJ, O'Guinn TC. <i>A Clinical Screener for Compulsive Buying</i> [Internet]. Vol. 19, <i>Journal of Consumer Research</i> . Oxford University Press; [cited 2020 May 11]. p. 459-69. Available from: https://www.jstor.org/stable/2489402 .
	Online Shopping Addiction Scale (OSA) 2017	Zhao H, Tian W, Xin T. <i>The development and validation of the online shopping addiction scale</i> . Front Psychol. 2017 May 16;8(MAY).
Comida	Yale Food Addiction Scale for Children	Santos M, Cadieux A, Ward WL. <i>Assessing Pediatric Food Addiction: Tools for the Clinician</i> . Clin Pediatr (Phila). 1 de enero de 2018;57(1):103-5.
Ejercicio Físico	Cuestionario de Ejercicio Obligatorio (OEQ)	Márquez S. La adicción al ejercicio: un trastorno emergente de la conducta. Nutr Hosp. 1 de junio de 2015;(6):2384-91fa.
	Cuestionario de Dependencia del Ejercicio (EDQ)	Ogden J, Veale D, Summers Z. <i>The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire</i> . Addict Res 1997; 5: 343-356.
	Escala de Dependencia del Ejercicio (EDS)	Hausenblas HA, Downs DS. <i>How much is too much? The development and validation of the Exercise Addiction scale</i> . Psychol Health 2002; 17: 387-404.
	Inventario de Adicción al Ejercicio (EAI)	Simón-Grima J, Estrada-Marcen N, Montero Marin J. Adicción al ejercicio medida a través del <i>Exercise Addiction Inventory (EAI)</i> y salud en deportistas habituales. Una revisión sistemática y meta-análisis Adicciones vol 31, nº 3. 2019.
Estudio-Trabajo	Work Addiction Risk Test (WART) (Robinson, 1996)	Griffiths M, Demetrovics Z., Aroszko P. <i>Ten myths about work addiction</i> . J. Behav. Adicc. Febrero 2018. 7(4).pp 845-857.