

Manejo de las urgencias psiquiátricas en población infantojuvenil con consumo de sustancias psicoactivas

Pablo Andrés Coronel

*Médico especialista en clínica pediátrica, psiquiatría infantojuvenil y medicina legal.
Coordinador médico del Dispositivo Ambulatorio para la Niñez y la Adolescencia,
Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte".
Psiquiatra titular de la Guardia de Salud Mental del
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" (GCABA).
Miembro de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
E-mail: pacoronel74@yahoo.com*

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo abordar el problema del consumo de sustancias psicoactivas en la población infantojuvenil en su modalidad de presentación, por lo demás frecuente, de urgencia en la atención psiquiátrica. Se buscará profundizar en el entrecruzamiento clínico de las variables que definen estos cuadros de alta complejidad en su manejo, el estado actual de los conocimientos frente al encuentro del paciente niño y adolescente usuario de sustancias psicoactivas en la urgencia psiquiátrica, y analizar las prácticas habituales disponibles en el medio de atención del Área Metropolitana de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Finalmente se indaga sobre la existencia de una red local de adicciones, su alcance comunitario, y los obstáculos a vencer en el objetivo de alcanzar los estándares internacionales en el manejo de los trastornos por abuso de sustancias.

Palabras clave: Urgencias psiquiátricas - Psiquiatría infanto-juvenil - Adicciones - Red de Salud Mental.

CLINICAL MANAGEMENT OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE DISORDERS

Abstract

This paper addresses the problem of substance abuse disorders in child and adolescent patients within its frequent psychiatric emergency setting. It describes the clinical features that define the high complexity of these cases, the current state of knowledge regarding clinical management of child and adolescent psychiatric emergencies in patients with substance abuse disorders, and the available treatment strategies in the metropolitan area of Buenos Aires, Argentina. Finally, this article delves into the existence of a metropolitan addiction treatment network, its community outreach and the obstacles it has to conquer in order to attain the international standards for the treatment of substance abuse disorders.

Key words: Emergency - Child and adolescent psychiatry - Addiction - Mental health network.

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud, el uso y dependencia de sustancias psicoactivas representan un factor significativo en la tasa de morbilidad para las personas y sociedades del mundo. El Informe Mundial de la Salud 2002 (OMS) estableció que el 8,9% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4,0% al tabaco, 4,1% al alcohol y 0,8% a las drogas ilícitas (1). Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo. Pero existe la creencia que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son "difíciles", "poco inteligentes" o "incapaces de tomar decisiones". Esta estigmatización determina un rechazo a integrar al sistema de salud este tipo de padecimientos a través de tratamientos validados promoviendo la institucionalización en establecimientos que se asemejan más a depósitos de seres humanos (2).

En la República Argentina, según estimaciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación entre 2009 y 2013, sobre un total de 17.423 varones menores de 19 años estudiados al egresar de su internación por trastornos mentales y del comportamiento, el 47,9% presentó como diagnóstico el trastorno por consumo de psicotrópicos, seguidos en frecuencia con el 15,6% de los casos, el grupo conformado por los trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y los trastornos somatomorfos. En el mismo estudio para un total de 15.233 mujeres evaluadas, la relación se invierte estando en primer lugar en frecuencia con un 32,3% el grupo conformado por los trastornos neuróticos, los relacionados con el estrés y los trastornos somatomorfos, seguidos en segundo lugar, con una frecuencia del 25,3%, los trastornos por consumo de psicotrópicos (3).

Midiendo el consumo de psicotrópicos como principal causa de egreso hospitalario para el mismo período, sobre un total de 3.663 mujeres menores de 19 años 71,1% de las mismas correspondieron a trastornos mentales por consumo de alcohol, seguido por 16,2% para trastornos mentales por consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos, 4,7% para trastornos mentales por consumo de sedantes o hipnóticos y 3% para trastornos mentales por consumo de cocaína. Por su parte, de los 8.003 varones menores de 19 años evaluados, 52,4% egresó con diagnóstico hospitalario de trastornos mentales por consumo de alcohol, seguidos por el 36,2% que presentó trastornos mentales por consumo de múltiples drogas y otros psicotrópicos; luego le siguió en frecuencia el 5,2% con diagnóstico de trastornos mentales por consumo de cocaína y, por último, el 1,7% con trastornos mentales por consumo de sedantes o hipnóticos.

Estas cifras muestran coherencia con lo que se desprende de la experiencia en la atención de salud mental de población infantojuvenil en distintos dispositivos del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires. Ya sea se trate de dispositivos polivalentes como la guardia de un hospital general de niños, o de uno monovalente como un servicio de atención ambulatoria para salud mental y adicciones, las coordinadas en que suelen situarse las consultas por niños y adolescentes que utilizan sustancias psicoactivas, a menudo exigen la modalidad de resolución y abordaje de *urgencia*. Se trata de cuadros de mucha complejidad, a menudo "punta de iceberg" de un trasfondo donde abundan grietas importantes que denotan un claro resquebrajamiento de las redes tanto sociales y familiares como del sistema de salud y de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes. La estigmatización arriba mencionada asociada a estos cuadros, conlleva el rechazo a una atención integral donde a menudo quedan relegados aspectos derivados de sus complicaciones habituales como las infecciones sobre-agregadas, la desnutrición y las conductas potencialmente peligrosas para sí o para terceros. Más aún, no es infrecuente la atención de urgencia en una primera instancia por el psiquiatra infantojuvenil de cuadros que con la profundización de su evaluación revelan descompensaciones metabólicas y/o tóxicas graves que podrían poner en riesgo la vida de estos menores de edad usuarios de sustancias psicoactivas. No existe un protocolo local o guías de recomendaciones para el manejo de estos cuadros clínicos en la urgencia que integre la articulación de los distintos efectores del sistema de salud de acuerdo a la complejidad de su presentación.

El presente artículo apunta a realizar aportes para pensar recomendaciones en manejo de las urgencias psiquiátricas en población infantojuvenil que utiliza sustancias psicoactivas.

Concepto de urgencia psiquiátrica

La urgencia en psiquiatría, tal como la define el Comité de Protocolos del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte", es una situación de crisis en la cual el sistema no cuenta con los recursos necesarios para solucionarla, apremiado por la falta de tiempo (4). Es decir, la asistencia no puede esperar debido al riesgo de empeoramiento que resultaría en nuevos y mayores problemas.

La emergencia psiquiátrica se define como aquellas situaciones extremas en las que la agresión directa o indirecta hacia sí mismo o a los demás se presenta como síntoma dominante. Este debe ser tratado inmediatamente para evitar las consecuencias. Esto incluye cuadros de variada etiología, no solo a pacientes violentos y agitados por cuadros psicóticos o conductas suicidas activas, sino también a patologías como delirium, o resultantes de intoxicaciones agudas por drogas legales e ilegales, entre otras.

El juicio que determina que ciertos pensamientos, sentimientos o acciones del niño constituyan una emergencia psiquiátrica es el reflejo de la percepción del adulto que considera al menor de edad en una condición seria, urgente o inmanejable en su entorno al momento de la consulta (5).

A su vez, resulta claro que la urgencia en salud mental no elige el dispositivo adecuado para desencadenarse; en efecto, situaciones clínicas que requieren como respuesta una intervención inmediata pueden presentarse tanto en la sala de espera de un consultorio de atención al público -de gestión estatal o privada- como en una sala de internación general, de la misma manera que en una guardia, por no mencionar escenarios territoriales más complejos como la calle o el domicilio. Como consecuencia, una multiplicidad de actores (adultos e instituciones) podría, potencialmente, iniciar la consulta en un servicio de emergencias psiquiátricas para niños. Esta variedad de consultantes incluye a padres, miembros de la familia extendida, maestros, policías, profesionales de la salud mental de la comunidad y trabajadores sociales (5). Hemos aludido anteriormente a esta complejidad en varias presentaciones y publicaciones: *“La necesidad de promoción y fortalecimiento de una red de contención social, en la que intervengan actores extra e intrainstitucionales, determina una mayor urgencia cuando se trata de un menor de edad con padecimientos en su salud mental. Esta situación se ve agravada si sus derechos se encuentran vulnerados. Así, la atención deberá incluir, además, la articulación, a menudo presencial, y otras veces a distancia, con escuelas, defensorías judiciales, talleres, coordinadores de otros servicios hospitalarios, Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a través de su guardia permanente de abogados, Ministerio Público de Menores e Incapaces, solo por mencionar algunos”* (6). Acordamos con los autores que afirman que *“nada parece explicar mejor el aumento en las consultas de emergencias psiquiátricas infantojuveniles y gravedad de las mismas como el aumento de niños viviendo en la pobreza y el deterioro de sus redes sociofamiliares”* (5).

Lo que resulta evidente es que no todo dispositivo se encuentra preparado para resolver urgencias en salud mental en población infantojuvenil. El panorama se ensombrece aun más si el cuadro implica la utilización de sustancias psicoactivas en un menor de edad. A continuación, trataremos de dar cuenta de la complejidad de este tipo de cuadros para poder pensar los requisitos de las estrategias para abordarlos.

Adicciones en la niñez y la adolescencia

Como consecuencia de varias interpretaciones inexactas pertenecientes al pasado no muy lejano, la dependencia a drogas ha sido considerada de manera exclusiva un problema social, una falla moral, una patología de la personalidad, un comportamiento culposo punible, o el simple resultado de la exposición inapropiada a sustancias que producen dependencia. Estos enfoques simplistas e ideológicos fueron formulados antes que contáramos con la comprensión científica de

los mecanismos cerebrales que juegan un papel central en el desarrollo y persistencia de los signos conductuales y síntomas de los trastornos por abuso de sustancias. Luego de muchos años de investigaciones médicas, el estado actual de conocimientos nos permite comprender la dependencia de drogas como un trastorno multifactorial biológico, conductual y social (7).

El uso de sustancias entre los jóvenes fue aumentando mientras la edad de inicio fue disminuyendo (8). A su vez, a mayor tolerancia social y menor percepción de riesgo, mayor es el índice de consumo. La adolescencia constituye una etapa clave del desarrollo cerebral debido a los importantes cambios arquitectónicos y funcionales con repercusión en aspectos psicológicos, cognitivos y sociales. Varios fenómenos dinámicos del desarrollo cerebral de esta etapa de la vida explican la gran vulnerabilidad con impacto en los distintos tipos de aprendizaje adquiridos habitualmente en la adolescencia: la diferenciación, migración neuronal, sinaptogénesis, formación de axones, poda, apoptosis, proliferación dendrítica y mielinización. Estos dos últimos, prevalentes entre los 10 y los 19 años de edad, pueden verse afectados por efecto del alcohol u otras sustancias tóxicas. Hoy se cuenta con evidencia basada en estudios que permiten documentar daño cerebral en modalidades de consumo de alcohol socialmente toleradas a través de prácticas que apuntan a una especie de reducción de riesgos y daños, pero no previenen los efectos que documentan estas investigaciones (8). La costumbre de tomar alcohol rápidamente en grandes cantidades hasta la intoxicación (*binge drinking* en inglés, podría traducirse literalmente como “atacón de bebida”), es común entre los jóvenes que eligen preferentemente esta sustancia psicoactiva para obtener placer y diversión en su tiempo libre junto a sus compañeros. Estudios sobre el impacto del uso de alcohol y marihuana en adolescentes (8) muestran que el inicio en el *binge drinking* produce deterioro cognitivo, alteraciones en la estructura y funcionamiento cerebrales; produciendo mayores déficits neurocognitivos con el inicio temprano del consumo antes de los 18 años de edad. La OMS recomienda la abstinencia completa de alcohol en menores de 18 años, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tardía sea la incorporación del sujeto al consumo de bebidas alcohólicas. Esto alerta sobre el peligro de la naturalización y banalización del consumo de sustancias entre la población infantojuvenil.

La utilización de marihuana, principal sustancia ilegal psicoactiva como droga de inicio en los cuadros de policonsumo, goza de una importante aceptación social en nuestro medio, entre estudiantes secundarios y universitarios. Asimismo, en grupos sociales con derechos postergados y necesidades básicas insatisfechas, se asocia a deserción escolar a edades más tempranas, fugas del hogar, exposición a situaciones de violencia y a menudo facilita el camino hacia el desarrollo de cuadros disociales.

Un estudio doble ciego en pilotos experimentados (9) utilizando un simulador de vuelo demostró que un solo cigarrillo de marihuana afecta el funcionamiento del

complejo visual motor hasta 24 horas después de haber fumado. Lo interesante es que seis de los siete pilotos no se percataron de los errores cometidos. Estos hallazgos podrían explicar por qué tantos adolescentes creen que conducen mejor automóviles luego de haber consumido marihuana. Es extensa la evidencia que vincula accidentes fatales con la utilización de cannabis (10).

Significativamente menor en prevalencia, pero no menos preocupante debido su espectacular presentación, complejidad de abordaje y dificultad de seguimiento, está el problema del consumo de pasta base de cocaína ("PACO") en población infantojuvenil, ya que junto a la utilización de los inhalantes, en nuestro medio es un indicador de franco deterioro de los lazos sociales, derechos postergados, situaciones de conflicto con la ley penal y, en definitiva, un muy bajo índice de accesibilidad al sistema de atención de salud.

Existen por otro lado modalidades de consumo de ciertas sustancias en población adolescente y de adultos jóvenes, que si bien no constituyen una adicción en el sentido estricto, motivan consultas en servicios de atención de urgencias. Tal es el caso de consumo de ocasional de las anfetaminas alucinógenas¹. Compartimos la opinión de los expertos en relación a que la utilización de estas sustancias ocasionalmente, una vez al año para un evento social (fiesta electrónica), difícilmente pueda ser considerado una adicción. En cambio, es de destacar que en el año 2002, la revista *Science* publicó un trabajo que brindaba evidencia de que, en primates, la administración prolongada de MDMA llevaba a la destrucción de células dopaminérgicas de la sustancia negra, produciendo una condición similar a la enfermedad de Parkinson (11).

Modalidades de presentación clínica en la urgencia. *Triage* en psiquiatría infantojuvenil

El modelo de *triage* -rápida determinación de inminente *peligrosidad*², contención y derivación- tipifica el proceso de atención de consulta de emergencia habitual en la mayoría de los servicios hospitalarios. Muchos de ellos, desbordados por la demanda de atención, se limitan a responder solo dos preguntas:

1. ¿Está el niño en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros?
2. ¿Está el niño ante la necesidad de ser internado o podría ser manejado de manera ambulatoria?

Aunque esta última pregunta pueda guiar el árbol de decisiones en el pensamiento clínico del equipo profesional interviniente, circunscribir la evaluación de manera tan simple puede impedir la comprensión de la complejidad en su presentación, limitar el tipo de estrategias terapéuticas a implementar y restar comprensión

al paciente y su red de referencia, respecto del sentido del desencadenamiento de la crisis actual y sus posibles causas, en miras a poder prevenir futuros eventos similares.

En general, podemos decir que tres maneras habituales de presentación ameritan atención de urgencia:

1. Estados de intoxicación aguda.
2. Síndromes de abstinencia.
3. Síntomas o cuadros psiquiátricos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que requieren atención inmediata: episodios de excitación psicomotriz, delirium, alucinosis, conductas auto o heterolíticas, fugas del hogar, crisis de pánico, descompensaciones psicóticas agudas.

El abuso de drogas en adolescentes también suele asociarse a otros problemas de salud mental concurrentes. Entre ellos se incluye el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno oposicionista desafiante y problemas de conducta, así como trastornos depresivos y de ansiedad. Este período del desarrollo también se asocia con el abuso físico o sexual y dificultades académicas.

La mayoría de las veces los pacientes son traídos por familiares, amigos u operadores de programas sociales, o de atención en situación de calle. Ocasionalmente, consultan por sus propios medios cuando están en situación de calle o cuando consumen en los pasillos de villas de emergencia. Muchos de estos casos tienen que ver con menores de edad que ya conocen distintas modalidades de acceder al sistema de salud por haber estado en situación similar en otras oportunidades. En estos casos suelen haber iniciado la atención con equipos territoriales, programas de atención de niños en situación de calle, operadores de hogares de tránsito, o paradores. Lamentablemente, no es frecuente que el mismo equipo territorial que se encontraba haciendo un seguimiento individual del menor de edad, sea el mismo que lo trae a la consulta. En ese caso, es posible que se requiera una evaluación exhaustiva, interdisciplinaria, para poder reconstruir el cuadro de situación que llevó a la consulta, debido a que, en general, se trata de pacientes que parcializan la información sobre ellos mismos y su entorno, en parte debido a dificultades neurocognitivas o grados variables de afectación de su estado de lucidez, pero también por desconfianza o suspicacia.

En algunas oportunidades se presentan luego de varios días de consumo continuo de fumar PACO en la modalidad de "giras", luego de las cuales ingresan a la consulta con mucha irritabilidad, insomnio de varios días de evolución, serias dificultades en el control de los impulsos, labilidad afectiva, falta de aseo personal, lesiones en boca, piel, a menudo sobre-infectadas, compromiso respiratorio con tos productiva -en ocasiones hemoptisis-, importante pérdida de peso, hiperfagia, relatando haber estado

¹ Tanto el metilendioximetanfetamina (MDMA, Éxtasis, Adán) como el metilendioxianfetamina (MDA, Droga del amor) pertenecen a las feniletilaminas. Se venden como pastillas en fiestas de música electrónica y tienen un costo elevado.

² En general preferimos evitar esta denominación por estar vinculada al ámbito judicial debido a que, desde la doctrina médico legal actual en nuestro medio se desaconseja al médico expedirse sobre la *peligrosidad* de las personas. Aquí se la utiliza en los términos de la Ley 26.657, en relación a determinar la existencia de "riesgo cierto e inminente para sí o para terceros."

expuestos a situaciones de riesgo (relaciones sexuales consentidas o no sin cuidados, peleas callejeras o situaciones de conflicto con la ley penal).

Los cuadros de intoxicación alcohólica a menudo se producen bajo el modo de policonsumo asociado a la ingesta de tranquilizantes, benzodiazepinas que obtienen en distintas formas de adquisición ilegal a través del tráfico de estupefacientes que se desarrolla habitualmente en barrios carenciados o villas de emergencia, exponiéndose a situaciones de riesgo considerable para su obtención. A menudo estos cuadros constituyen una amenaza real para la vida, cuando la presentación alcanza el estado de coma por intoxicación aguda, especialmente en casos de jóvenes debutantes en estas prácticas abusivas de consumo de sustancias psicoactivas. El desenlace fatal suele producirse por depresión respiratoria, insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de vómito o infecciones hospitalarias adquiridas en la internación en unidades de cuidados intensivos.

En pacientes niñas, niños o adolescentes, especialmente aquellos con algún nivel de discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista, es posible ver cuadros paradójales frente a la ingesta de benzodiazepinas con importante inquietud psicomotriz, dificultades en el control de los impulsos, y auto o heteroagresiones. Si bien en si no constituye una consulta por adicciones propiamente dicha, consideramos necesario su mención por el uso indebido de tranquilizantes en esta población especial que a menudo consulta en guardias que prestan servicio de atención en salud mental de hospitales generales pediátricos.

Cuando los jóvenes consumidores de cannabis consultan en los servicios de urgencias psiquiátricas, el motivo de consulta habitual son cuadros de alteración de la conducta, comportamiento bizarro que se va desarrollando de manera incipiente en su historia vital relacionado con el inicio del consumo, fugas del hogar, abandono escolar, que en algunas oportunidades conduce a la instalación de descompensaciones psicóticas agudas. En los individuos con cierta predisposición constitucional a desarrollar trastornos psicóticos, el consumo de marihuana podría acelerar su comienzo, al tiempo que puede empeorar su evolución aumentando el número de descompensaciones tanto en frecuencia como en su gravedad. Es por esto que debido a la aparente mejoría transitoria en el sostenimiento de vínculos interpersonales y socialización en pacientes esquizofrénicos que comienzan a fumar marihuana, el empeoramiento de la evolución en un seguimiento diacrónico de sus cuadros, obliga a descartar la patología dual. Por otro lado, también el consumo de cannabis puede producir trastornos severos de ansiedad, crisis de pánico e insomnio. Esta variación en la modalidad de efectos que puede producir el consumo de marihuana, le asigna un lugar exclusivo en la Clasificación de Drogas de Abuso (12).

Contrariamente a lo que se cree, el consumo de marihuana puede producir cuadros de abstinencia con ciertos niveles de dependencia física en jóvenes que han hecho uso crónico en altas dosis presentando, al suspender el consumo, irritabilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos.

La intoxicación por Éxtasis da un cuadro clínico que es similar al del LSD con el agregado, en dosis altas, de efectos simpaticomiméticos tales como hipertensión arterial, taquicardia y rigidez muscular. Adicionalmente, intoxicaciones graves pueden provocar agitación y ataques de pánico, hipertermia y rhabdomiólisis con insuficiencia renal aguda.

Generalidades del tratamiento de las adicciones en niños y adolescentes

El uso de drogas a largo plazo produce cambios significativos en la función cerebral que pueden persistir por mucho tiempo después de que han dejado de ser consumidas. Esto explica por qué muchas consultas en la urgencia en salud mental, tienen que ver con el uso de sustancias psicoactivas en la medida en que una buena anamnesis sea realizada para contar con el antecedente aun en ausencia de consumo actual al momento de la consulta. Baste con decir que, en las tiras reactivas para detección de sustancias en orina, la presencia de marihuana puede detectarse más de cuatro semanas después de haber sido consumida la droga.

En general, existe bastante renuencia por parte del paciente adicto a acceder a la consulta por falta de reconocimiento del consumo de sustancias como un problema de salud. Esto se ve aun más a menudo en población adolescente. Por un lado, es interesante comprender que las problemáticas adictivas han sido muy recientemente incorporadas como incumbencia de salud mental en nuestro medio a través de la Ley Nacional 26.657 y su decreto reglamentario 603/13 (13). Si bien del espíritu de esta normativa se desprende que se debe apelar a la *voluntad* del paciente para la implementación de tratamientos en salud mental, es importante destacar que, por aspectos del neurodesarrollo y causas fisiopatológicas³, esta función psíquica puede estar muy afectada en adolescentes que utilizan sustancias psicoactivas. Por lo tanto, es necesario un trabajo bastante intenso de abordaje integral de la salud cuando este tipo de consultas llega a la urgencia para poder acceder al estado ideal de tratamiento voluntario al que apela dicha ley; es necesario primero haber atravesado el estado de riesgo inherente a muchas de las situaciones clínicas que se han descripto hasta aquí.

Según el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos de Norteamérica *“el tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz. Las sanciones o los premios provenientes de la familia, el ambiente laboral o el sistema de justicia penal pueden incrementar significativamente*

³ Sin importar su diversidad química, sus diferentes mecanismos de acción y efectos farmacológicos, todas las drogas de abuso convergen en un sistema común, el circuito dopaminérgico mesolímbico-cortical o sistema cerebral de recompensa, que involucra a la corteza prefrontal, la amígdala, el núcleo acumbens, el área tegmental ventral, el locus ceruleus y los núcleos del rafe.

el número de pacientes que ingresan a los programas de tratamiento, el índice de permanencia en ellos y el éxito final de las intervenciones de tratamiento para la drogadicción" (14).

Los tratamientos más eficaces son aquellos que facilitan la participación positiva de los padres, incorporan otros sistemas en los que participan los adolescentes (como la escuela y los deportes) y reconocen la importancia de relaciones con sus compañeros que sean beneficiosas para la sociedad (14).

Algunos aspectos específicos del tratamiento en la urgencia psiquiátrica infantojuvenil

El abordaje de la excitación psicomotriz del paciente infantojuvenil bajo el efecto de sustancias psicoactivas es un cuadro sumamente complejo y de manejo delicado en el que, idealmente, debe participar un equipo interdisciplinario de cuatro a cinco personas, ya que se debe abordar el aspecto psicosocial, psicoterapéutico, psicofarmacológico y/o mecánico de ser necesario (15). Se debe tomar seriamente el potencial violento, nunca actuar solo, cobrando especial relevancia el *armado de la escena*. Son cuadros que requieren la participación conjunta y coordinada de enfermeros, psicólogo, trabajador social y psiquiatra infantojuvenil. A esto debe sumarse la evaluación clínico-toxicológica del cuadro en casos de intoxicación aguda, motivo por el cual el pediatra y el toxicólogo podrán adquirir mayor protagonismo en las decisiones relativas a las conductas a seguir en estos casos. Lo mismo vale para los estados confusionales. En casos de coma alcohólico o por policonsumo y sobre-ingestas medicamentosas, se debe iniciar rápidamente interconsulta con la unidad de terapia intensiva pediátrica, al tiempo que se atiende el ABC y las medidas de sostén básico con colocación de acceso venoso e hidratación parenteral. En estos casos el equipo de salud mental suele ingresar en un segundo tiempo a la evaluación del paciente luego de su recuperación, aprovechando para recabar información sobre antecedentes de la enfermedad actual con los referentes que acompañaron al paciente a la consulta. A menudo, resulta difícil, sobre todo en casos de policonsumo, conocer las sustancias que fueron utilizadas. El laboratorio y las tiras de detección de sustancias en orina pueden ser de utilidad y la valoración del toxicólogo amplía la gama de alternativas terapéuticas; por ejemplo para el caso de intoxicación aguda por cocaína: acidificación de orina, tratamiento de las convulsiones, tratamiento de la hipertensión arterial, de las arritmias, tratamiento de la precordialgia e isquemia y de la hipertermia (por métodos físicos). En casos de excitación psicomotriz por intoxicación aguda por cocaína se recurre a contención física y sedación con benzodiazepinas, siendo el lorazepam en dosis de 2 a 4 mg la droga de elección, por su biodisponibilidad por vía intramuscular y sublingual. Si se accede a la vía intravenosa también puede utilizarse la misma droga o diazepam en iguales dosis que para las convulsiones. Están contraindicados los neurolépticos si hay hipertermia.

Cuando los adolescentes consumidores de PACO,

llegan a los servicios de atención de urgencias, lo hacen luego de varios días de consumo continuo (giras), ya que la escasa proporción de principio activo en la pasta base de cocaína los obliga a fumar permanentemente para mantener niveles en sangre constantes. Es entendible que lo primero que necesiten una vez cortado el consumo sea dormir, comer e hidratarse para intentar compensar el insomnio pertinaz y la pérdida de peso. Por este motivo suele resultar innecesario un tratamiento psicofarmacológico durante las primeras 24 a 48 horas. Todas las medidas terapéuticas en este primer periodo van dirigidas al deterioro del estado general (higiene personal, vestimenta), al tratamiento de las lesiones en piel como heridas corto-punzantes, contusiones, fracturas, quemaduras en la boca, infecciones tales como abscesos, lesiones impetiginizadas o adenoflemones con foco en infecciones bucodentales, entre otras. En casos de ser víctimas de violencia sexual, se debe poner en marcha el protocolo correspondiente (16). Transcurridas 48 horas pueden ponerse en evidencia la necesidad de iniciar tratamiento psicofarmacológico para el manejo de la ansiedad e irritabilidad para lo que habitualmente se indican benzodiazepinas como el lorazepam en tres o cuatro tomas al día; a menudo resultan útiles los antipsicóticos sedativos como la levomepromazina para el manejo de la agresividad, y los atípicos como la quetiapina en caso de labilidad afectiva y alteraciones del ritmo sueño-vigilia, luego de los primeros días de haber dormido de manera prácticamente constante. Es aconsejable que los equipos de salud mental intervinientes sean expeditivos y precoces en el inicio del armado de la red de contención, contactando a referentes familiares y sociales que puedan conocer al menor de edad, y dando aviso al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Servicios Zonales o Locales, según corresponda. En efecto, la espera y los tiempos de derivación prolongados tienen un efecto pernicioso sobre el estado anímico de estos pacientes que usualmente incrementan su inquietud, irritabilidad y labilidad afectiva con el pasar de los días si no se toman medidas específicas para continuar sus cuidados en dispositivos adecuados una vez atravesado el periodo agudo.

Seguimiento y evolución

La evolución va a depender de cuan integral e intensiva haya sido la intervención desplegada para la atención de la urgencia, el grado de compromiso clínico que requirió participación de distintos niveles de complejidad en la misma, y el nivel de respuesta del resto de la red del sistema de atención en caso de requerir una derivación a otro dispositivo con mayor grado de especificidad para su tratamiento luego de la salida del momento agudo.

El mejor pronóstico, en general, puede verse en el paciente adolescente que es traído a la consulta por los miembros de una red familiar o social relativamente continente, luego de sus primeras experiencias en el consumo de sustancias psicoactivas que trae como consecuencia alguno de los cuadros agudos mencionados

arriba, y luego de los cuales se genera alarma y preocupación suficiente como para motivar un cambio en la conducta a futuro. Este momento constituye una oportunidad especial para el consejo clínico y la promoción de la consulta específica para la problemática de consumo en caso de que fuera necesaria.

Peores desenlaces sobrevienen en situaciones de red insuficiente, múltiples derechos vulnerados, rechazo o estigmatización de los equipos de salud intervinientes, estadías prolongadas en servicios generales de atención de urgencias por falta de respuesta del sistema de derivación a dispositivos específicos para inicio de tratamiento, especialmente cuando se evalúa la necesidad de una internación.

El pronóstico se ensombrece cuando ante la salida o estabilización de algunos de los cuadros graves descriptos, no existe una derivación consecuente a una modalidad de tratamiento acorde a las necesidades, y así comienza la falta de registro tanto en el joven paciente como en su medio socio-familiar. Consecuentemente, se despliegan medidas de cuidados, que bajo el falso estandarte de la "reducción de riesgos y daños" (falso porque no tienen en su horizonte la abstinencia del consumo), conducen a una suerte de naturalización de las prácticas que desencadenaron dichos cuadros. El círculo se refuerza con la estigmatización, el forjamiento de aquellas creencias descriptas más arriba, en relación a que se trata de pacientes con los que nada se puede hacer o que volverán a repetir la historia una y otra vez. En relación a esto último, es importante aclarar que no deben confundirse las oportunidades fallidas para lograr incluir a un paciente en un dispositivo de tratamiento adecuado, con las recaídas de un paciente que ya se encuentra inserto en un plan terapéutico. En relación a la estigmatización surgida en base a estas últimas, resulta útil recordar que los índices de recaída para la adicción se asemejan a los de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma (14).

¿Existe una red metropolitana de adicciones? ¿Con qué efectores cuenta?

Desde una perspectiva sanitaria, existe consenso en que la problemática del consumo de sustancias en población infantojuvenil requiere para su abordaje de una colaboración interdisciplinaria e intersectorial que articule sectores de salud de diferentes niveles de complejidad, con el sector de educación y el sistema de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes de manera coordinada y eficaz. Cuando decimos distintos niveles de complejidad, estamos incluyendo el abordaje comunitario o territorial por considerarlo fundamental para garantizar la accesibilidad y dar inicio a la construcción de la demanda.

Resulta necesario destacar asimismo que existen diferentes tipos de dispositivos de salud que brindan atención a la problemática con niveles de complejidad y organización bastante disímiles dentro del sistema de salud pública de gestión estatal. Esto estaría en línea con las recomendaciones más recientes de la OMS en cuanto

a los estándares del tratamiento para los trastornos por abuso de sustancias (7). Resta todavía cumplir con algunas de estas recomendaciones preliminares como garantizar la accesibilidad (solo 1 de cada 11 pacientes acceden a tratamiento en América Latina), tratamientos basados en la evidencia, y una coordinación efectiva entre el sistema de salud, los servicios sociales y la justicia penal.

A partir de 2016 y hasta el momento de la publicación del presente artículo, tienen lugar reuniones mensuales de la Red de Adicciones en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en la que participan todos los efectores de salud de la ciudad, la SEDRONAR y el Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte". Allí actualmente se está comenzando a trabajar en la adecuación a los estándares de tratamiento mencionados, se debaten los distintos tipos de tratamientos, diferentes líneas teóricas como la utilidad del psicoanálisis y la terapia cognitiva conductual, los aportes de la neurobiología de las adicciones y la necesidad de registro de las prácticas utilizadas. El carácter crónico de los trastornos de consumo de sustancias llevan al análisis de los factores condicionantes de las recaídas, y de esta manera se busca aunar criterios para el seguimiento especial, centralizado y coordinado de los casos más graves a través de programas de gestión individualizada. Sin embargo, se antepone aun el desafío de vencer la fragmentación del sistema, el registro de disponibilidad real de recursos terapéuticos y su efectiva accesibilidad.

Alcance de la Red para la cobertura de población infantojuvenil

Podemos decir que en el territorio del área metropolitana de Buenos Aires coexisten recursos que podrían caracterizarse de la siguiente manera:

1. Guardias de emergencias de hospitales generales de niños con salud mental y toxicología de guardia (Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde", Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez").
2. Guardias de emergencias de hospitales generales con toxicología, salud mental y pediatría (Hospital Fernández, Hospital Nacional Posadas).
3. Programas y secretarías gubernamentales que ofertan tratamientos en la modalidad de internación: Centro de diagnóstico, admisión y derivación (Asistencia Social en Adicciones, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y CEDECOR de la SEDRONAR (Presidencia de la Nación Argentina).
4. Servicios de atención ambulatoria en salud mental y adicciones con modalidad semi-intensiva con atención de lunes a viernes de 8 a 20 horas: atención de la demanda espontánea, consultorios externos y hospital de día (Dispositivo ambulatorio para la Niñez y Adolescencia dependiente del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte").

5. Centros de salud con atención en salud mental: Centros de Salud y Acción Comunitaria (en Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y Centros Provinciales de Atención de Adicciones en la Provincia de Buenos Aires.
6. Equipos territoriales interdisciplinarios de atención primaria, consultorios móviles y casas amigables: Servicio de APS del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte".
7. Unidades móviles para la atención de niños y adolescentes en riesgo: en situación de violencia familiar o de conflicto con la ley penal (Programa UMARNAR del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte") y en situación de calle (Buenos Aires Presente, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Conclusiones

El manejo de las urgencias psiquiátricas en la población infantojuvenil usuaria de sustancias psicoactivas obliga a comprender la complejidad necesaria para el abordaje eficaz de los trastornos por abuso de sustancias

en tanto que resulta imposible la estabilización y derivación oportuna sin enfrentar la ardua tarea de reconstrucción del lazo social y la red de referentes del menor de edad. A tal efecto, los equipos de atención de urgencias tienen la obligación de interiorizarse de la evolución del cuadro una vez concretada la derivación a otro dispositivo de atención, cualquiera sea su nivel de complejidad (internación o territorial). Solo así será posible garantizar un seguimiento y la continuidad de cuidados que esta importante problemática sanitaria merece.

Somos conscientes del costo que este enfoque implica y del largo camino por recorrer en el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires y a nivel nacional, en materia de adecuación de infraestructura, personal y capacitación de recursos humanos (17). Sin embargo, contamos también con las investigaciones realizadas en países desarrollados que demuestran que este gasto es en realidad una inversión, ya que los costos en salud producto de las complicaciones de no tratar las adicciones, sumado a los gastos relacionados con el sistema penal, son significativamente mayores. Sostenemos que las prácticas validadas a nivel clínico deben funcionar de piedra angular para el diseño de programas locales y nacionales a través de políticas públicas adecuadas a estos objetivos. ■

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2009.
2. Portal electrónico de la Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Diez datos sobre la salud mental. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index5.html
3. Sola M, Martínez Calle S, Venesio S, Cuello M, Soumoulou M, Somoza M. Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina. En políticas públicas de salud mental: Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. 2015.
4. Protocolo de triage en Salud Mental y Adicciones. Comité de Protocolos del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones "Lic. Laura Bonaparte". En prensa, 2016.
5. Thomas L, King R. Child and adolescent psychiatric emergencies. En: Melvin Lewis, Editor. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2002. P. 1104-10.
6. Alcuaz C, Coronel P. Complejidad en el abordaje de la urgencia en el Servicio Ambulatorio de Niñas, Niños y Adolescentes del Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo). En: ¿Cómo intervenir en las urgencias?: Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos. Cantarelli y Camilo de Olivera editoras. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. 2014. P 88-98.
7. International Standards for The Treatment of Drug Use Disorders. Draft For Field Testing. United Nations Office on Drugs and Crime. World Health Organization. Marzo de 2016.
8. Serebrisky D, Braschi M, Waisman Campos M. Uso de sustancias en la adolescencia. En: Trastornos por sustancias: Poblaciones especiales. Débora Serebrisky. Editorial ScienS. 2015. P 13-41.
9. Leirer VO, Yesavage JA. Marijuana carry over effects on aircraft pilot performance. *Aviation, Space, Environmental Medicine*. 62:221-227, 1991.
10. Nahas G, Latour C. The human toxicity of marijuana. *Medical Journal of Australia*. 156:495-497, 1992.
11. Ricaurte G, Yuan J, Hatzidimitriou G, Cord B, McCann U. Severe Dopaminergic Neurotoxicity in Primates After a Common Recreational Dose Regimen of MDMA ("Ecstasy"). *Science*. Vol. 297, Nro.5590, p.2260-2263. 27 de septiembre de 2002.
12. Goodman & Gilman. The Pharmacological Basis of Therapeutics. Novena edición. Mc. Graw - Hill Companies, Inc. USA, 1996.
13. Ley Nacional de Salud Mental 26.657. [Internet]. Disponible en el portal electrónico InfoLEG, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
14. Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Institutos Nacionales de la Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Segunda edición. 2010.
15. Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2013. [Internet]. Disponible en: http://www.cplz.org.ar/images/stories/contenido/leyesyreglamentos/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf
16. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales: Instructivo para equipos de salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Año 2011. [Internet]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf
17. Coronel P. Dificultades en la implementación de la Ley de Salud Mental. 9no. Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Sociedad Argentina de Pediatría. 26 de agosto de 2016. [Internet]. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/VIE/VIE%20Coronel_Dificultades%20en%20la%20implementacion.pdf