

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

Dra. María Jesús Mardomingo Sanz¹

Se hace una revisión de las peculiaridades clínicas del consumo de drogas en los adolescentes. Este rara vez se circunscribe a una sola droga y suele acompañarse de otros trastornos psiquiátricos como los trastornos de conducta, déficit de atención e hiperactividad, trastornos de ansiedad, trastorno del afecto, bulimia nervosa y esquizofrenia. También se señalan los factores psicopatológicos, familiares y sociales implicados en el consumo. Aquí, la etapa de la adolescencia como periodo evolutivo adquiere un peso importante.

También se hace hincapié especial en la familia como factor de riesgo, en lo determinante que es la interacción entre padres e hijos como factor protector. Finalmente se señalan lineamientos generales de prevención y tratamiento.

Palabras clave: *Fármacodependencia, Adolescencia*

The distinct clinical traits of adolescent drug abuse are broadly reviewed in this paper. This addictive behavior is rarely restricted to a single substance and therefore is frequently associated to other psychiatric comorbid conditions, such as conduct disorders, attention deficit-hyperactive disorders, anxiety, mood disorders, bulimia nervosa and schizophrenia. Psychopathological, familial and societal factors accompanying and/or causing addictive behaviors are also stressed. Henceforth, the importance of adolescence as a critical evolutive stage cannot be overlooked.

Family dynamics, with especial consideration to the protective quality of good parent-children interactions, and possible risk factors originated by lack/hindrance of the above mentioned interactions, are studied as well. Some preventive and therapeutic guidelines are finally proposed.

Key words: *Drug abuse, Adolescence.*

¹ Jefa de la Sección de Psiquiatría Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
Profesora Asociada de la Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia:

✉ María Jesús Mardomingo
Sección de Psiquiatría Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Doctor Esquerdo, 46
28007 Madrid.

☎ 91 586 88 47

Fax 91 586 80 18

El consumo de drogas ha estado ligado a la historia de la humanidad desde sus orígenes.

Consumir una droga ha sido y es para muchas personas la forma de modificar la percepción de la realidad, de los estados emocionales y del comportamiento, con el objeto de lograr una sensación mayor de bienestar. También ha sido un medio para ponerse en contacto con la divinidad o con otra dimensión trascendente que libere al individuo de la rutina diaria, una forma de compensar el dolor o de buscar una solución mágica a los problemas de la existencia. Para algunas personas el contacto con las drogas tiene un carácter transitorio, pasajero, sin consecuencias negativas en la propia vida, pero para otras ese primer contacto supondrá que las drogas pasen a ocupar un lugar central en su existencia.

Las consecuencias generales del consumo de drogas son el desarrollo progresivo de los fenómenos de tolerancia, dependencia, consumo múltiple y deterioro personal que se siguen del riesgo cada vez mayor de sufrir intentos de suicidio, suicidio consumado o muerte accidental por sobredosis. Las complicaciones médicas y psiquiátricas son otro aspecto fundamental que contribuye a complicar de modo inexorable la vida personal.

El efecto de las drogas varía desde la sensación de euforia, hasta sufrir alucinaciones o pasar por periodos prolongados de insomnio. La conducta del sujeto puede oscilar desde la pasividad hasta el descontrol y la agresividad.

El efecto de las drogas depende no sólo de las características intrínsecas de las mismas

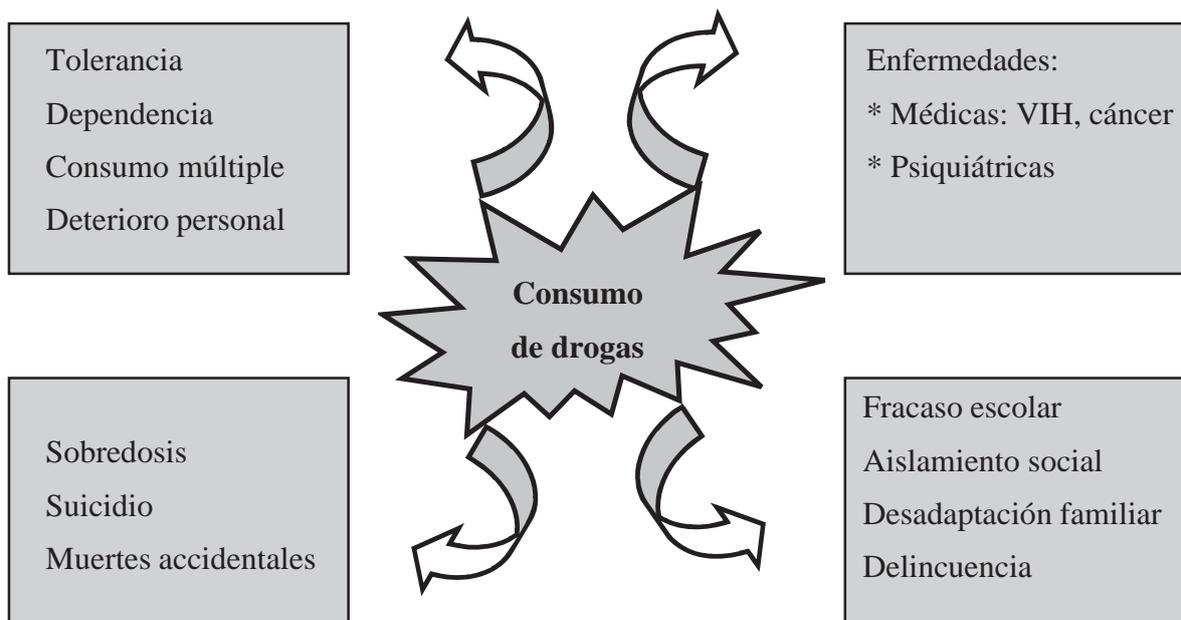


Fig. 1. Consecuencias generales del consumo de drogas

sino también del contexto sociocultural en que se toman y del significado que tienen sus efectos en dicho contexto. Así la marihuana en Jamaica se ha tomado por sus efectos relajantes y para mejorar el rendimiento escolar de los niños, mientras que en Occidente en los años sesenta las drogas se empleaban para facilitar la meditación y la introspección.

Todas las drogas producen un cierto grado de dependencia. Esta dependencia hace que el sujeto necesite seguir tomando la droga para experimentar sensaciones agradables o evitar sensaciones desagradables pudiendo llegar a tener síntomas de abstinencia si la administración se interrumpe.

Los adolescentes que toman drogas suelen hacerlo por curiosidad, desesperación, huida de la realidad, influencia del grupo de amigos, o como un medio facilitador de la interacción social. En líneas generales en el consumo de drogas suelen darse tres etapas:

- Una primera de ingesta de alcohol y consumo de tabaco que el adolescente utiliza como un poderoso medio de socialización. Fumar y beber le convierten en uno más del grupo de amigos.
- Una segunda de consumo de marihuana, en relación muy directa con un grupo concreto de amigos, que se sabe distinto al resto y con unas características específicas.
- Una tercera de ampliación del consumo a otras drogas ilegales cuya evolución y pronóstico va a depender de cuatro factores: calidad de la relación que el joven tiene con los padres; características de personalidad; estabilidad del humor; rendimiento escolar.

La relación estrecha y profunda con los padres es un poderoso factor de protección frente al consumo de drogas. Si bien es verdad que el grupo de amigos tiene una gran influencia en el adolescente, la familia sigue siendo el foco transmisor más importante de valores y actitudes ante la vida. Respecto a las características de personalidad, la imagen personal deficiente, la dificultad para controlar los impulsos y la intolerancia a la frustración son factores facilitadores, a los que puede unirse la labilidad del humor y un mal rendimiento escolar o la ausencia de escolarización, que incrementará la mala imagen personal y los sentimientos de inseguridad.

DEFINICION Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, 1994) distingue entre el consumo abusivo de sustancias y la dependencia, una distinción no siempre fácil de realizar en la clínica, y que, en cualquier caso, sólo hace referencia a los estadios de un mismo proceso. La diferencia fundamental radica en que el diagnóstico de dependencia implica siempre el que se den los fenómenos de tolerancia y abstinencia, y la distinción tal vez tiene sentido porque el consumo, aún siendo excesivo, no tiene por qué implicar el que se pase de forma obligatoria a la dependencia de la droga. En este artículo se empleará de forma general el término “consumo”.

Los criterios actuales del consumo de drogas se refieren a los adultos y sería necesario elaborar otros específicos para los niños y adolescentes (Burkstein y Kaminer, 1994). En la Tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos de la dependencia de drogas.

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-IV de la dependencia de drogas**Criterios para la dependencia de drogas**

Un patrón desadaptativo de consumo de la droga conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo durante un periodo de 12 meses a lo largo de los cuales aparecen tres o más elementos de la siguiente lista:

1. **Tolerancia**, de acuerdo con una de las dos definiciones siguientes:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la droga para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. **Abstinencia**, de acuerdo con una de las dos definiciones siguientes:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la droga.
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. Con **frecuencia** se toma la droga en cantidades mayores o durante más tiempo de lo inicialmente previsto.
4. Existe un deseo persistente o se realizan **esfuerzos infructuosos** para controlar o interrumpir el consumo de la droga.
5. Se emplea mucho tiempo en **actividades relacionadas** con la obtención, consumo de la droga, o recuperación de los efectos obtenidos al inicio.
6. Reducción de importantes **actividades sociales**, laborales o recreativas debido al consumo de la droga
7. Se continúa consumiendo la droga a pesar de **tener conciencia de problemas** psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la droga.

La tolerancia a las drogas consiste en la necesidad progresiva de tomar cada vez más droga para conseguir los mismos efectos. La abstinencia de la droga se traduce en un intenso malestar psicológico y físico que empuja al sujeto a la búsqueda de más droga con el fin de aliviarlo. La pérdida de control consiste en que el sujeto toma droga en mayor cantidad y durante más tiempo del deseado y no puede evitarlo. Por último, el fenómeno de impotencia se define como la incapacidad para cortar con la droga, a pesar de intentarlo una y otra vez. Esta incapacidad puede desembocar en un estado de inmersión en el

mundo de la droga. La droga se convierte en el centro de la vida personal que gira exclusivamente en torno a conseguirla, consumirla y, por supuesto, sufrir las consecuencias.

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

Aproximadamente entre el 50% y el 80% de los adolescentes tiene algún contacto con las drogas, habiéndose observado a lo largo de las últimas décadas en el mundo occidental, un descenso en la edad de comienzo del

consumo y una incorporación progresiva de las mujeres. El consumo de drogas, que antes de los años sesenta se limitaba a grupos muy concretos de personas, experimentó un fenómeno de expansión en esa década coincidiendo con los movimientos contraculturales y ha seguido esa línea ascendente hasta nuestros días, en que además de ser un fenómeno social constituye un inmenso negocio. El alcohol y los estimulantes están presentes en las fiestas de muchísimos jóvenes durante el fin de semana y el tabaco lo fuman niños de 12 y 13 años como algo completamente natural.

La secuencia natural del consumo de drogas en España suele empezar a los 10 – 12 años con alcohol y tabaco, y más tarde marihuana y estimulantes, para terminar en heroína y más frecuentemente en cocaína. El consumo se caracteriza además porque no se limita a las grandes ciudades o a un grupo sociocultural concreto sino que se da en todo el ámbito nacional y en todos los grupos humanos (Observatorio Español de Drogas, 2000). El consumo de drogas es más frecuente en los chicos que en las chicas, con una ratio de 4/1, que pasa a ser de 3/1 a partir de los 18 años.

A finales de los años 90 desaparece el denominado “silencio clínico” de la cocaína, de tal forma que esta droga va a ser la responsable del 53% de las muertes por reacción aguda (3). La demanda de tratamiento pasa de un 9% del total de los consumidores de drogas en 1996 a un 31% en 1999, y las urgencias aumentan de un 1,7% en 1990 a un 55,3% del total en 1999.

Otra característica de los últimos años ha sido también el aumento en el consumo de drogas de diseño o éxtasis, con la muerte por sobredosis o accidente de jóvenes que participaban en fiestas multitudinarias. Se trata de

derivados anfetamínicos del tipo MDMA (3-4 metil-dioximetanfetamina) que toma el 2% de la población mayor de 15 años. El consumo de “pastillas” estimulantes significa para muchos adolescentes divertirse a fondo, liberarse, “enrollarse” y sentirse así fuerte, desinhibido, poderoso, y parte de un grupo de amigos o colegas.

Conocer las características de los adolescentes que consumen drogas tiene un enorme interés de cara al tratamiento y a la prevención, sin embargo, no es un tema sencillo y no se conocen todas las respuestas. Se sabe que algunos adolescentes inician el consumo de drogas y se enganchan para siempre, mientras que otros no desarrollan la menor dependencia. Diferenciar ambos grupos es fundamental, así como diferenciarlos de aquellos que nunca las consumen.

En líneas generales el consumo de drogas en la adolescencia se caracteriza porque es de tipo múltiple, y rara vez se circunscribe a una sola droga y suele acompañarse de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente, trastorno de la conducta, déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista, trastornos de ansiedad y trastornos afectivos (Martín y cols, 1995), (Clark y cols, 1995).

La depresión precede en algunos casos el consumo de drogas, mientras que en otros es una consecuencia (Hovens y cols, 1994). Las ideas de suicidio no son infrecuentes, así como los intentos y el suicidio consumado (Bukstein y cols, 1993). En cuanto a los trastornos de ansiedad es habitual que la fobia social anteceda el consumo de drogas mientras que la ansiedad generalizada y los ataques de pánico suelen presentarse después (Clark y Sayette, 1993), (Clark y cols, 1995). Así como los trastornos de conducta son más frecuentes en los chicos, la depresión lo es más en las chicas.

Otros trastornos que suelen acompañar al consumo de drogas son la bulimia nerviosa, por las dificultades en el control de los impulsos y la intensa insatisfacción personal que genera (Bulik y cols, 1992), la esquizofrenia, las dificultades de expresión verbal y los problemas de aprendizaje. El consumo de drogas tiene como consecuencia la perturbación de las relaciones interpersonales, de la interacción familiar y del rendimiento académico. El chico o la chica suele dejar a quienes han sido sus amigos desde pequeños para integrarse en las actividades de un grupo nuevo que considera tomar estimulantes o fumar marihuana como un aspecto esencial del disfrute de la vida. Los padres observan cambios de carácter y de comportamiento, el adolescente se vuelve más hermético, se comunica menos, pasa más tiempo en su cuarto, sale más, reivindica horarios más flexibles, está irritable y necesita más dinero. El paso siguiente es el empeoramiento de las calificaciones escolares y la queja de los profesores por problemas de comportamiento.

El cuadro clínico del consumo de drogas consta de síntomas afectivos, síntomas cognoscitivos y síntomas comportamentales. Los síntomas afectivos varían desde la depresión con hundimiento del ánimo e incluso ideas de suicidio, hasta la intensa euforia, con exaltación, ideas de grandiosidad y sentimientos de omnipotencia (Hovens y cols, 1994), (Bukstein y cols, 1993). El cuadro cognoscitivo consiste en dificultades de concentración, periodo corto de atención, trastornos perceptivos con alucinaciones visuales y auditivas, y trastornos del curso del pensamiento que pierde coherencia y lógica. Los síntomas comportamentales son: somnolencia e incluso letargia, desinhibición, intensa inquietud motriz, agitación, hipervigilancia e insomnio.

EDAD DEL DESARROLLO Y CONSUMO DE DROGAS

Los factores implicados en el consumo de drogas se clasifican en individuales, psicológicos, familiares y sociales. Dentro de los factores individuales, la etapa de la adolescencia tiene unas características particulares que contribuyen a explicar el aumento del consumo de drogas justo en esta edad, aunque por supuesto no son la clave exclusiva del problema. La adolescencia no sólo implica la culminación de profundos cambios neuroendocrinos, somáticos y sexuales, sino que también supone una etapa de cambios emocionales, intelectuales y existenciales, que llevan al chico y a la chica a una visión nueva de sí mismo, de los demás y de la realidad. Es una época en la que el grupo de amigos tiene un papel cada vez más influyente, disminuye —que no desaparece— la influencia paterna, surgen nuevas exigencias educativas y académicas, y mejora la capacidad de razonamiento, análisis y abstracción. Por otra parte, el adolescente siente el deseo de conocer y explorar la realidad, se sabe con una capacidad mayor para tomar decisiones y, por si todo esto fuera poco, descubre, tanto más cuanto más inteligente es, la hipocresía y la falsedad del mundo de los adultos.

En este contexto el consumo de drogas puede surgir como una forma de búsqueda de nuevas experiencias y realidades en un mundo materialista y materializado, donde los ideales no existen. O como la necesidad de pertenencia a un grupo cuando la vida familiar ya no es el hogar deseado. O, por último, como un modo de venganza de los adultos que tan ampliamente le han traicionado.

Además de los factores de riesgo ligados a la edad de desarrollo existen también facto-

res genéticos y temperamentales que predisponen al consumo de drogas. La impulsividad, las dificultades de control personal, la ansiedad, la inseguridad y el convencimiento íntimo de que el destino de la propia vida depende de circunstancias externas y no de decisiones personales son sin duda factores favorecedores. Asimismo la mala imagen personal, los sentimientos de insatisfacción consigo mismo y con los demás, la visión pesimista de la vida, la necesidad permanente de aprobación y la desconfianza hacia el mundo circundante son características individuales más frecuentes en los adolescentes que consumen drogas (Williams, 1973), (Brautch y cols, 1973).

Otros factores de riesgo individual son las conductas agresivas con problemas de adaptación desde la infancia, el fracaso escolar, la hiperactividad con déficit de atención, la actitud favorable ante las drogas, la preferencia por los amigos frente a los padres y el salir con amigos que consumen drogas.

FACTORES DE RIESGO EN EL AMBIENTO FAMILIAR Y SOCIAL.

Uno de los temas más estudiados en el consumo de drogas en la adolescencia son los factores familiares y sociales. Cuando se comparan los adolescentes que consumen drogas de forma habitual con aquellos que lo hacen esporádicamente, o que nunca lo llevan a cabo, se observa que las familias tienen unas características específicas que, por supuesto, no se dan en el cien por cien de los casos. Suelen ser familias con unos mecanismos de interacción anómalos, con rechazo del hijo, falta de comunicación, ausencia de criterios educativos coherentes, discrepancias entre los padres y falta de apoyo emocional del hijo (Baumrind y cols, 1985) (Mardomingo, 2002).

El que haya otros miembros de la familia que también consuman drogas, la actitud familiar permisiva ante las drogas, la inestabilidad familiar y, no digamos, la práctica del tráfico de drogas por los padres, son factores de mal pronóstico.

Si a las circunstancias familiares mencionadas se añade un medio social y cultural de clara desventaja, el riesgo de entrar en el mundo de las drogas es aún mayor. Los barrios con elevada densidad de población, escasos recursos económicos, urbanismo deteriorado o inexistente, y tasas altas de delincuencia, son un foco de exclusión social para los jóvenes. Una ruta que se sienten invitados a seguir ante la ausencia de alternativas (Brook y cols., 1990). La actitud social tolerante ante las drogas y el papel potenciador de los medios de comunicación a través de una publicidad más o menos explícita así como la imagen de algunos famosos, son los elementos que terminan de completar el panorama de influencias.

PAUTAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El mejor tratamiento del consumo de drogas en la adolescencia es la prevención mediante medidas educativas, sanitarias, sociales y políticas. Un aspecto fundamental de la prevención es la detección por parte del pediatra y del médico de cabecera de aquellos factores que suponen un riesgo de que el adolescente acabe consumiendo drogas. La detección debe abarcar los factores de riesgo individual, familiar y social. Es recomendable además el tratamiento precoz de otros trastornos psiquiátricos que pueda sufrir el niño, de modo especial trastornos del comportamiento, agresividad o déficit de atención e hiperactividad. Hay que asesorar a los padres

respecto a posibles actitudes educativas erróneas o ante una actitud complaciente frente al mundo de las drogas. Es preciso insistir en el carácter pernicioso del tabaco y del alcohol y en el riesgo de que el adolescente se integre en grupos de chicos cuyos intereses se sitúan fuera del colegio y de la familia.

El tratamiento de los adolescentes que consumen drogas debe ser específico y diferenciado del tratamiento de los adultos y abarca las medidas terapéuticas específicas de la droga que se consume y de la sintomatología psiquiátrica asociada, el compromiso personal del paciente y el asesoramiento a la familia. La familia es esencial, y desde el principio deben especificarse los objetivos, las ca-

racterísticas, el plan de acción, la modalidad y el lugar, aspectos que no permite desarrollar la extensión de este trabajo. Los objetivos del tratamiento son cinco: conseguir la abstinencia; conseguir la reducción del consumo, disminuir los efectos adversos, aminorar las recaídas y mejorar el bienestar personal y la calidad de vida (AACAP official action, 1997).

El tratamiento para ser eficaz debe tener en cuenta las características del adolescente y de la familia, ser intensivo y mantenerse a lo largo del tiempo. En la Tabla 2 se resumen los requisitos que debe cumplir el tratamiento para ser eficaz en la adolescencia.

Tabla 2. Características del tratamiento

<ol style="list-style-type: none"> 1. Debe ser intensivo y de duración suficiente para cambiar la actitud hacia las drogas y la conducta. 2. La intensidad y duración dependerá de: <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad y frecuencia del consumo • Nivel de motivación del adolescente • Nivel de motivación de la familia • Calidad del apoyo social y familiar • Existencia de comorbilidad psiquiátrica • Existencia de otros déficit: cognitivos, psicosociales, u otros. 3. Debe ser global y coherente con las características del paciente, abarcando la esfera individual, académica, familiar y social. 4. Debe implicar a la familia: pautas educativas, tratamiento de los padres, apoyo y asesoramiento. 5. Se orientará a modificar el estilo de vida del adolescente y de la familia (actividades recreativas y de ocio ajenas a las drogas). 6. Motivará la asistencia del adolescente a grupos de autoayuda (narcóticos anónimos, etc.). 7. Tendrá en cuenta las características culturales del paciente y asesorará para la obtención de recursos económicos. 8. Se llevará a cabo en colaboración con el sistema nacional de salud, educativo, legal y de asistencia social. 9. Se establecerá un sistema de seguimiento de los pacientes tras el alta.
--

REFERENCIAS

- AACAP official action: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36(10 Sup): 140S-156S.
- Baumrind D, Moselle KA: A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Adv Alcohol Substance Abuse*, 1985; 5:41-67.
- Bukstein O, Kaminer Y: The nosology of adolescent substance abuse. *Am. J Addict* 1994; 3(1):1-13.
- Bukstein OG, Brent DB, Perper JA: Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse; a case control study. *Acta Psychiatr Scand*, 1993; 88:403-408.
- Bulik CM, Sullivan PF, Epstein LH, Weltzin T, Kaye W: Drug use in women with anorexia and bulimia. *Int Eating Disord*, 1992; 11:213-225.
- Braucht GN, Brakarsh D, Follingstad D, et al.: Deviant drug use in adolescence: A review of psychosocial correlates. *Psychol Bull*, 1973; 70:92-106.
- Brook JS, Whiteman M, Gordon AS, Brook DW: The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Gen Soc Psychol Monogr*, 1990; 116:113-267.
- Clark DB, Bukstein OG, Smith MG, Kazynski NA, Mezzich AC, Donovan JE: Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatr Serv*, 1995; 46:618-620.
- Clark DB, Sayette MA: Anxiety and the development of alcoholism. *Am J Addiction*, 1993; 2:56-76.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Asociación Americana de Psiquiatría. Washington, DC, 1994.
- Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R: Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994; 33:476-483.
- Mardomingo MJ: Medio familiar y psicopatología. La armonía añorada. En Mardomingo MJ: *Psiquiatría para padres y educadores*. Ciencia y arte. Madrid, Narcea, 2002, 155-194.
- Martin CS, Kazynski NA, Maisto SA, Bukstein OG, Moss HB: Patterns of alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. *J Stud Alcohol*, 1995; 56:672-680.
- Observatorio Español de Drogas. Ministerio del Interior. Informe Diciembre, 2000.
- Williams AF: Personality and other characteristics associated with cigarette smoking and young teenagers. *H Health Soc Behav*, 1973; 14:374-380.

