

# DROGODEPENDENCIAS EN LA ADOLESCENCIA

F. Gómez-Gallego y F. Bandrés Moya

Laboratorio de Biopatología. Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

## Introducción

El problema de las drogodependencias comprende un espectro multidimensional en el que confluyen factores de naturaleza médica, sociológica, cultural, antropológica, ideológica, etc., que hacen que resulte muy complicado el estudio aislado de cualquier aspecto sin considerar las implicaciones con los demás.

Por otra parte, si se tienen en cuenta las características de la adolescencia, en la que el individuo sufre toda una serie de transformaciones tanto físicas, como psicológicas y sociales, nos encontraremos en una de las etapas de la vida más vulnerables y con más riesgo para sucumbir a la seducción de las drogas y su entorno social.

## Conceptos generales

El término “droga” fue definido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”<sup>1</sup>.

Posteriormente, en 1982 esta definición fue acotada con relación a los aspectos relativos a su dependencia, estableciendo el concepto de “droga de abuso” como “aquella sustancia de uso no médico capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, el comportamiento y susceptible de ser autoadministrada”<sup>1</sup>.

En este sentido, y desde la perspectiva que nos ocupa, se puede definir el término “droga” como “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física y/o psíquica y que a menudo generan un grave deterioro tanto orgánico como de conducta social” y que de una u otra forma cumplen las siguientes condiciones<sup>1</sup>:

1. Una vez introducidas en un organismo vivo a través de las diferentes vías de administración (esnifada, parenteral, inhalada, fumada u oral) tienen capacidad de alterar ciertas funciones psíquicas.
2. Inducen a repetir su administración.
3. El cese en su consumo puede provocar malestar somático y/o psíquico.
4. Carecen de indicación médica.

A partir de estas definiciones y características de las drogas de abuso, surge el término de “drogodependencia”, cuya definición más precisa en términos socio-sanitarios se encuentra recogida en la *Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos*<sup>2</sup> como “Trastorno adictivo definido como aquel estado psíquico, y a veces físico y social, causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimito por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación”. Asimismo, define el concepto de “trastorno adictivo” como “Patrón desadaptativo de comportamiento que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno”.

## Clasificación de las drogas de abuso

Una vez consumidas, las drogas de abuso pasan a la sangre y desde aquí al resto del organismo, donde ejercen los efectos característicos de cada sustancia.

Si consideramos de forma general los efectos psicobiológicos que producen, las dro-

gas de abuso pueden clasificarse en tres grandes grupos (tabla 1):

### Drogas depresoras

Su efecto principal es inhibir o atenuar la actividad nerviosa disminuyendo también ciertas funciones depresoras. Pueden producir relajación, sedación, somnolencia y en algunos casos, anestesia y coma. En este grupo se incluyen los opiáceos (principalmente la heroína), el alcohol y las benzodiazepinas.

### Drogas estimulantes

Estimulan la actividad del sistema nervioso a la vez que incrementan el ritmo de ciertas funciones corporales. Producen sensación de euforia y bienestar al tiempo que disminuye subjetivamente la sensación de fatiga y apetito. Pueden provocar la estimulación del sistema cardiovascular, acelerar el ritmo cardíaco y aumentar la presión arterial. Sus representantes principales son la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y la nicotina.

### Drogas alucinógenas

Distorsionan la percepción, los estados emocionales y la organización del pensamiento, llegando a provocar alucinaciones, ilusiones o visiones irreales. En este grupo se incluyen el ácido lisérgico (LSD), la mescalina o el cannabis.

## Patrones de consumo de drogas de abuso en los adolescentes

A partir del Programa de Encuestas sobre Drogas a Población Escolar realizado por el Observatorio Español de drogas (OED), dependiente del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) a estudiantes de Secundaria de

TABLA 1

**Clasificación de las distintas drogas de abuso en función del efecto psicopatológico que producen**

#### Drogas depresoras

Opiáceos (principalmente heroína), alcohol, benzodiazepinas

#### Drogas estimulantes

Cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, nicotina

#### Drogas alucinógenas

LSD, mescalina, cannabis

14 a 18 años, es posible realizar una estimación tanto de los patrones de consumo de las diferentes drogas de abuso por los adolescentes españoles como de las opiniones, actitudes y factores de riesgo asociados que se detectan<sup>3</sup>.

La última encuesta de estas características, realizada en el año 2000, continuación de otras similares realizadas en los años 1994, 1996 y 1998, permite no sólo obtener datos actuales sobre la presencia del consumo en la adolescencia, sino también conocer la evolución de las pautas de uso a lo largo de estos años. Así, esta encuesta realizada a más de 20.000 escolares de entre 14 y 18 años sobre un universo poblacional de más de 2 millones alumnos arroja los siguientes resultados y conclusiones:

1. Los adolescentes comienzan a tener contacto con las drogas a edades tempranas (tabla 2). La sustancia con la que los estudiantes tiene un contacto más precoz es el tabaco, con una media de edad de 13,2 años, seguido del alcohol con 13,6 años. En el otro extremo, la cocaína es la droga cuyo consumo comienza a edades más avanzadas, situándose la media en 15,7 años.

2. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las edades de comienzo en el consumo de drogas, aunque el inicio en el consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes y cannabis tiene lugar en los varones a edades algo más tempranas.

3. En general, el tipo de consumo de drogas por parte de los escolares españoles se ajusta a un patrón que se puede considerar experimental u ocasional, por cuanto está mayoritariamente vinculado a con-

textos lúdicos y consumos en fines de semana (tabla 3).

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas por los escolares, con un 76% y un 34,4%, respectivamente, que lo han consumido alguna vez. También destaca el 31,2% de escolares que han probado en alguna ocasión el cannabis, porcentaje muy similar al del tabaco.

La proporción de consumidores habituales, evaluada en términos de consumos en los "últimos 30 días" es relevante en el caso del alcohol (58%), tabaco (30,4%) y cannabis (19,4%), mientras que en el caso de los psicoestimulantes el porcentaje se sitúa por debajo del 2,5% (tabla 3).

4. Un aspecto interesante de la encuesta son los datos referentes al policonsumo, debido al alto porcentaje de adolescentes que consumen más de una droga. Así, los que han consumido en alguna ocasión tabaco son consumidores ocasionales de alcohol en el 95% de los casos y de cannabis en un 58%, o los consumidores ocasionales de cannabis son también consumidores de alcohol en un 98% de los casos, de tabaco en un 74%, de éxtasis en un 19% y de cocaína en un 18%.

5. La experimentación y el consumo esporádico u ocasional de cualquier tipo de droga tiene un claro reflejo en la continuidad en el consumo, es decir, en la proporción de sujetos que habiendo probado en alguna ocasión alguna droga repiten a lo largo del tiempo. El porcentaje de escolares que habiendo consumido en alguna ocasión tabaco o alcohol repitieron en los últimos 30 días es del 87% y del 76,2%, respectivamente. También destaca el 62,2% y el 43,9% de escolares que,

TABLA 3  
Prevalencia del porcentaje de los consumos de drogas por los estudiantes de Secundaria (14-18 años)

	Alguna vez	Último año	Último mes
Alcohol	76,6	75,3	58
Tabaco	34,4	-	30,5
Cannabis	31,2	27,1	19,4
Éxtasis	5,7	4,8	2,5
Cocaína	5,4	4	1,9
Alucinógenos	5,2	3,8	1,9
Tranquilizantes	6,8	5	2,5
Sustancias volátiles	4,1	2,5	1,4
Anfetaminas	4,1	3,1	1,8

Datos tomados del Observatorio Español sobre Drogas<sup>3</sup>.

de forma respectiva, han experimentado continuidad en el consumo de cannabis y éxtasis.

También se observa una reducción en la continuidad de consumo de alcohol, tranquilizantes, cocaína y éxtasis en el periodo comprendido entre los años 1994 y 2000, especialmente patentes en el caso del alcohol, con un descenso del 93,8% al 76,2% en la continuidad, aunque en el mismo periodo de tiempo aumentó la continuidad del consumo de tabaco y de cannabis.

6. La prevalencia de consumidores de drogas aumenta de forma progresiva con la edad, aunque la etapa crítica en la cual se produce un salto más significativo en el consumo de tabaco y alcohol es entre los 14 y 15 años.

El sexo también establece diferencias en cuanto a los patrones de consumo (tabla 4). En general, la prevalencia de consumo es superior en los chicos para las drogas ilegales, mientras que las chicas consumen con mayor frecuencia tabaco y tranquilizantes.

7. La percepción del riesgo que supone el consumo de drogas, estimado como la proporción de jóvenes que considera que su consumo puede suponer algún riesgo para la salud, está inversamente relacionada con los patrones de consumo, tanto del tipo de sustancia consumida como de la frecuencia de su uso. Así, en general los consumos habituales de cualquier droga son entendidos como conductas de mayor riesgo que los consumos esporádicos, al igual que las chicas perciben más riesgo que los chicos en el consumo habitual de las distintas drogas.

TABLA 2

Edad media de inicio al consumo de drogas de los estudiantes de Secundaria (14-18 años) por sexos

	Hombres	Mujeres	Total
Tabaco	13	13,3	13,2
Tabaco (consumo diario)	14,5	14,4	14,4
Alcohol	13,4	13,8	13,6
Alcohol (consumo diario)	14,8	14,9	14,8
Tranquilizantes (sin prescripción)	14,2	14,7	14,5
Cannabis	14,7	14,9	14,8
Éxtasis	15,7	15,5	15,6
Cocaína	15,7	15,6	15,7
Alucinógenos	15,5	15,3	15,4
Anfetaminas	15,5	15,4	15,5

Datos tomados del Observatorio Español sobre Drogas<sup>3</sup>.

TABLA 4  
Prevalencia de los consumos de distintas drogas por los estudiantes de Secundaria por sexos  
(14-18 años)

	Alguna vez		Último año		Último mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Alcohol	75,6	76,3	74,8	75,8	57,8	58,3
Tabaco	28,9	39,9	-	-	25,2	35,8
Cannabis	33,5	29	29,8	24,5	22,3	16,5
Éxtasis	6,8	4,6	5,9	3,7	3,4	1,6
Cocaína	6,6	4,3	5	3	2,3	1,5
Alucinógenos	6,3	4,2	4	2,8	2,5	1,3
Tranquilizantes	5,8	8,5	3,4	6,5	1,6	3,4
Sustancias volátiles	5,4	2,9	3,2	1,8	1,8	1,1
Anfetaminas	5	3,2	4,2	2,2	2,4	1,2

Datos tomados del Observatorio Español sobre Drogas<sup>3</sup>.

Los consumos habituales de heroína, cocaína y éxtasis son percibidos por los escolares como las conductas de mayor riesgo, donde prácticamente un 90% de ellos coinciden en este dato.

También destaca el hecho de que la proporción de jóvenes que atribuyen algún riesgo asociado al consumo habitual de cannabis es muy similar al achacado a un consumo diario de tabaco (77% frente al 73%).

Por el contrario, el consumo diario de tabaco (33,3%) y alcohol (36,8%) así como el esporádico de tranquilizantes (36,8%) y cannabis (50,7%) representan las conductas con menos rechazo por parte de los escolares.

## Factores de riesgo

La adolescencia constituye una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta en la cual se producen toda una serie de profundos cambios, tanto en el aspecto físico como en el psicológico y social, que hacen que este período sea uno de los más críticos en la vida del individuo. Por ello, parece conveniente describir las principales características de esta etapa, antes de tratar los factores de riesgo que pueden influir en el inicio del consumo de drogas por parte de los jóvenes, en tanto en cuanto estas peculiaridades pueden ayudar a comprender mejor los distintos aspectos que pueden hacer más vulnerables a los adolescentes en el inicio del consumo de drogas.

Las transformaciones sufridas en cada uno de los aspectos anteriormente menciona-

dos interactúan de forma que la resultante de todas ellas va determinando el desarrollo de una personalidad diferente y única de la de los demás.

Al margen de los cambios descritos en la literatura y que, desde un punto de vista físico y/o fisiológico, tienen lugar, con un crecimiento muy acusado durante un período de tiempo corto en el cual se produce el desarrollo de las características propias de cada sexo, como las mamas en las chicas y la barba en los chicos, *los principales cambios y características que marcan esta etapa* y que en distinta medida pueden influir sobre un aumento en el riesgo de iniciarse en un consumo de drogas son<sup>4,5</sup>:

### Evolución psicológica e intelectual

De forma simultánea y unidos a los cambios físicos tiene lugar una evolución psicológica e intelectual en la cual va a terminar de desarrollarse la inteligencia, lo cual permite mayores niveles de comprensión y formas de pensar que se reflejan en nuevos motivos de interés y preocupaciones. Esto también determina el desarrollo de un razonamiento más objetivo y de la capacidad crítica.

### Desarrollo del concepto de intimidad

Como aquella parte más particular o interior de la persona, donde se produce un redescubrimiento por parte del adolescente y toma conciencia de sí mismo, al tiempo que comienza a desarrollarse su individualidad e identidad propias.

### Relación con los demás

Estos cambios tienen reflejo en su relación con los demás, debido a que el adolescente pasa gran parte del tiempo fuera del ambiente familiar, en la escuela o con los amigos, lo que determina cambios en sus prioridades de relación social.

### Cambio de visión egocéntrica a sociocéntrica

Son variaciones que tienen como base principalmente el cambio de visión que tiene de sí mismo, donde hasta ahora todo giraba en torno a él, sobre sus sensaciones, sus necesidades, sus vivencias, etc. En esta etapa el adolescente modifica este egocentrismo y sentirá la necesidad de compartir, de entregarse, de hacer algo por los demás. De esta época nace la capacidad de asociacionismo que alimenta todo este proceso de socialización del adolescente, al tiempo que su percepción de la realidad pasará de forma progresiva a ser más sociocéntrica.

### Desarrollo de nuevas elaboraciones conceptuales

Como el de amor, amistad, solidaridad, etc. En esta fase ya no se percibe a la sociedad como algo ajeno que pertenece a los demás, sino como algo más próximo donde el adolescente necesita encontrar su sitio. Todas estas características del proceso de maduración que implican la culminación del desarrollo personal en los planos psicosexual, afectivo, intelectual y emocional y donde el grupo de iguales puede ejercer una gran influencia, hacen de la adolescencia una época especialmente vulnerable y por lo tanto de riesgo para muchas dependencias en general y para iniciarse en el consumo de drogas en particular. Existen toda una serie de circunstancias que al interactuar entre ellas pueden influir de manera diferente y particular en los motivos que pueden llevar al adolescente a iniciarse en el consumo de drogas. En la tabla 5 se muestran los rasgos que permiten construir un perfil de riesgo.

Aunque no existe una causa única sobre la que recaiga la responsabilidad de la aparición del fenómeno de la drogodependencia, si podemos enumerar algunas situaciones que pueden ejercer una influencia significativa. Así, se pueden definir los "factores de riesgo" como "aque-

TABLA 5

**Factores que influyen en el aumento del riesgo de consumo de drogas por parte del adolescente**

Edad: 11 y 13 años
Ambiente social facilitador
Permisividad en el entorno
Ingresos económicos altos
Consumo de alcohol y tabaco
Bajo nivel de autocontrol
Relación negativa con profesores
Creer que la droga resuelve problemas

llas circunstancias y características personales y sociales, relacionadas con la droga, que facilitan y aumentan la posibilidad de que una persona consuma esa sustancia”.

Estos factores se pueden agrupar de forma genérica en tres categorías<sup>1,4,5</sup>: asociados a la propia naturaleza de la sustancia, asociados a las características individuales de cada persona y asociados a factores socioculturales del entorno.

**Factores de riesgo debidos a la propia sustancia**

Los factores de riesgo en este caso estarían íntimamente relacionados con el potencial adictivo de una droga, es decir, con la suma de la capacidad que tiene para provocar sensaciones gratificantes cuando se administran (refuerzo positivo) junto con el malestar que genera la ausencia de esa droga y que estimula su búsqueda y consumo (refuerzo negativo). Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta circunstancia únicamente tiene lugar en la medida en que un sujeto es consumidor de una droga y por lo tanto puede ayudar a comprender aquellas situaciones en las que existe una dependencia activa, pero parece claro que difícilmente puede justificar el inicio en el consumo, más teniendo en cuenta que en muchas ocasiones las primeras experiencias suelen ser muy desagradables. Por ello, a pesar de esta capacidad adictiva de las diferentes drogas es necesario una voluntariedad o iniciativa al consumirlas.

**Factores de riesgo individuales**

Dentro de los factores que pueden influir en la vulnerabilidad individual para consumir drogas, la edad es uno de los más

importantes. Los factores de riesgo incluidos en este apartado serían los siguientes:

**Edad**

Supone un aspecto importante, ya que la capacidad de manipulación es más elevada cuanto más joven es una persona, de forma que si se inicia en el consumo de drogas, más fácil es que pueda llegar a tener problemas con ellas.

**Búsqueda de experiencias placenteras nuevas**

En ocasiones la curiosidad por buscar sensaciones nuevas en circunstancias hasta ahora desconocidas es más fuerte que la reflexión sobre los posibles riesgos que comportan, de manera que este rasgo de la personalidad puede influir negativamente en el inicio al consumo de drogas.

**Evasión**

Los problemas personales, de relación con el entorno, etc., tan frecuentes en la adolescencia, pueden hacer que el adolescente, si no sabe como abordarlos, busque en el consumo de drogas una vía de escape.

**Atracción por lo ilegal**

La dificultad por aceptar, entender y asumir tanto las normas de convivencia como las que se refieren a la prohibición de consumir ciertas sustancias puede provocar en algunos individuos un estímulo adicional que les conduzca a probar determinadas drogas.

**Rebeldía**

Este punto estaría íntimamente relacionado con el anterior, ya que en general durante la adolescencia se produce un sentimiento de rebeldía y trasgresión ante los adultos y la estructura jerárquica familiar.

**Autoconcepto y autoestima**

Una pobre imagen de sí mismo lleva consigo una escasa valoración personal, inseguridad y falta de confianza en las propias capacidades, lo cual puede favorecer que ante determinadas situaciones de pre-

sión social el adolescente no sea capaz de enfrentarse. Esta situación es especialmente delicada en el contexto de las drogodependencias, pues ante determinadas circunstancias desfavorables puede empujar a los jóvenes a consumir drogas.

Este punto también estaría relacionado con la trayectoria académica, donde una disminución del rendimiento o el fracaso escolar provocan una falta de interés por los estudios, lo cual favorece una situación de baja autoestima que conduce a la marginalidad y a un comportamiento inadecuado, que puede ejercer un efecto negativo favorecedor de un acercamiento hacia el mundo de las drogas.

**Aprobación social**

Es frecuente que el adolescente necesite de la aprobación de sus actos o pensamientos por parte de los demás, de forma que busca la adaptación de su comportamiento a lo que el grupo espera de él. La falta de esta aprobación fomenta la indecisión e inseguridad.

**Aspectos genéticos**

Este aspecto puede influir en relación con las características farmacocinéticas de la droga. Determinadas mutaciones que dan lugar a polimorfismos genéticos en los genes que codifican para los sistemas enzimáticos que intervienen en el metabolismo de las drogas, desde la absorción hasta la eliminación, y en los genes que intervienen en las reacciones mediadas por la interacción de la droga con los receptores, pueden ayudar a comprender mejor las diferencias interindividuales en las respuestas distintas ante el consumo de drogas y explicar los distintos grados de refuerzo positivo que una misma droga puede ejercer en distintas personas.

En algunos casos, como por ejemplo en el metabolismo del alcohol, más sencillo de comprender desde un punto de vista celular, se ha demostrado la influencia de ciertas alteraciones genéticas sobre los efectos del consumo de etanol en lo referente a la tasa de metabolización y por lo tanto a la capacidad de desarrollar tolerancia. Asimismo, también se ha sugerido la relación existente entre la presencia de ciertas mutaciones y la predisposición genética a desarrollar ciertas patologías hepáticas<sup>6,7</sup>.

En cualquier caso, este es un aspecto en el que todavía es necesario continuar investigando y donde el desarrollo de disciplinas como la farmacogenética y la farmacogenómica pueden aportar puntos de vista adicionales acerca de los riesgos o predisposiciones individuales a desarrollar dependencias.

### Otras circunstancias

Algunas situaciones que se pueden producir puntualmente en la vida de una persona, como la pérdida de seres queridos, crisis familiares, fracasos laborales, etc., pueden hacer que determinados individuos utilicen el consumo de drogas como escape o afrontamiento inadecuado.

### Factores de riesgo relacionales

Los factores sociales que pueden influir sobre un aumento del riesgo de un consumo de drogas tienen que ver con las relaciones del adolescente y su familia, con el grupo de iguales o con el ambiente del entorno.

### Factores de riesgo familiares

El ambiente familiar representa un factor clave en la protección del adolescente contra las drogas en la medida en que la familia es el marco de referencia para el adolescente y los padres son el modelo de comportamiento. Sin embargo, este marco de relaciones puede llegar a convertirse en un factor de riesgo cuando el entorno no es el adecuado. Así, enumeramos algunos aspectos particulares como factores de riesgo:

**Drogodependencias en la familia.** La existencia de familiares consumidores de algún tipo de droga determina en muchos casos comportamientos de imitación.

**Estrategias educativas en los padres.** Las habilidades de los padres para educar a los hijos determina y cuestiona los límites y normas de convivencia dentro de la familia. Así, ambientes demasiado autoritarios o permisivos, donde la disciplina es muy rígida o donde los límites son extremadamente débiles, no suponen un clima favorable de protección de los adolescentes frente al consumo de drogas.

**Tolerancia familiar hacia el consumo de drogas.** Las actitudes y conductas de los padres hacia las drogas, incluyendo las legales (alcohol, tabaco y fármacos), ejercen una gran influencia sobre la posición que van a adoptar los adolescentes frente al consumo, sobre todo al utilizar las drogas asociadas a los comportamientos y aptitudes para afrontar problemas.

**Sobreprotección.** Unos progenitores sobreprotectores, posesivos o invasores de la intimidad del adolescente pueden estimular en éste una vía de consumo de drogas como mecanismo para conseguir un mayor margen de autonomía e independencia.

**Nivel socioeconómico.** La disponibilidad de grandes cantidades de dinero puede favorecer en el adolescente la tentación de gastarlo en la adquisición de drogas. Por otra parte, una excesiva escasez económica puede hacer que algunos recurran al tráfico de drogas para elevar su nivel de vida.

### Factores de riesgo sociales

Podemos citar como los más significativos los siguientes:

**Cultura:** Las drogas legales, principalmente el alcohol y el tabaco, están aceptadas y su consumo está muy arraigado entre la población general. Esto dificulta la toma de conciencia acerca de los riesgos que conlleva su consumo.

**Disponibilidad de la sustancia.** En lugares frecuentados por adolescentes es relativamente sencillo tener acceso a diferentes sustancias, de forma que a mayor accesibilidad, mayor es también la probabilidad de consumirlas.

**El grupo de amigos.** La relación con el grupo de iguales puede ser determinante a la hora de marcar el inicio en el consumo de drogas, ya que el contacto con amigos o grupos de consumidores incita directamente al consumo. En este sentido, el riesgo es especialmente importante cuando el joven muestra actitudes de dependencia hacia el grupo o bien en aquellas situaciones en las que el consumir alguna sustancia aumenta la percepción de pertenencia a un grupo. Este tipo de situaciones se engloban dentro del con-

texto de la necesidad que tienen los adolescentes de ser aceptados por los iguales y de reafirmar su independencia de los adultos. Esto les va a llevar en ocasiones a someterse a la voluntad del grupo, aunque sea contrario a sus gustos o a lo que han aprendido.

**Tiempo libre.** Es bien sabido que el consumo de drogas en la adolescencia se asocia fundamentalmente al tiempo libre, a la diversión, etc. El hecho de que en ocasiones los jóvenes no tengan acceso a alternativas atractivas de pasar el tiempo de ocio aumenta la probabilidad de que únicamente aprendan a disfrutar de este tiempo libre en ambientes asociados al consumo de drogas, como bares, pubs, discotecas, etc.

En este capítulo cobra especial importancia como factor de riesgo en la adolescencia la ocupación del tiempo libre por las noches y los fines de semana.

**Clima social.** Las drogas están hoy más que nunca al alcance de los jóvenes, lo cual unido a una permisividad social superior a la de otras épocas, hace casi inevitable que los adolescentes se encuentren en algún momento con ellas. Además, los valores de insolidaridad e individualismo que transmite la sociedad actual en la que priman la competitividad y el triunfo a cualquier precio pueden ejercer también su influencia como factores riesgo.

**Publicidad.** El mundo en que vivimos actualmente, en donde la publicidad ejerce una tremenda influencia sobre todos los aspectos de la vida, en el caso de las drogas adquiere gran importancia, sobre todo en lo referente a la promoción de tabaco y bebidas alcohólicas. La presencia de este tipo de productos es constante en los distintos medios de comunicación, lo cual hace que su consumo se haya convertido en un acto totalmente cotidiano, al tiempo que su presencia se percibe como algo habitual, máxime cuando su consumo se asocia en ocasiones al deporte, al ocio y al tiempo libre con una imagen subliminal de triunfo o libertad.

**Normas legales.** La legislación en materia de consumo de drogas puede estar planteando dificultades para su cumplimiento, especialmente en el caso de tabaco y alcohol (venta, publicidad, sanciones, etc.), lo que es percibido por el adolescente con

escepticismo y reafirmación de la opinión del grupo.

Todos estos factores quedan mejor encuadrados en el contexto del “adolescente” más que en el de la “adolescencia”, pues interpretamos que el adolescente se ve afectado por la suma de sus circunstancias personales, su proceso y estado de maduración y desarrollo, situación familiar, adaptación escolar, grupo de amigos, etc., lo cual hace que el inicio en el consumo de drogas no se pueda entender como consecuencia de un único factor sino como el resultado de la combinación de varios de ellos y que pueden variar entre los distintos individuos, en opciones que abarcan desde el consumo y el abuso hasta la abstinencia<sup>5</sup>.

Parece claro que no todos los factores descritos ejercen una influencia generalizada sobre el consumo de drogas por parte de los escolares españoles. En este sentido, la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar realizada en el año 2000 por el OED refleja el diferente peso que tienen estos factores de riesgo sobre los diferentes patrones de consumo entre los adolescentes españoles de la siguiente manera (fig. 1):

1. El factor más relevante a la hora de explicar los distintos hábitos de consumo de drogas es el consumo de las distintas sustancias por el grupo de iguales. Esto apoya sustancialmente el efecto reforzante del consumo de drogas por parte de los adolescentes.
2. Un factor de riesgo muy importante lo constituye la permisividad paterna hacia el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. En el otro extremo, su prohibición absoluta actúa como factor de protección.

3. En lo referente al ocio y el tiempo libre, el horario de regreso a casa en las salidas nocturnas, así como su frecuencia, son los principales condicionantes en relación con los niveles de consumo de las distintas drogas.

4. En relación con el grado de satisfacción personal y las dificultades personales, la encuesta refleja que el consumo de drogas no depende significativamente de estos aspectos, aunque el factor más asociado es el grado de satisfacción con la marcha de los estudios.

5. El factor menos influyente de todos los evaluados, sobre todo en relación con el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es el grado de comunicación con los padres a la hora de consultarles algún problema.

### Manifestaciones clínicas iniciales

Existe una gran variabilidad de síntomas o conductas que pueden hacer sospechar el consumo de drogas por parte del adolescente (tabla 6). Sin embargo, es necesario apuntar que muchas de estas actitudes pueden darse también en un adolescente normal como parte de los cambios que tienen lugar durante esta etapa de la vida.

Así, cuando algunos comportamientos de los descritos en la tabla 6 se manifiestan de forma sistemática es posible que sean indicadores de un consumo emergente. En cualquier caso, este tipo de manifestaciones en muchas ocasiones se muestra de una forma inofensiva y a menudo puede ser interpretado, sobre todo por padres indulgentes, como consecuencia del proceso de transformaciones asociadas a la adolescencia. Sin embargo, no es necesari

TABLA 6  
Relación de algunos síntomas o conductas que pueden hacer sospechar una posible relación del adolescente con las drogas

Cambios bruscos de actitud y humor
Ausencias o retrasos en la asistencia a clase o al trabajo
Problemas de disciplina y rendimiento en el colegio
Pérdida de motivación y de energía. Indisciplina
Indisciplina en el ambiente familiar
Falta de interés, abandono de actividades favoritas. Indiferencia
Olvidos
Dificultad para concentrarse
Brotos de malhumor repentinos, actitud agresiva, hostilidad, irritabilidad
Discusiones familiares, empeoramiento de las relaciones con padres o hermanos
Desaparición de dinero o de objetos de valor
Aumento de la petición de cantidades mayores de dinero en casa
Cambios de compañías
Enrojecimiento ocular
Pérdida de apetito
Utilización de colirios, desodorantes, inciensos, etc.
Olores especiales, presencia de colillas, hojas secas en bolsillos, etc.
Uso de pipas, pequeñas cajas metálicas, papel de fumar, etc.
Robos en casa, en el colegio

Tomada de Nahas G, Trouvé R<sup>8</sup>.

rio observar directamente un estado de intoxicación o descubrir pruebas concretas del consumo de drogas para establecer un diagnóstico precoz de su uso por parte del adolescente.

En una primera etapa del consumo de drogas, muchos adolescentes pueden simultanear una vida absolutamente normal en casa con una anormal fuera de ella, en compañía de amigos con los que comparten el consumo. En esta fase, con frecuencia no hay droga en casa, incluso aunque se consuma diariamente.

Uno de los primeros síntomas que se asocian a un consumo de drogas lo constituye el deterioro de las relaciones familiares, donde el adolescente adopta una actitud más distante, más indiferente, en las que progresivamente tratará de evitar y eludir la comunicación en el entorno familiar.

En una segunda fase, al cabo de algún tiempo de consumo habitual, se puede producir un estado de confusión mental en el que el adolescente no es capaz de entender su comportamiento debido a

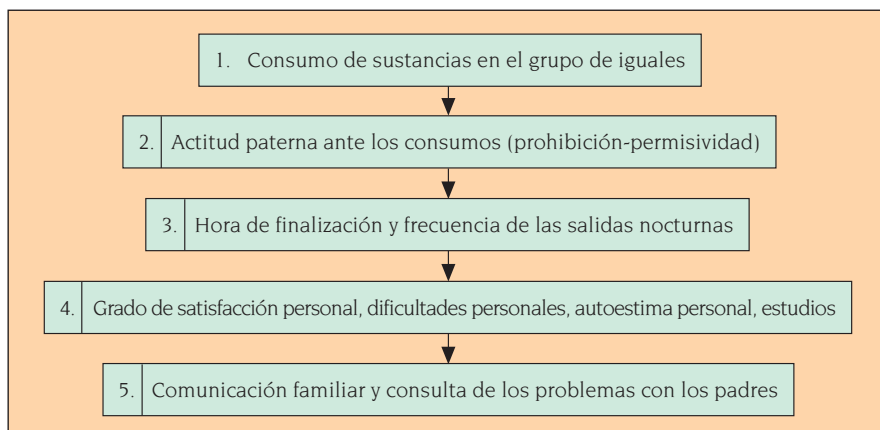


Fig. 1. Jerarquía de los factores asociados al consumo de drogas entre los escolares. Tomada del Observatorio Español sobre Drogas<sup>5</sup>.

la falta de madurez intelectual típica de la edad que no le permite analizar la causa de su conducta, y además con frecuencia no acepta la ayuda externa. En esta etapa, el adolescente puede llegar a considerar comportamientos autodestructivos, si bien debe considerarse incluso el estudio psiquiátrico de estas situaciones.

Otro aspecto interesante de las primeras etapas de contactos con las drogas tiene lugar en el momento en que el consumo deja de ser sospechoso y se hace evidente. En este momento, no es infrecuente que el adolescente afirme que puede controlar su consumo o que puede interrumpirlo en cualquier momento al igual que ocurre con el tránsito entre el consumo de las mal denominadas drogas “blandas” y “duras”, pues la probabilidad de que teniendo un consumo habitual de las primeras pruebe las segundas es muy elevado<sup>8</sup>.

## Diagnóstico de la drogodependencia

Con frecuencia el diagnóstico preciso de un trastorno por consumo de sustancias resulta difícil y laborioso, debido principalmente a los mecanismos de defensa, estrategias y argumentos de los adolescentes consumidores (por ejemplo, minimización del problema, negación, falta de comunicación, etc.).

En cualquier caso, el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias debe ser el resultado de:

1. Una detallada historia clínica con los antecedentes personales y familiares junto con las exploraciones físicas pertinentes y pruebas complementarias.
2. Los informes obtenidos de otros miembros de la familia, amigos y escuela.
3. El estudio de las evidencias toxicológicas del consumo de sustancias.

En el establecimiento del diagnóstico también es importante prestar atención a los aspectos relacionados con el consumo comórbido de sustancias y con otros trastornos psiquiátricos.

Por otra parte, es importante delimitar las situaciones de *uso*, *abuso* y *dependencia* de sustancias, por cuanto puede objetivar el problema del consumo de drogas desde una perspectiva más rigurosa, a fin de poder llegar a un diagnóstico con evidencias claras y objetivas.

El *uso* de una sustancia hace referencia al “consumo, utilización, gasto de esa sus-

tancia sin que se produzcan efectos médicos, familiares, sociales, etc.”, y por lo tanto de escasa significación clínica y social ya que se entiende como un consumo ocasional, aislado, no habitual.

El *abuso* hace referencia a “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”.

La *dependencia* aparece definida por la OMS como “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

Como ya hemos mencionado anteriormente, aunque el diagnóstico de un problema de drogodependencia resulta muy complicado en el adolescente, en este contexto se puede utilizar como referencia el manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, el cual establece que el diagnóstico de dependencia de sustancias necesita al menos la presencia de tres síntomas de una relación de siete en algún momento de un período continuado de 12 meses (tabla 7)<sup>9</sup>. Ciertamente, con muy poca frecuencia los adolescentes manifiestan tres de estos síntomas descritos, por lo que, teniendo en cuenta que muchos individuos no evolucionan de un abuso de sustancias a

una dependencia, se consideró hacer más énfasis en el término de abuso de sustancias, que de una categoría residual pasó a ser un conjunto de comportamientos concretos y específicos en el DSM-IV, y en el que es posible incluir los patrones de consumo de muchos adolescentes. Así, el diagnóstico del abuso de sustancias hace referencia a aquellos comportamientos que no cumplen los criterios de la dependencia de sustancias, de forma que según el DSM-IV, sería un patrón desadaptativo de consumo definido por los puntos descritos en la tabla 8<sup>9</sup>.

En el DSM-IV también aparecen detalladas ciertas características diagnósticas de los trastornos inducidos por sustancias entre los que se encuentran los propios del estado de intoxicación, que se citan a continuación, por cuanto pueden resultar de ayuda en el diagnóstico diferencial de la drogodependencia.

Así, de forma genérica, los criterios para establecer un diagnóstico de intoxicación por sustancias aparecen definidos en la tabla 9<sup>9</sup>.

Según el DSM-IV, los criterios diagnósticos particulares para determinar las intoxicaciones por alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, inhalantes y opiáceos aparecen detallados en las tablas 10 a 17, respectivamente<sup>9</sup>.

En otras ocasiones el diagnóstico de consumo surge a partir de informes de laboratorio que se hicieron circunstancialmente necesarios ante un ingreso en

TABLA 7  
Criterios DSM-IV para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
(1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia 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, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (b) Se toma la misma sustancia (o alguna muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia
(3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
(4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
(5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
(6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
(7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exarcebados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora la úlcera)

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

**TABLA 8**  
**Criterios DSM-IV para el abuso de sustancias**

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo continuado de 12 meses:
  - (1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones en casa)
  - (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
  - (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamientos escandalosos relacionados con la sustancia)
  - (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

**TABLA 9**  
**Criterios DSM-IV para la intoxicación por sustancias**

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición); teniendo en cuenta que diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (por ejemplo, irritabilidad, labilidad emocional, etc.) que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

urgencias, por intoxicación, accidente, trastornos del comportamiento, situaciones médico-legales, etc.

Estas pruebas de determinación de drogas de abuso y sus metabolitos pueden ser determinantes en los casos de sospecha cierta, sobredosis, policonsumos, cambios bruscos del comportamiento, etc.

En muchos casos en los que los sujetos con trastornos por consumo de sustancias niegan este consumo, los análisis toxicológicos de orina o de sangre se presentan como la única manera de confirmar la exposición a una droga de abuso y la única oportunidad de confrontar con el sujeto la existencia del problema.

Incluso en individuos que admiten abiertamente consumir algún tipo de sustancia que se está convirtiendo en un problema para ellos, la investigación analítica de tóxicos en orina puede poner de manifiesto la existencia de otras sustancias que el individuo también consume aunque lo niegue, porque no creen o no aceptan que les pueda estar causando algún problema. En todos los casos reseñados y otras mu-

**TABLA 10**  
**Criterios DSM-IV para la intoxicación por alcohol**

- A. Ingestión reciente de alcohol
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, comportamiento agresivo, labilidad emocional, etc.) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol:
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol
  - (1) Lenguaje farfullante
  - (2) Incoordinación
  - (3) Marcha inestable
  - (4) Nistagmo
  - (5) Deterioro de la atención o memoria
  - (6) Estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

chas situaciones específicas, la investigación cualitativa debe estar justificada en su finalidad diagnóstico terapéutica o médico-legal, además de haber resuelto previamente las controversias y conflictos legales, éticos y deontológicos que pueden derivarse y que tienen que ver fundamentalmente con el consentimiento, información y manejo de los resultados, pues podríamos estar ante un paciente adolescente, menor maduro o mayor de edad para tomar decisiones<sup>2</sup>.

El alto grado de perfección tecnológica que han alcanzado tanto las técnicas analíticas presuntivas de enzimoimmunoensayo (EIA) como las de confirmación por cromatografía de gases asociada a espectrometría de masas (CG/EM), habitualmente utilizadas en la investigación de drogas de abuso, ha permitido obtener un alto grado de sensibilidad y especificidad, al tiempo que se ha ampliado considerablemente el abanico de sustancias que se pueden detec-

**TABLA 11**  
**Criterios DSM-IV para la intoxicación por alucinógenos**

- A. Ingestión reciente de un alucinógeno
- B. Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, ansiedad, ideaciones paranoides, deterioro del juicio, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno
- C. Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (por ejemplo, intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, ilusiones, etc.) que se aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno
- D. Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:
  - (1) Dilatación pupilar
  - (2) Taquicardia
  - (3) Sudoración
  - (4) Palpitaciones
  - (5) Visión borrosa
  - (6) Temblores
  - (7) Incoordinación
- E. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

tar. Así, de forma rutinaria, un laboratorio que disponga de esta tecnología estará en condiciones de determinar la presencia de drogas y sus metabolitos para cannabis, cocaína, opiáceos, metadona, anfetaminas, LSD, éxtasis, 6-monoacetil morfina (6-MAM) metabolito exclusivo de la heroína, o EDDP, primer metabolito de la metadona.

Resulta de interés resaltar que en la interpretación correcta de los resultados, sobre todo los negativos, es importante conocer las características farmacocinéticas de cada sustancia a fin de establecer el intervalo máximo de tiempo en el que el tóxico o sus metabolitos pueden ser detectados tras el último consumo, bien en orina, bien en sangre. Aún así, ante un resultado positivo en una muestra de orina, solamente es posible inferir la exposición a una determinada droga de abuso, pero resulta difícil conocer la dosis de la sustancia y el tiempo que ha transcurrido desde su consumo, y todavía mucho más complicado conocer si se trata de un consumo esporádico (por ejemplo, de fin de semana) o por el contrario estamos ante el caso de un consumidor habitual, siendo por lo tanto, el informe de laboratorio una pieza más del diagnóstico.

Así, por ejemplo, un sujeto con un patrón de consumo de cocaína de fin de semana puede dar un resultado negativo en una muestra de orina tomada cinco días des-

TABLA 12  
Criterios DSM-IV para la intoxicación por  
anfetaminas

- A. Consumo reciente de amfetaminas o sustancias afines (por ejemplo, metilfenidato)
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o embotamiento afectivo, hipervigilancia, ansiedad, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de amfetamina o sustancia afín
- C. Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de amfetamina o sustancia afín:
- (1) Taquicardia o bradicardia
  - (2) Tensión arterial aumentada o disminuida
  - (3) Sudoración o escalofríos
  - (4) Náuseas o vómitos
  - (5) Pérdida de peso demostrable
  - (6) Dilatación pupilar
  - (7) Agitación o retrasos psicomotores
  - (8) Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho, arritmias
  - (9) Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías, coma
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

TABLA 13  
Criterios DSM-IV para la intoxicación por  
cannabis

- A. Consumo reciente de cannabis
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de amfetamina o sustancia afín
- C. Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen a las dos horas del consumo de cannabis
- (1) Inyección conjuntival
  - (2) Aumento de apetito
  - (3) Sequedad de boca
  - (4) Taquicardia
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

pués, habida cuenta de que los metabolitos de la cocaína sólo pueden detectarse con fiabilidad hasta dos o tres días después de la última ingesta. Por el contrario, el cannabis, debido a su naturaleza lipofílica es posible detectarlo en orina hasta 20-30 días después de su consumo. En la tabla 18 se muestran los principales metabolitos y los periodos de semivida plasmática, así como el tiempo de detección en orina de algunas drogas de abuso.

Un caso aparte lo constituye la determinación analítica de alcohol en sangre, ya que uno de los métodos más fiables para

TABLA 14  
Criterios DSM-IV para la intoxicación por cocaína

- A. Consumo reciente de cocaína
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o embotamiento afectivo, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, ansiedad, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína
- C. Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína
- (1) Taquicardia o bradicardia
  - (2) Dilatación pupilar
  - (3) Tensión arterial aumentada o disminuida
  - (4) Sudoración o escalofríos
  - (5) Náuseas o vómitos
  - (6) Pérdida de peso demostrable
  - (7) Agitación o retrasos psicomotores
  - (8) Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho, arritmias
  - (9) Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías, coma
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

TABLA 15  
Criterios DSM-IV para la intoxicación por  
inhalantes

- A. Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta)
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, beligerancia, violencia, apatía, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles
- C. Dos o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:
- (1) Mareo
  - (2) Nistagmo
  - (3) Incoordinación
  - (4) Lenguaje farfullante
  - (5) Marcha inestable
  - (6) Letargia
  - (7) Disminución de los reflejos
  - (8) Retraso psicomotor
  - (9) Temblores
  - (10) Debilidad muscular generalizada
  - (11) Visión borrosa o diplopía
  - (12) Estupor o coma
  - (13) Euforia
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

la valoración de un estado de intoxicación o del consumo reciente es su cuantificación en el aire espirado, siendo mucho menos conveniente la investigación de etanol en orina. Como complemento a esto, en ciertos casos puede ser útil la investigación de otros marcadores biológicos que puedan aportar información adicional al respecto aunque no se haya producido un consumo reciente. Si bien

TABLA 16  
Criterios DSM-IV para la intoxicación  
por opiáceos

- A. Consumo reciente de un opiáceo
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos
- C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno o más de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:
- (1) Somnolencia o coma
  - (2) Lenguaje farfullante
  - (3) Deterioro de la atención o de la memoria
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

TABLA 17  
Criterios DSM-IV para la intoxicación por  
sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, alteraciones en la capacidad de juicio, etc.) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
- (1) Lenguaje farfullante
  - (2) Incoordinación
  - (3) Marcha inestable
  - (4) Nistagmo
  - (5) Deterioro de la atención o memoria
  - (6) Estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Tomada de DSM-IV<sup>9</sup>.

en el adolescente va a ser muy infrecuente el desarrollo de patologías asociadas al consumo de etanol, sí es conveniente mencionar la utilidad de ciertos marcadores, como las enzimas de función hepática (GOT, GPT, GGT), el volumen corpuscular medio de los hematíes (VCM) o la transferrina deficiente en carbohidratos (CDT) cuyo análisis combinado ha mostrado una gran sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de consumos elevados de etanol<sup>10,11</sup>. Un escenario que refleja con gran fidelidad la utilidad de la determinación analítica de tóxicos en orina son los servicios de urgencias de los hospitales, dado que por una parte, en muchas ocasiones se detecta la presencia de drogas en pacientes

TABLA 18

Principales metabolitos, periodos de semivida plasmática y tiempos de detección en orina de algunas drogas de abuso

	Semivida plasmática	Principal metabolito urinario	Tiempo detección en orina
Cannabis (THC)	20-30 (horas)	11-nor $\Delta^9$ -THC-COOH	12-30 días
Heroína	3-4 (minutos)	6-MAM, morfina	1,5-2 horas
Morfina	2-4 (horas)	Morfina	48-72 horas
Codeína	2-4 (horas)	Codeína, morfina	48-72 horas
Cocaína	48 minutos (16 min-48 h)	Benzoil-ecgonina Ecgonina metil éster	48-72 horas
Diazepam	20-50 (horas)	Nordazepam Oxazepam	> 250 horas

que son atendidos por motivos distintos a los relacionados con consumos de sustancias y, por otra, permiten extraer resultados que en cierta medida pueden extrapolarse a la población general. Así un trabajo realizado sobre 704 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón de Madrid en el que por distintos motivos estaba indicada la determinación de tóxicos en orina, arrojó los siguientes resultados<sup>12</sup>:

1. El 6,8% de los pacientes atendidos tenían una edad entre 14 y 18 años, de los cuales un 67% de ellos eran varones y un 33% mujeres con una edad media de 16,27 años.

2. Las sustancias detectadas en orina, de mayor a menor frecuencia fueron las siguientes: benzodiacepinas en un 60% de los positivos, cannabis en un 12%, éxtasis en un 10%, anfetaminas y cocaína en un 8%, respectivamente.

De estos resultados destaca la existencia de un 21% de sujetos con resultados positivos a dos o más drogas de abuso.

3. Únicamente existían antecedentes referidos sobre consumos de drogas en el 35% de los casos, de los cuales destacaban los referentes a consumos de cannabis (35% de los casos con antecedentes) y alcohol (30%).

4. Los servicios hospitalarios solicitantes de la determinación de tóxicos fueron principalmente los de la *Unidad de adolescentes*, englobada en el servicio de Psiquiatría hospitalaria con un 35,4% de las solicitudes y el servicio de Medicina Interna de Urgencias con un 30% de los casos.

5. En lo referente a los motivos que dieron lugar a la solicitud de drogas, el psiquiátrico fue el más frecuente (48%), seguido por un motivo de consulta médica (18,7%) y de intoxicación (12,5%).

## Estrategias terapéuticas

En general está ampliamente aceptado que en el caso de la adolescencia no se debe hablar de tratamiento sin hacerlo antes de prevención, ya que parece que ésta es el medio más eficaz para hacer frente a un consumo no patológico de drogas de abuso. Únicamente en aquellos casos en los que han fracasado todos los intentos de prevención debe considerarse la aplicación de programas terapéuticos encaminados a tratar los consumos patológicos<sup>13</sup>.

En este sentido existen diversas opiniones acerca del tipo de estrategia a seguir en función del tipo de situación de que se trate. No obstante, a continuación se citan algunos aspectos relevantes en el tratamiento recogidos de la literatura publicada al respecto:

1. En primera instancia es absolutamente necesario evaluar la magnitud y gravedad del consumo, para considerarlo en términos de consumo no patológico (asociado a contextos lúdicos) o consumo patológico (vinculado a una dependencia), ya que esta información es necesaria para cuantificar la demanda de prevención y tratamiento. Por su parte, también es interesante reseñar que determinados estudios concluyen que una gran mayoría de personas diagnosticadas de abuso en sustancias nunca progresan hacia la dependencia<sup>14</sup>.

2. El consumo experimental de varias sustancias, tanto legales como ilegales, se puede considerar un comportamiento normativo entre los adolescentes en términos de prevalencia, ya que forma parte del desarrollo que define a la adolescencia en el recorrido del establecimiento de la identidad personal. Incluso en algunos casos, evitar la experimentación con sustancias en personas que nunca las han probado

antes puede estar relacionado con un relativo aislamiento de los compañeros, una carencia de habilidades sociales y unos niveles de ansiedad relativamente altos<sup>15</sup>.

3. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que es importante retrasar al máximo el inicio del consumo regular de sustancias con el fin de proporcionar al adolescente el tiempo suficiente para el desarrollo de habilidades adaptativas, aunque es menos importante prevenir el consumo de sustancias que el abuso<sup>16</sup>. Además, el adolescente que consume ocasionalmente alcohol o cannabis no necesita someterse a ningún tratamiento, ya que probablemente un adolescente de estas características forma parte de un gran segmento de la sociedad que en la mayoría de los casos no encajará en la categoría de abuso y que probablemente "abandonará" el hábito cuando sea adulto.

4. En lo referente al consumo patológico de sustancias por los adolescentes, éste presenta aspectos particulares respecto de los adultos, lo cual repercute en las características del tratamiento. El adolescente se caracteriza por una historia de consumo patológico más corta que el adulto, por lo que la tolerancia, el deseo irresistible y los síntomas de abstinencia son menos frecuentes y en la mayoría de los casos menos intensos que en el adulto. Como resultado de esto, los efectos físicos a largo plazo aún no se han manifestado y por lo tanto la necesidad de someterse a un proceso de desintoxicación es relativamente rara.

Como consecuencia de todo lo mencionado, pocos programas de tratamiento para el abuso de sustancias se han diseñado específicamente para adolescentes. Algunos estudios consideran que en torno al 20% de los pacientes que siguen algún programa terapéutico es menor de 19 años, y únicamente el 5% de los programas tienen a los adolescentes como pacientes mayoritarios<sup>17,18</sup>.

En cualquier caso, las actuaciones más frecuentes para abordar los casos de consumos patológicos en adolescentes son los tratamientos ambulatorios, el tratamiento hospitalario y algunas formas de tratamiento residencial (por ejemplo, comunidades terapéuticas, etc.) en los cuales, y como complemento a estas intervenciones y dependiendo de la filosofía y objetivos del programa, estos programas deben incorporar elementos de consejo y terapias individuales, educación, análisis

toxicológico de drogas de abuso para seguir la abstinencia, técnicas para prevenir recaídas, implicación familiar, asistencia legal, etc.

No conviene olvidar las características propias de la adolescencia en lo referente a los comportamientos de imitación, presión grupal, necesidad de gratificación inmediata, etc., que influyen en el inicio y mantenimiento de un consumo de drogas tanto patológico como no patológico y que deben ser tenidas en cuenta en la aplicación y desarrollo de los programas de prevención y de tratamiento terapéutico.

En este sentido se han desarrollado programas de prevención a distintos niveles de actuación. Los programas de prevención primaria sirven para reducir el consumo de sustancias, los de prevención secundaria están dirigidos a detener el consumo futuro y evitar el abuso, y los de prevención terciaria están enfocados a poner fin al abuso y dependencia o a reducir sus efectos a través del tratamiento.

Los programas de prevención primaria están basados principalmente en las campañas publicitarias y en los programas educativos. El objetivo de esta prevención primaria es retrasar la edad de inicio y reducir el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales trabajando en el ámbito de la afectividad, desarrollo intelectual y social de los jóvenes. Sin embargo, diversos estudios han puesto de manifiesto una eficacia cuanto menos dudosa de este tipo de programas generalizados, por cuanto los programas educativos originan una gran cantidad de información que en ocasiones promueve un resultado contrario al perseguido, debido a que un exceso de información puede incrementar la curiosidad por parte de los jóvenes. Por otra parte, la campañas publicitarias tienen utilidad en individuos motivados, aunque también pueden inducir indirectamente el consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes al presentar estos productos como inocuos<sup>18</sup>. También se ha señalado que un incremento de precio o la elevación de la

edad legal para el consumo de ciertas sustancias como el alcohol se ha asociado con un descenso en el consumo por parte de los adolescentes<sup>19</sup>.

Los programas de prevención secundaria y terciaria aplicados de forma genérica tampoco se han revelado como muy eficaces, quizá porque las actuaciones de prevención secundaria requieren una atención más individualizada, debido a las vulnerabilidades específicas del adolescente, que le pueden predisponer al abuso de sustancias. Sin embargo, antes de aplicar cualquier programa individualizado de prevención es importante activar previamente los sistemas de detección de individuos susceptibles de algún tipo de intervención (estrategias de detección), ya que una intervención tardía de estos jóvenes después de que hayan entrado en una fase de abuso requerirá un tratamiento.

La intervención en adolescentes en situación de riesgo debe comenzar con un fortalecimiento de la motivación de estos individuos con el objetivo de modificar los componentes específicos de la vulnerabilidad en el propio individuo y en su medio. En este sentido, ciertos estudios realizados en nuestro entorno han puesto de manifiesto la utilidad de las actuaciones terapéuticas basadas en la familia como parte del tratamiento de drogodependencias juveniles<sup>20</sup>. Este estudio refleja la eficacia de este tipo de intervenciones en tanto en cuanto pueden aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de mantenimiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento y disminuir el uso de sustancias postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la incorporación de los pacientes al entorno social.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Lorenzo P, La-

dero JM Leza JC, Lizasoain I, editors. Drogodependencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999; p. 3-20.

2. Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid.

3. Observatorio Español sobre Drogas. Informe N° 5, Julio 2002. Capítulo 2: Indicadores sociológicos y patrones de consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 2002;11-56.

4. Soriano A. ¿Por qué se consumen drogas? En: Jóvenes y drogas. Madrid: Editorial San Pablo, 2003;69-89.

5. Vielva I. Introducción. En: Vielva I, Pantoja L, Abejón JA, editors. Las familias y sus adolescentes ante las drogas. Universidad de Deusto, 2001; p. 19-32.

6. Tanaka F, Shiratori Y, Yokosuka O, Imazeki F, Tsukada Y, Omata M. Polymorphism of alcohol-metabolizing genes affects drinking behavior and alcoholic liver disease in Japanese men. *Alcohol Clin Exp Res* 1997 21:596-601.

7. Sun F, Tsuritani I, Honda R, Ma ZY, Yamada Y. Association of genetic polymorphisms of alcohol-metabolizing enzymes with excessive alcohol consumption in Japanese men. *Hum Genet* 1999; 105:295-300.

8. Nahas G, Trouvé R. Toxicología en la adolescencia. En: Manual de toxicomanías. Barcelona: Masson, S.A., 1992; 151-3.

9. DSM-IV. Tratado de Psiquiatría 3ª edición. Washington DC, MAasson; 2000.

10. Casado Prieto MA, Álvarez Abello S, Martínez Sáez ML, Utilibarri Moreno S, Rubio Valladolid G, Marín Lozano J, et al. Comparación de pruebas de laboratorio y psicométricas en la detección del alcoholismo en el hospital general. *An Psiquiatría* 1996;12 (6): 232-5.

11. Rubio G, Martínez M. Utilidad de la transferrina deficiente en carbohidratos en los problemas por uso de alcohol. *An Med Intern* 1997;14 (9):473-7.

12. Pastor L. Comunicación personal.

13. Schinke SP, Botvin GJ, Orlan MA. Substance abuse in children and adolescent: Evaluation and intervention. Newbury Park, CA, Sage, 1991.

14. Hasin DS, Grant B, Endicott J. The natural history of alcohol abuse implications for definitions of alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147:337-91.

15. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health. *Am. Psychol* 1990;45:612-30.

16. Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children teenagers. *Am Psychol* 1989;44:242-8.

17. Beschner G. The problem of adolescent drug abuse: an introduction to intervention strategies. En: Friedman AS, Berchner GM, editors. Treatment Services for Adolescents Substance Abusers (NIDA-DHHS Publ No ADM-85-1342). Washington, DC, U.S.: Department of Health and Human Services, 1985; p. 1-12.

18. Kaminer Y. Abuso de sustancias en adolescentes. En: Galanter M, Cléber HD editors. Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press. Editorial Masson, 1997; p. 429-47.

19. Coate D, Grossman N. Change in alcoholic beverage prices and legal drinking age. *Alcohol health research world fall* 11, 1989:722-25.

20. Girón García SS, Martínez Delgado JM, González Saiz F. Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia Trastornos adictivos 2002;4(3):161-70.