

**FACTORES DE RIESGO DE DROGADICCIÓN EN LA
ADOLESCENCIA
JUAN FELIPE SINNING
DIPLOMADO ADOLESCENCIA CONTEXTO,
INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN
UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

FACTORES DE RIESGO DE DROGADICCIÓN EN ADOLESCENCIA

Juan Felipe Sinning

Universidad de La Sabana¹

RESUMEN

El presente artículo pretende explorar la drogadicción en la etapa de adolescencia y los factores de riesgo micro sociales que están asociados con esta conducta. Se abordó la adolescencia, la drogadicción y su relación, para entender los factores de riesgo que pueden estar asociados; así mismo varias, investigaciones científicas se tuvieron tenidas en cuenta con el fin de lograr una visión mas clara del tema. Por último, se hace una clasificación de las diferentes drogas y sus características, con el fin de entender mejor dicha problemática.

Palabras clave: Drogadicción, adolescencia, factores, riesgo.

ABSTRACT

The following article pretends to explore the drug addiction in the adolescence and the micro social risk factors that may be associated with this behaviour. The adolescence, the drug addiction and its relation ship, were aboard in order to understand the risk factors that should be associated; in addition, several scientific investigations were explored to achieve a clearer vision of the topic. For last, a classification of the different drugs and its characteristics were done, to understand in a better way the problem.

Key words: Adolescence, drug addiction, factors, risk.

¹ Estudiante de psicología X semestre. Psype600@hotmail.com

FACTORES DE RIESGO DE DROGADICCIÓN EN ADOLESCENCIA

Drogadicción

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia. La droga en sí no existe; es el sujeto drogadicto quien convierte ciertas sustancias en drogas al establecer con ellas un tipo de relación y unas formas o patrones de uso. En el caso del adolescente, quien se halla en la búsqueda de su identidad y de nuevos objetos extra familiares para experimentar y luchar contra su dependencia infantil a las figuras parentales, por lo que va a depender en mayor grado de su grupo social y se va a volver más influenciado en sus hábitos, costumbres y opiniones por la presión que ejercen los medios masivos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo del placer y excitación; además se encuentra la necesidad de nuevas figuras de identificación que alienta la incorporación de patrones de conducta pertenecientes a otros que gozan de estima, prestigio y reputación, (popularidad) esto puede brindar al adolescente una sensación de madurez.

Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el período adolescente es visto como una etapa de pasaje a otro momento del desarrollo, pero no por ello exenta de características propias, el cual está comprendido entre los 10 y 19 años. Uno de los cambios propios de la adolescencia se entiende como el período de pubertad (Donayre, 2001). Menéndez (2000) divide la pubertad en dos estadios: Prepubertad: Comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, como vello pubiano y en axilas, aumento de las mamas, entre otros. Pubertad propiamente dicha, que comienza en el niño con el cambio de voz, la primera eyaculación y en la niña con la primera regla o menarquía. Fernández (1998) plantea algunos enfoques o formas de abordaje. El primer enfoque es aquel que aborda la adolescencia como "transformación pubertaria", ésta se

define a partir de la pubertad, y se enfoca en las transformaciones endocrinas, morfológicas y a su aparición, que estaría determinada por factores socioeconómicos e históricos, lo que ha hecho posible la participación de la biología y la lógica médica

Luego encontramos "la adolescencia como experiencia de desarrollo", donde todo periodo de la vida se caracteriza por un grupo de problemas del desarrollo, y la adolescencia no sería la excepción. Aparecerán un conjunto de problemas típicos, de tareas, en las que se reconocería. Estas tareas, establecen los criterios bajo los cuales se podría afirmar que la etapa ha sido superada, incorporada. Para Donayre (2001) las necesidades personales y sociales del adolescente surgen a partir de su desarrollo como característica propia de esta etapa, del tipo de sociedad en que vive a la cual se espera que se adapte y contribuya; pues de acuerdo al estilo de vida social que lleve, el adolescente desempeñará un papel en los diferentes ambientes donde debe adaptarse tales como el hogar, la familia, educación, religión y más tarde lo concerniente a la comunidad y el comercio, todos en algunos casos con excepción de este último han constituido una parte de sus experiencias infantiles. La familia, escuela y medio social son tres elementos del sistema social que están en constante comunicación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en el conjunto del sistema, el primero y mejor agente de socialización lo constituye la familia a partir de ella se desarrollan normas de conducta en su relación con los demás, costumbres, valores dominantes de la sociedad, modelos en general y la interpretación de los modelos en función a la clase social cultura y sub cultura a los que pertenece, haciendo que el adolescente aprenda y asuma roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad, comunidad - grupo a través de una evolución del aprendizaje creciente llamado proceso de socialización. El joven se dirige hacia la edad adulta a través de sus impulsos, sus contradicciones, sus errores y sus indecisiones, esto es lo que comúnmente se conoce como adolescencia. Educar es participar activamente a un proceso de emancipación. Tenemos hijos para que se vayan de casa. Y en ese proceso evolutivo en el que van adquiriendo sus parcelas de autonomía se van produciendo rupturas respecto a los padres. Es la "edad del pavo" frecuentemente el momento en que ese choque generacional es más espectacular y, en ocasiones, más difícil de comprender para los padres y más dolorosa para los adolescentes.

Según la revista Consumer (2000) los hijos no vienen con libro de instrucciones, y cada uno es un ser único e irrepetible que, para ser comprendido, requiere de sus padres y hermanos, mucha paciencia, capacidad de escucha y dotes de observación. El ser humano tiene una triple dimensión: biológica, psicológica y social. Y en el adolescente se producen repentinamente cambios en las tres dimensiones, lo que causa el desconcierto del propio joven y de su familia. Aunque la transición de la niñez a la edad adulta pueda durar muchos años, la edad del pavo suele venir acompañada de un cambio de carácter, a veces profundo. El cuerpo se convierte en algo nuevo, que debe ser minuciosa y constantemente observado: las sesiones de espejo se hacen interminables, cualquier cambio -espinillas, vello, cambio de voz en los chicos, la menstruación y el crecimiento de los senos en las chicas- se convierte en un contratiempo y comienzan las reflexiones y, a veces, los incesantes cuidados corporales para aceptarse uno mismo y para ser bien visto por los demás.

Adolescencia y consumo

Pero... ¿Cuáles son las causas que originan el alto consumo de estas sustancias en los jóvenes? según Quirós (2003) Existe un gran número de consumidores que manifiestan estar informados y sin embargo consumen. Un claro ejemplo es el del tabaco, la información existe y se conocen las consecuencias, pero se sigue consumiendo. Parece que hay una baja percepción del riesgo. Por ejemplo, la marihuana tiene una baja percepción del riesgo mientras que la heroína tiene una alta percepción del riesgo. Esta percepción del riesgo puede variar dependiendo la fuente de información. Se habla de que la gente que está informada a través del sistema educativo, tiene mayor percepción del riesgo, frente a la que está informada de otras fuentes distintas.

Para Olmos (2003) la adolescencia es un periodo conflictivo, en la cual los muchachos intentan reafirmar su diferencia respecto a la edad infantil a través de conductas "adultas". La imitación del mayor sigue siendo la pauta, y en nuestra cultura el consumo de drogas, y en especial el alcohol o el tabaco es una conducta socialmente aceptada. El joven repite esas pautas de forma irreflexiva por la falta de madurez personal y por la falta de información.

Según American Academy (2004) los adolescentes pueden estar comprometidos en varias formas con el alcohol y las drogas legales o ilegales. Es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante la adolescencia. Desgraciadamente, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre sus acciones en el presente y las consecuencias del mañana. Ellos tienen la tendencia a sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan. El uso del alcohol o del tabaco a una temprana edad aumenta el riesgo del uso de otras drogas más tarde. Algunos adolescentes experimentan un poco y dejan de usarlas o continúan usándolas ocasionalmente sin tener problemas significativos. Otros desarrollarán una dependencia, usarán luego drogas más peligrosas y se causarán daños significativos a ellos mismos y posiblemente a otros.

Es mi opinión que la adolescencia es el tiempo de probar cosas nuevas. Los adolescentes usan el alcohol y las otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo. Es difícil el poder determinar cuáles de los adolescentes van a experimentar y parar ahí, y cuáles van a desarrollar problemas serios.

Factores de Riesgo

Según la OMS (1992) citado, por Donayre (2001) reconoce que los problemas más importantes de salud en la etapa de la adolescencia son los que surgen de situaciones generadoras de riesgo. Indudablemente que los comportamientos de riesgo, tienen consecuencias biomédicas pero también sociales, personales o psicológicas en tal sentido el estudio de las conductas de riesgo en adolescentes ha adquirido relevancia en la actualidad debido al incremento de jóvenes involucrados en dichos comportamientos como son los actos delincuenciales, la experimentación con drogas, la deserción escolar, los embarazos no deseados, las manifestaciones de violencia, las pandillas entre otros.

1. Factores de Riesgo asociados a la Familia

Se sabe como los diferentes comportamientos y actitudes están directamente relacionados con el uso de drogas, reflejándose ello en alguno de sus miembros especialmente el adolescente, se habla de la existencia de dos tipos de factores familiares, que de una u otra manera pueden potenciar y en algunos casos, desencadenar

el consumo de sustancias en los adolescentes; los factores específicos son los que tienen una influencia directa en el consumo de sustancias, en tal sentido los hijos tienen exposición a las drogas en una fase pre natal del desarrollo, consumo por parte de los padres - aceptación de los padres del uso de drogas. Los factores no específicos son la estructura familiar, la exposición a conflictos familiares (padres separados), exposición a altos niveles de estatus y psicopatologías familiares, negligencia, abuso físico emocional, exclusión social; los conflictos familiares se consideran con los de mayor riesgo en la salud del adolescente, relacionándolos con el consumo de drogas.

Así la familia se constituye en otro factor de riesgo a través de la práctica de estilos y/o pautas educativas como los déficit o los excesos de disciplina, la excesiva implicación o el demasiado autoritarismo de uno de los padres puede estar directamente conectados con el uso de sustancias por parte de los hijos, ello acompañada del desentendimiento o permisividad del otro; las actitudes permisivas aumentan el riesgo del consumo de sustancias por los hijos, las relaciones afectivas, las relaciones o interacciones como la baja o inadecuada comunicación familiar. La inconsistencia en las normas, límites poco claros y expectativas poco realistas sobre sus hijos, la estructura familiar como en algunos casos la ausencia de lazos familiares no solo física sino afectiva y moral, en donde el adolescente no tiene una identificación con sus padres y carece de modelos de identidad, buscando un modelo sustituto, el cual puede ser nocivo para su desarrollo.(Loukas 2003)

Para Revista Latinoamericana de Psicología (2001), la ansiedad entre los miembros de familias con problemas de alcoholismo constituye uno de los síntomas más persistentes en esas familias. Teniendo en cuenta que la ansiedad puede ser un factor de riesgo que lleve al adolescente al consumo de sustancias psicoactivas. En esta investigación se ha estudiado una muestra de 226 participantes de uno u otro sexo. De estos 108 son hijos/as de personas que están diagnosticadas de alcoholismo, o asisten a un servicio especializado para recibir tratamiento por su problema de bebida, y tienen un tiempo de abstinencia inferior a 2 años. Los restantes 118 son niños/as cuyos padres no son alcohólicos y están escolarizados en los mismos colegios. Ambos grupos se equiparan en variables de edad, sexo, nivel educativo y origen social. Mediante un diseño correlacional descriptivo se evaluarán los niveles de ansiedad. El grupo de niños

cuyos padres no presentan problemas de alcohol, se muestran más adaptativos y tolerantes ante situaciones ansiógenas que el grupo de niños cuyos padres presentan problemas de alcoholismo. Según, la Universidad de Buffalo (2004), aunque los efectos de padres alcohólicos en el ajuste psicosocial de los hijos esta muy bien documentada, el impacto, del abuso de drogas por parte de los padres, en los hijos no ha sido muy profundizada. Se tomaron 120 familias con por lo menos un hijo entre 10 y 12 años. Usando el criterio del DSM IV se clasificaron 40 familias con padres que abusan de las drogas, 40 familias con padres que abusan del alcohol y 40 familias con padres que no presentan ningún abuso. En este estudio se comparo la adaptabilidad de los hijos que tienen padres que abusan de las drogas, con hijos de padres que abusan del alcohol e hijos de padres que no presentan abuso por alguna sustancia. Se encontró que los hijos cuyos padres abusan de las drogas, presentan más síntomas tanto internalizantes como externalizantes que aquellos hijos cuyos padres presentan abuso por el alcohol o ninguna sustancia. Además, los niños cuyos padres abusan de drogas, reportan mayores niveles de depresión y ansiedad que aquellos niños cuyos padres abusan del alcohol o simplemente de ninguna sustancia. También se evidencio que aquellos niños cuyos padres presentan abuso de cocaína u opiáceos presentan mayores problemas emocionales y comportamentales. La familia es el núcleo social donde se forman los ciudadanos. Es el grupo humano donde se transmiten los valores. Por lo tanto es sumamente importante que los padres, líderes de familia, asuman su responsabilidad, y eduquen a sus hijos con herramientas que les permitan una vida libre de drogas (Alvarado 2003).

2. Factores de Riesgo asociados al medio social

La amistad

Al entrar un adolescente en el terreno de la adicción, renuncia a un tipo de mundo con determinados valores éticos y mediante su mutación entra a formar parte de otro, donde no existe tal ética y por lo tanto no puede existir la amistad, que significa un tipo de vínculo que requiere como condición indispensable el respeto al otro como un otro, complementado por una historia en común que puede tener muchas variables en cuanto a la situación y al tiempo de duración. (NCADI 2004). La vinculación por factores

miméticos circunstanciales y/o parciales es la característica esencial de los vínculos entre los adictos.

En vez de identificaciones asimiladas y producto de interacciones a través del tiempo, en el mimetismo basta verse, usar algunos términos semejantes cargados de significados mágicos y *ya somos amigos*. Posteriormente el cemento vincular en vez de ser el amor es el miedo. (Adolescencia y Drogadicción, 2003).

Dishion (2002) hizo una investigación en donde la relación existente entre las “malas” amistades y el uso de sustancias fue examinada desde la adolescencia temprana (13-14) hasta los principios de la edad adulta (22-23). La amistad no conveniente fue estudiada usando observaciones directas por medio de video grabaciones de diferentes interacciones, y reportes globales de interacciones no convenientes con amigos. El uso de sustancias fue calculado por medio de autoreportes. Un modelo multivariable reveló que el uso de sustancias en la adultez temprana es en parte el resultado de la unión entre la influencia de las amistades y el proceso de selección. Los resultados sugieren que las prevenciones efectivas deben buscar tratamientos que apunten tanto a la parte interpersonal como al proceso de adicción (uso crónico, dependencia y abuso). Sin lugar a dudas se evidencia que ciertas amistades pueden convertirse en uno de los principales factores de riesgo que llevan al adolescente en muchos casos a consumir sustancias psicoactivas.

“Y probé...y me gustó. Por cierto que no fue difícil para mi aspirar el humo de ese polvillo siniestro que Mary envolvió tan cuidadosamente en el semi-transparente papel en que vienen envueltos los cigarrillos. Cuando metí la primera bocanada a los pulmones, estallo como un latigazo, la más extraña sensación que hayan recibido mis sentidos. Sin vacilar y a medida que tragaba mas y mas humo cargado de los extraños vapores de la marihuana, le dije a Mary: esto es lo último...” (Trujillo, 1985).

Grupo de pares

Para Donayre (2001), el grupo de pares posibilita un factor de riesgo dependiendo de la elección de amigos, y el grupo al que se pertenece, el grado de dependencia que se tenga hacia el mismo, la presión de grupo y la influencia de estos pueden incitar y/o

reforzar el consumo, en función de los hábitos y actitudes de este grupo, los cuales están estrechamente relacionados con la ausencia de autonomía de las personas en la toma de decisión, en la valoración de los pro y los contra de sus actos y en la limitación para asumir las consecuencias de sus conductas, la búsqueda de situaciones excitantes, sucesos estresantes, depresión ansiedad, conductas antisociales etc. El rápido desarrollo de las sociedades junto a la multiplicidad de influencias interculturales que se producen ha propiciado una situación de confusión de valores, a la que los adolescentes son especialmente sensibles, pudiendo sentirse en ocasiones exiguos de ese marco de referencia que les permita tomar decisiones adecuadas sobre su propia conducta, sabiéndose además que la adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo y que forjando su individualidad crea un sistema de valores aprendiendo el rol personal y social que requiere para la vida adulta, este proceso de construcción que señala el tránsito de la infancia al mundo adulto suele ir acompañado de una situación de desequilibrio e inestabilidad, que perturba al adolescente por ser una etapa del desarrollo, pero que también afecta a la familia, momento donde se habla de una crisis de adolescencia la cual varía mucho de acuerdo con el temperamento del adolescente y de sus padres, la calidad de la familia y las características del medio.

Escuela

Según Donayre (2001) los estilos educativos del centro escolar se constituyen en otro factor de riesgo, entre ellas, el grado de integración del alumno, el fracaso escolar, bajo o dificultades serias en el rendimiento académico, la calidad de la interacción que se establece entre el docente – alumno, el sistema de orientación, el ambiente del aula, la formalidad o verticalidad en la interacción los cuales se limitan a las calificaciones y puntuaciones, donde el comportamiento social es más aversivo que un refuerzo social positivo, la ausencia de estímulos al desarrollo colectivo y de oportunidades para que cada alumno pueda desarrollar su habilidad en la toma de decisiones racionales de modo autónomo y responsable entre otros.

Los Medios

El niño se identifica con los personajes de la televisión, lo que ve habitualmente lo considera bueno. Robar al vecino, consumir sustancias psicoactivas, usar armas de fuego. “Contra ellos se cometió el crimen de permitirles que se asomen y se hundan en el fango de las pasiones humanas y en las consignas baratas y amorales” (Forero, 1980).

Decíamos que el joven se halla en una búsqueda de nuevos objetos extrafamiliares para experimentar, y lucha contra su propia dependencia infantil de las figuras paténtales. En consecuencia, pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna más influenciado en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo, placentero y excitante (Castro, 1988).

De un modo más directo aun, la necesidad de nuevas figuras de identificación alienta la incorporación de patrones de conducta pertenecientes a otros jóvenes o adultos más o menos cercanos, que gozan de estima, prestigio y reputación. Esto puede brindar al adolescente que sufre por su debilidad relativa, una sensación de madurez y pertenencia grupal en la medida que consume drogas. Le facilita también el afrontar situaciones de honda angustia social.

Otra perspectiva interesante de la situación grupal de los adolescentes surge de aplicar las ideas de Meltzer citado por Donayre (2001), sobre la visión de la sociedad que tienen los adolescentes. Este autor observó que los adolescentes distinguen básicamente tres comunidades: la de los niños, débiles, dependientes y sometidos al arbitrio de los adultos; la de los adultos, los que ostentan el poder, el conocimiento y el pleno derecho a la sexualidad y la propia, la de los adolescentes, que se sienten relegados pero poseedores de la fuerza, la justicia y la esperanza.

Enfocando el consumo de drogas desde esta perspectiva podemos observar como muchos adolescentes, vacilantes por naturaleza en cuanto a su ubicación grupal, pueden utilizar el consumo de drogas en su intento por diferenciarse tanto del grupo

desvalorizado de los niños como del de los adultos, al que de esa manera combaten también en sus preceptos.

Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Mas adelante pasan a las bebidas blancas y/o a la marihuana. También es muy raro que se utilicen otras drogas ilegales como la cocaína o los opiáceos sin pasar previamente por la marihuana. (Adolescencia y Drogadicción 2003).

Para la Revista Latinoamericana de Psicología (1998), el consumo de tabaco entre los jóvenes de los países industrializados se ha visto influenciado por las diferentes tendencias sociales promovidas por los medios masivos de comunicación. Por esa razón, las recomendaciones de la OMS 1992 van dirigidas a promover campañas preventivas que procuren instaurar hábitos saludables en los ciudadanos. Estas campañas deben fundamentarse en rigurosos estudios descriptivos de la población. En este sentido se ha desarrollado un estudio con 314 adolescentes escolarizados de edades comprendidas entre 12 y 13 años en España. En el estudio se analizaron parámetros psicosociales relacionados con el inicio del consumo de tabaco, en donde se encontró relación con variables motivacionales, actitudinales, conductuales, de personalidad y de rendimiento académico en la población escolar.

3. Factores de Riesgo Asociados a la Persona

Se puede observar cómo los efectos de una sustancia no tendrían que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta relación entre el sujeto y el momento en el que acontece la interacción "Droga - Individuo".

Por tanto uno de los factores de riesgo relevante en el desarrollo personal de los niños y adolescentes, predisponente al consumo de drogas, es de carácter Individual - personal, el cual comprende aspectos de tipo físico relacionados al sexo, y edad; de tipo genético en donde influye la sensibilidad, tolerancia y dependencia; y de tipo evolutivo y personalidad, como experimentación temprana y consumo con drogas, la falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja

autoestima, sistema de valores poco claros, escasos o nulas habilidades sociales, la dificultad para hacer frente a los conflictos. (Donayre, 2001).

Dentro de un modelo de salud preventivo, los individuos que tienen una valoración baja de la salud, mostrarían una línea relacional positiva entre el nivel de riesgos del ambiente y el inadecuado uso del alcohol, mientras que aquellos que presentan una más alta valoración de la salud deberían evidenciar una muy baja relación.

La diferencia crucial ocurriría bajo los altos riesgos ambientales: Las valoraciones bajas de la salud, dejarían al adolescente vulnerable al mal uso del alcohol, mientras que una actitud positiva frente a la valoración de la salud, serviría como factor de resiliencia, ayudando al adolescente a rechazar las influencias sociales que llevan a un mal uso del alcohol y de diferentes sustancias. Jason y sus colegas han probado la habilidad de los hábitos de salud en relación con los factores de riesgo y las conductas de salud de los adolescentes relacionados. Como sea, no ha sido posible alcanzar una mirada precisa de los hábitos saludables y la amortiguación del impacto de riesgos de consumir bebidas alcohólicas, porque los hábitos saludables han sido combinados con otras variables. Estos estudios encontraron muy pequeña evidencia del rol preventivo para una orientación positiva hacia la salud. Dado que es prematuro rechazar el posible rol protector de los hábitos saludables, este estudio examinó un modelo preventivo para el inadecuado uso del alcohol en la adolescencia. (Simons 1998)

Entre otros puntos de vista, Klein, citado por Adolescencia y Drogadicción (2003) considera que hay niños que nacen con características psicológicas de origen constitucional diferentes, por ejemplo hay niños que nacen con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, que son más impulsivos y que tienen características diferentes a otros niños. Se está investigando las bases neuroquímicas de la conducta y ya se sabe por ejemplo, que el feto responde con alteraciones del ritmo cardiaco, succión del dedo y movimientos a situaciones de estrés de la madre. Podemos suponer entonces que a través de mensajes neuroquímicos se va plasmando una pauta de respuestas conductuales en germen, que después del nacimiento se expresarán en diferencias de

respuestas psicológicas entre un niño y otro frente a la ansiedad, el miedo, la frustración, entre otros.

Según una publicación de la OMS/OPS (1991) sede de Costa Rica, algunos patrones de comportamiento, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como conductas transgresoras o delictivas, son causas importantes de defunción e invalidez entre los adolescentes y son sintomáticas de situaciones críticas de vida, de patrones culturales, estilos de vida y condiciones sociales inapropiadas y de desajustes personales, los cuales son asociados a factores de riesgo para el adolescente. En tal sentido los factores de riesgo son un conjunto de factores que se relacionan con la probabilidad del consumo de drogas, el cual se constituye en un patrón comportamental de vulnerabilidad para el adolescente. Estos factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede producir el inicio del consumo, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de ellos en forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica.

Los factores de riesgo se modifican con el transcurrir del tiempo, al igual que los patrones comportamentales de consumo, estos se potencializan asociándose, fraccionándose o lográndose mantener; y son típicamente diferenciales de población a población, de individuo a individuo, de una época histórica a otra, e inclusive en el mismo individuo en etapas diferentes de su evolución.

Clasificación de las diferentes drogas

Para Trujillo (1985) Conocer los conceptos y la clasificación de las drogas nos permite entender mejor la problemática asociada. A continuación se hará una clasificación de las más conocidas.

1. Anabólicos esteroides

Los anabólicos esteroides, más precisamente anabólicos androgénicos esteroides, pertenecen al grupo de drogas ergogénicas, también llamadas drogas de performance.

Son sustancias sintéticas derivadas de la testosterona, una hormona natural masculina. "Anabólico" significa "constructor" o "fabricante", y "androgénico" significa "masculinizante", es decir que otorga características sexuales masculinas. Los esteroides derivan de las hormonas; a su vez, los anabólicos esteroides conforman un grupo dentro de estas drogas hormonales. Un hombre sano produce entre 2 y 10 miligramos de testosterona al día (las mujeres también la producen, pero en cantidades residuales). Las hormonas anabólicas ayudan al cuerpo a absorber las proteínas, propician el desarrollo muscular, óseo y de la piel. Las características androgénicas de la testosterona se relacionan con la masculinidad: durante la pubertad permite el desarrollo sexual masculino, el crecimiento capilar en el cuerpo y el agravamiento de la voz (Trujillo, 1985).

Algunos efectos son: dificultades respiratorias; dolor, hinchazón y edema (acumulación de líquidos) en articulaciones; aumento de presión arterial; aumento de posibilidades de lesiones en músculos, tendones y ligamentos; gran incremento del riesgo de contraer cáncer en diversas formas. Estos efectos son especialmente peligrosos en preadolescentes y adolescentes, ya que su utilización aún en dosis mínimas puede afectar irreversiblemente el crecimiento. Por ello, su prescripción médica es sumamente rara, reduciéndose a casos de enfermedades graves. Por otra parte, el factor de riesgo de caer en adicción a éstas y otras sustancias, desaconsejan su uso. La forma inyectable expone al contagio con el virus HIV (que produce el SIDA), además de otras enfermedades infectocontagiosas. Es un hecho que muchos adictos a sustancias inyectables no solo no utilizan agujas descartables, sino además comparten las agujas sin esterilizar. Los efectos de los anabólicos sobre la mente fueron objeto de investigaciones en la Universidad de Harvard, donde se demostró que provocan diferentes trastornos psicológicos como ser: depresión; extrema irritabilidad; incremento en la agresividad, llegando a agresiones físicas e incluso homicidios; celos paranoicos; sentimientos de invencibilidad; expresiones grandilocuentes; megalomanía. (Adicciones, 2001)

2. Heroína

Los efectos de la heroína y la morfina son similares. La principal diferencia es la mayor potencia de la heroína, ya que un gramo equivale a entre 1,80 y 2,66 de morfina en sulfato. La heroína (diacetilmorfina) es un opiáceo de gran intensidad que produce una mayor toxicidad neuropsíquica. Es sin duda alguna, una de las más peligrosas drogas, de mayor difusión y cuya dependencia más rápidamente se contrae (dos a tres semanas). Sus efectos se sienten a los 10 minutos del suministro, alcanzando el cenit a los 60, cesando a las 3 ó 4 horas. Estos efectos son muy distintos, según se la consuma por primera vez o habitualmente. En las primeras tomas el efecto psíquico es muy fuerte, pero se va reduciendo hasta ser desplazado por la necesidad física para combatir el síndrome de abstinencia. En un período de tiempo extremadamente corto, el adicto renuncia a otro tipo de vivencias y actividades, para dedicar su vida a la obtención y consumo del estupefaciente. Los adictos suelen consumirla mezclándola con otras sustancias, como cocaína, anfetaminas, cánnabis o benzodiacepinas. La mezcla tiene dos motivos: la adulteración por el traficante y la reducción de sus efectos, ya que la ingestión de heroína en estado de alta pureza puede causar la muerte. La mezcla o corte suele ser hecha con otras drogas como anfetaminas, o excipientes tales como yeso, talco, quinina y estricnina, sustancias que son fáciles de confundir con el elemento principal.

Pasividad y reducción de impulsos agresivos son consecuencias típicas del tóxico, pese a la acción euforizante que también posee. Tomada por vía nasal o fumada, la heroína tiene efectos similares a la morfina. Luego del efecto placentero de la droga sigue un estado de malestar generalizado (que no debe confundirse con el síndrome de abstinencia) que produce un descenso en picada con sentimientos de profunda depresión, que derivan en necesidad de una nueva toma. Ello comporta el riesgo de tomas sucesivas, que pueden llevar a la muerte por sobredosis, algo que que, además, es habitual entre los consumidores de esta sustancia. La dosis varía de 60 mg en personas sin tolerancia a 5 gr en quienes ya la poseen. El consumo regular de la droga conduce a la frigidez y la falta de potencia sexual. Además, provoca conductas homicidas y suicidas, así como implicaciones en accidentes. El toxicómano entra en una fase

degenerativa en la que no puede realizar razonamientos complejos teniendo escasa o nula capacidad de concentración. (Adicciones, 2001)

3. Cocaína

La cocaína es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto «*Erythroxylon coca*» siendo químicamente un derivado de la latropina. Es un estimulante cerebral extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas. Además, es un enérgico vasoconstrictor y anestésico local, siendo absorbido por las mucosas nasales cuando se la aspira, se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. Fue usada inicialmente para el tratamiento de trastornos respiratorios y depresivos. Por su efecto analgésico, se usó en intervenciones quirúrgicas. Posteriormente se empleó con fines militares por su efecto vigorizante y el componente de agresividad que otorga. A comienzos del Siglo XX comienza a consumirse por aspiración nasal. En esta época, eran desconocidos sus efectos perjudiciales por lo que estaba presente en las fórmulas de bebidas, jarabe contra la tos, lociones capilares y cigarrillos. En 1909 existían en EE.UU. más de 70 bebidas registradas con componentes de cocaína, lo que incrementó la producción en los países donde se cultivaba coca, fundamentalmente Perú. Los estudios del uso de cocaína comenzaron, con Freud. La cocaína es consumida por muy variados tipos de sujetos y motivos. Los consumidores ocasionales son sujetos con personalidades débiles e inestables que desarrollan una rápida dependencia psicológica. La adicción a la cocaína posee condicionantes que la desencadenan, que pueden ser el reforzamiento de una personalidad insegura, que recibe un apoyo en el estímulo del tóxico. En lugar de tratar este déficit patológico con antidepresivos o fármacos estabilizadores del estado de ánimo se recurre a una vía aparentemente rápida. Los adictos habituales presentan tolerancia y necesitan de mayores dosis para alcanzar iguales resultados. A esto puede llegarse por causas diversas, pero siempre relacionadas con factores familiares, sociales y ambientales determinantes. Dado que los efectos de la cocaína sobrepasan su punto álgido a los treinta minutos, el individuo precisa varias dosis durante el día para alcanzar cierta estabilidad emocional y evitar el efecto disfórico que la propia droga ocasiona luego de varias horas desde la ingesta.

Cocaína y desarrollo embrio-fetal

El uso de cocaína es altamente susceptible de producir daños irreparables en recién nacidos, cuyas madres mantuvieron su adicción durante el embarazo. Esto último hizo que algunos Estados de los EE.UU. obliguen a las adictas embarazadas a realizarse tratamientos forzosos con privación de libertad mientras dura el embarazo. Aún se desconoce la total extensión de los efectos de la exposición prenatal a la cocaína, pero los estudios indican que estos bebés nacen prematuramente e insuficientemente desarrollados: con menor peso, diámetro craneal inferior y menor longitud. La determinación exacta de las consecuencias para el recién nacido es compleja, y varía de acuerdo a la droga que fue consumida por la madre. Sumado a ello, se sabe estadísticamente que las madres adictas a la cocaína abusan de otra u otras sustancias. El cuadro se complica al considerar la cantidad y variedad de drogas consumidas, la falta de cuidados prenatales, el status socioeconómico, pobre alimentación, la exposición a enfermedades infectocontagiosas, otros problemas de salud, y muchos otros factores que intervienen directamente sobre la salud del feto y el recién nacido. Se ha descubierto que la exposición a la cocaína durante el desarrollo fetal puede provocar retrasos y otras deficiencias mentales, como así también imposibilidad de mantener la atención y la concentración por períodos de tiempo mínimos como para permitir el aprendizaje. A pesar que las modernas técnicas de tratamiento permiten una recuperación significativa, es un hecho que estas terapias son sólo paliativas, y no pueden tomarse como verdaderamente eficaces. (Adicciones, 2001)

4. Éxtasis o MDMA

Según Adicciones (2001) la metilendioximetanfetamina (MDMA) (también conocida como "éxtasis", "XTC", "tiza", "cristal", "X", etc.) es una droga sintética psicoactiva con propiedades alucinógenas de gran potencial emotivo y perturbador psicológico, con efectos similares a las anfetaminas. Es una droga peligrosa en extremo por sus propiedades neurotóxicas y alta adicción, afectando a diversas zonas del sistema nervioso central. Su producción se realiza en laboratorios clandestinos a partir de materias primas relativamente fáciles de conseguir. De color blanco, sin olor pero con sabor amargo, se presenta en forma de comprimidos, cápsulas o en polvo cristalino que

se disuelve en líquidos, pudiendo ser bebida, ingerida o inyectada. Sus consumidores son principalmente jóvenes adultos, que buscan en ella un estimulante que los lleva a bailar durante extensos períodos de tiempo (por ello se las suele denominar "disco-drogas", "club-drugs", "dance-drugs", etc.). Durante los años sesenta se utilizó con fines terapéuticos dado que según determinados sectores de la psiquiatría ayudaba a la comunicación y al tratamiento de neurosis fóbicas. Surgió entonces la polémica médico - legal, atribuyendo a su consumo repercusiones en la delincuencia, por lo que finalmente fue ilegalizado.

El éxtasis produce efectos síquicos de gran potencial perturbador, cuya duración fluctúa entre las 3 y las 6 horas desde su consumo. Inicialmente el sujeto experimenta sensaciones de confianza y excitación, a las que sigue un estado de hiperactividad e incremento en los pensamientos morbosos. Los efectos del estimulante se diluyen provocando trastornos psicológicos, confusión, problemas con el sueño (pesadillas, insomnio), pérdida de memoria, deseo incontenible de consumir nuevamente drogas, depresión, violencia, ansiedad grave, psicosis y paranoia. Estos efectos se presentan incluso luego de varias semanas del consumo. También se informaron casos graves de psicosis. Entre los síntomas físicos se citan: hiperpnea, taquicardia, anorexia, tensión y trastornos musculares similares a los presentes en la enfermedad de Parkinson, bruxismo, náuseas, visión borrosa, nistagmus, desmayos, escalofríos y sudoración excesiva, signo característico durante la intoxicación. Se ha comprobado que el aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial es causal de ataques cardíacos y otros trastornos cardiocirculatorios. Informes forenses indican que es causal de muerte súbita. La hiperactividad acarrea, además de los problemas cardíacos, hipertermia, deshidratación y fallas renales.

Esta es una de las sustancias mas utilizadas por los adolescentes hoy en día, los jóvenes utilizan diferentes presentaciones de esta droga (corazón, estrellas, entre otros) para lograr el estado deseado.

5. Cannabis Sativa – Hachis – Marihuana

El cannabis sativa es un arbusto silvestre que crece en zonas templadas y tropicales, pudiendo llegar una altura de seis metros, extrayéndose de su resina el

hachís. Su componente psicoactivo más relevante es el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), conteniendo la planta más de sesenta componentes relacionados. Se consume preferentemente fumada, aunque pueden realizarse infusiones, con efectos distintos. Un cigarrillo de marihuana puede contener 150 mg. de THC, y llegar hasta el doble si contiene aceite de hachís, lo cual según algunos autores puede llevar al síndrome de abstinencia si se consume entre 10 y 20 días. La tolerancia está acreditada, siendo cruzada cuando se consume conjuntamente con opiáceos y alcohol. Respecto a la dependencia, se considera primordialmente psíquica. Los síntomas característicos de la intoxicación son: ansiedad, irritabilidad, temblores, insomnios, muy similares a los de las benzodiazepinas.

Puede presentarse en distintas modalidades de consumo, sea en hojas que se fuman directamente, en resina del arbusto o en aceite desprendido de éste último. El color de la hoja va del verde amarillento al marrón oscuro según el lugar de procedencia. De la modalidad en que se presente la droga dependerá su denominación: "marihuana" es el nombre de las hojas del cáñamo desmenuzadas, que después de secarse y ser tratadas pueden fumarse (también es conocida como "hierba", "marijuana", "mariguana", "mota", etc.); su efecto es aproximadamente cinco veces menor que el del hachís. El nombre hachís (también conocido como "hashis") deriva de los terribles asesinos (hashiscins) árabes, que combatieran en las cruzadas entre los años 1090 y 1256. El hachís se obtiene de la inflorescencia del cáñamo hembra, sustancia resinosa que se presenta en forma de láminas compactas con un característico olor. La marihuana es la forma más frecuente, conteniendo de 0,3 a 3,5 % de THC; la concentración de THC llega al 10 % en el hachís, siendo su efecto diverso según factores como la velocidad con la que se fuma, la duración de la inhalación, cantidad inhalada, tiempo que el consumidor retiene la respiración después de inhalar y el estado anímico del sujeto. El consumo oral, tanto de marihuana como de hachís, implica efectos psicológicos similares a los expresados en la forma fumada pero de mayor intensidad y duración y con efectos nocivos potenciados.

Durante los años sesenta comienza el consumo casi masivo de esta sustancia así como de otros alucinógenos como LSD, peyote, etc. En el mundo de la música, conformado principalmente por adolescentes, y luego entre la burguesía intelectual

norteamericana cundió la moda de fumar marihuana y hachís, extendiéndose a Europa Occidental. El cánnabis fue un signo más del movimiento contracultural pretendiendo una nueva ideología dentro de la burguesía, basada en el pacifismo, el orientalismo, el amor libre y la vida en la naturaleza. Al principio el consumo afectó a estudiantes y clases altas y medias, para después extenderse por todos los estratos sociales, consumiéndose junto con alcohol y comenzando a crear problemas sanitarios. A pesar de ser una sustancia ilegal, su consumo continúa en aumento. Está probada la relación entre el consumo de esta droga y otras como alcohol, LSD, cocaína, anfetaminas y opiáceos, habiéndose probado su función en la escalada a drogas más peligrosas (Trujillo, 1985).

Las modalidades de marihuana disponibles a los jóvenes son más potentes que las que existían en la década del '60. Ello se debe a que los laboratorios clandestinos de los traficantes han conseguido realizar cambios a nivel genético en el cánnabis mediante sofisticados métodos de biotecnología, resultando en una mayor concentración de THC. La potencia de la droga se mide de acuerdo a la cantidad promedio de THC que se encuentra en las muestras de marihuana que confiscan las agencias policíacas. La marihuana común contiene un promedio de 3,5 % de THC. El hachís (resina gomosa de las flores de las plantas hembras) puede tener hasta 28 % de THC. El aceite de hachís, un líquido resinoso y espeso que se destila del hachís, tiene un promedio de 16 % de THC, pero puede llegar a tener hasta 43 %.

El THC afecta a las células del cerebro encargadas de la memoria. Eso hace que la persona tenga dificultad en recordar eventos recientes (como lo que sucedió hace algunos minutos), y dificulta el aprendizaje bajo influencia de la droga. Para que una persona pueda aprender y desempeñar tareas que requieren de más de dos pasos, es necesario que tenga una capacidad normal de memoria a corto plazo. Estudios recientes demuestran que la marihuana crea disfunciones mentales y disminución de la capacidad intelectual en las personas que la fuman mucho y por muchos años. En un grupo de fumadores crónicos en Costa Rica, se encontró que los sujetos tenían mucha dificultad en recordar una corta lista de palabras (que es una prueba básica de memoria). Las personas en el estudio también tuvieron gran dificultad en prestar atención a las pruebas que se les presentaron.

Es posible que la marihuana destruya las células de ciertas regiones especializadas del cerebro. En estudios científicos se observó que al someter a las ratas de laboratorio jóvenes al THC, presentaron pérdida de células cerebrales similares a las que se encuentran entre los animales viejos.

Existen serias preocupaciones por sus efectos a largo plazo sobre la salud. Exámenes hechos sobre 450 fumadores diarios de marihuana (que no fumaban tabaco) indican que en comparación con otras personas no fumadoras, dichas personas tenían más ausencias de trabajo por enfermedad y más visitas médicas por problemas respiratorios y otras enfermedades. Los resultados muestran que el uso regular de la marihuana o del THC son factores que provocan cáncer y problemas en los sistemas respiratorio, inmunológico y reproductivo. (Simons 1998)

CONCLUSION

Los factores de riesgo de drogadicción en la etapa de la adolescencia son de carácter biopsicosocial. Las causas adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo. Su etiología no lineal, multifactorial hace difícil comprenderla con una visión lineal o simplista de causa – efecto.

Muchos factores como biológicos, genéticos, psicológicos y de personalidad, socio-culturales y familiares se unen en una interacción produciendo primero la predisposición y luego la exposición al factor desencadenante, que podría ser muy probablemente una sustancia psicoactiva. Los comportamientos de riesgo en adolescentes estarían pues relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social, se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún sentido, parte de un

proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los individuos se ubican en un medio social determinado, por lo general el adolescente se encuentra involucrado en más de un comportamiento de riesgo.

REFERENCIAS

Adicciones, (2001). <http://www.monografias.com/trabajos12/adicci/adicci.shtml>

Adolescencia y Drogadicción (2003). Un enfoque de la prevención escolar.

http://alipso.com/monografias/adolescencia_y_drogadiccion

Alvarado S. (2003). *La adicción es una enfermedad del cerebro*. www. adicciones.org

American academy of child and adolescent psychiatry (2004). *LOS*

ADOLESCENTES: El alcohol y otras drogas No. 3.

<http://www.aacap.org/publications/apntsFam/teendrug.htm>

Castro G. (1988). *El libro Rojo*. Bogotá, Ed Presencia

Dishion T. (2002). *A Longitudinal Analysis of Friendships and Substance Use: Bidirectional Influence From Adolescence to Adulthood* American Psychological Association pp. 480-491.

Donayre, M. (2001), *Estudio Comparativo de factores de consumo y no consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.*

<http://www.monografias.com/trabajos14/alcotabaq/alcotabaq.shtml>

Fernández, M. (1998) *La adolescencia como problema.* En Tesis: La adolescencia en tanto encuentro con la muerte. Universidad de Costa Rica.

Forero A. (1980). *Sangre En La Pantalla.* Ed. El Tiempo. Bogota Colombia.

Loukas A. (2003). *Developmental Trajectories of Disruptive Behavior Problems Among Sons of Alcoholics: Effects of Parent Psychopathology, Family Conflict, and Child Undercontrol.* American Psychological Association ISSN: 0021843X pp. 119-131

Martin Memorial health system,(2004). *Riesgos asociados con el uso de drogas ilegales durante el embarazo* <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/hrpregnant/predrug.htm>

Menéndez B (2000). *Adolescencia: La crisis necesaria* .<http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm>

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information sigla en inglés es NCADI (2004)., <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/hrpregnant/predrug.htm>

Pacheco, M (2002). *Drogadicción.* www.net-university.com.ar.

Quirós José R. y Olmos G. (2003). Asturias opina.

<http://www.revistafusion.com/asturias/2003/mayo/debate116.htm>, SUPLEMENTO
ASTURIAS - MAYO 2003.

Reifman A. (2001). *Health Values Buffer Social-Environmental Risks for Adolescent Alcohol Misuse*. Educational Publishing Foundation ISSN: 0893164X pp. 249-251
Department of Sociology, University at Buffalo, State University of New York.

Revista Consumer *La edad del pavo "Una etapa desconcertante para padres e hijos"*
(2000). No. 38. <http://revista.consumer.es/web/es/20001101/interiormente/>

Revista Latinoamericana de Psicología (2001). *Hijos de padres alcohólicos: su ansiedad en comparación con hijos de padres no alcohólicos*. Vol. 33 Numero1 pp. 53.

Revista Latinoamericana de Psicología (1998) *El consumo de tabaco entre los jóvenes de los países industrializados se ha visto influenciado por las diferentes tendencias sociales promovidas por los medios masivos*. vol 30 N1 pg46

Simons J. (1998), Factor Marijuana Motives Measure: Relations With Use, Problems, and Alcohol Motives: *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 45 (3), pp. 265-273
Syracuse University.

Trujillo, Luis (1985). *El Regreso del Infierno*. Bogota, Colombia. Editorial Solar.

Umbert, G. (2000). *Adolescencia*. <http://www.psicologiapopular.com/adolescencia.htm>

University at Buffalo, State University of New York (2004): *Emotional and Behavioral Problems of Children Living With Drug-Abusing Fathers: Comparisons With Children Living With Alcohol-Abusing and Non-Substance-Abusing Fathers* : [Journal of Family Psychology](#). Vol. 18 (2) 319-330