



Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes

Alfredo Espinosa Morett,* Beatriz Anzures López**

RESUMEN

En este trabajo se exploran algunos aspectos acerca de tres problemas sociales importantes en la patología del niño y del adolescente: suicidio, homicidio y drogadicción, enfocados desde la óptica del pediatra. Se trata de enfatizar, especialmente, aquellas circunstancias que rodean a estos pacientes y a sus familias en las cuales el pediatra, como médico de primer contacto, puede contribuir a detectar la patología, alertar tanto al paciente como a quienes lo rodean acerca de las probables consecuencias de los actos u omisiones de quienes presentan esta patología y, sobre todo, ayudar a prevenir situaciones dolorosas en el presente inmediato, así como en el futuro. Se concluye que la interacción entre la ciencia médica, las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales es indisoluble, que todas ellas se enriquecen entre sí y, lo más importante, el pediatra no puede permanecer ajeno ni marginarse en el estudio de estas entidades nosológicas.

Palabras clave: Suicidio, homicidio, drogadicción, niños, adolescentes.

ABSTRACT

This paper intends to summarize some relevant issues concerning suicide, homicide and drug consumption in children and adolescents, from the point of view of pediatric practice. The main intention is to pretend avoid the unnecessary painful and stressful consequences of this acting-out attitudes of children and adolescents through preventive measures derived from positive of the pediatrician in charge these patients. The medical knowledge is thightly joined to the social and psychological sciences. All of them, together, are implicated in the fight of these primarily preventable conditions.

Key words: Suicide, homicide, drug-addiction, children, adolescents

INTRODUCCIÓN

El pediatra debe estar pendiente del proceso integral del crecimiento y desarrollo, tanto desde el punto de vista físico (pondoestatural), como psico-sexual, cultural, social, emocional, etcétera. De aquí se entiende el porqué del interés de tratar un tema como el presente: "Suicidio homicidio y drogadicción en niños y adolescentes" ya que no podemos, como médicos de niños, mantenernos al margen de los problemas que les afectan en todas las esferas del mundo que les rodea.

Tal vez fuera más fácil dejar pasar los problemas, o minimizarlos, o de plano hasta negarlos. Al fin y al cabo, podría especularse, la función médica no tiene por qué confundirse con la psicoterapia. Intentaremos dejar claro, en los siguientes renglones, que parte importante en la prevención de los graves trastornos emocionales que pueden conducir a un desenlace fatal como puede ser la muerte —provocada o autoinfligida— por el sujeto de manera abrupta, o lenta, insensible pero segura, a través de las drogas, corre a cargo del pediatra.

SUICIDIO

La base del crimen cometido contra el propio sujeto, el suicidio, es la depresión, conocida desde siempre, pero cada vez más en la vida de los

* Servicio de Medicina. Unidad de Pediatría. Hospital General de México (HGM). O.D.

** Unidad de Pediatría. HGM.

seres humanos. Importa destacar el hecho de que la depresión puede encontrarse desde etapas tan tempranas de la vida como la lactancia. Experiencias clásicas de principios de la década de los 40, de René Spitz¹ definen el cuadro que denominó "depresión anaclítica", manifiesta en los bebés "institucionalizados", carentes de estímulos afectivos y de una interacción afectiva con la madre o su figura sustituta. La depresión puede hallarse presente y perseguir al sujeto a través de toda su vida.

Se conoce el hecho de que afecta más a las niñas que a los niños y de que parece existir una base genética en su etiología,² lo mismo que en la dependencia farmacológica, muy señaladamente en el alcoholismo.³ La serotonina y la norepinefrina se consideran marcadores genéticos importantes en la depresión, ya que se ha demostrado que existen niveles significativamente menores de estos neurotransmisores en pacientes afectados por este trastorno a edades tempranas.⁴

Esta sería la visión "organicista" de la depresión, la cual puede visualizarse también desde el punto de vista psicodinámico, como secuela de sentimientos de pérdida, fundamentalmente de la autoestima⁵ que se experimentan en etapas tempranas del desarrollo psicosexual.

Importa destacar la naturaleza por demás mutante de los signos y síntomas que acompañan a la depresión. No hay un cuadro "universal" de la misma; puede hacerse patente de un modo sutil, prácticamente inaparente, o aparecer "de novo" en forma aparatosa con algo tan grave como la pérdida de la vida misma.

En el paciente pequeño, en la etapa de lactancia, podría sospecharse a partir de una actitud de indiferencia, de carencia de respuesta ante las manifestaciones de estímulo que se le prodigan: anorexia, rechazo al alimento, vómito, llanto al parecer sin motivo, irritabilidad o apatía. En el niño mayor, o preescolar, la depresión se puede sospechar por actitudes más señaladas en ese sentido: facies de tristeza, crisis de llanto, aislamiento de los compañeros de juego, trastornos del sueño y del apetito. En los adolescentes, además de hallarse todos estos signos, particularmente las manifestaciones vegetativas, se presentan: fatiga crónica, pérdida de interés en relaciones sexuales y aparecen ideas y manifestaciones de conducta suicida.⁶

La duración de un episodio depresivo es sumamente variable, desde días hasta meses o años, con tendencia a la remisión, en raras ocasiones es-

pontánea, y con reaparición en cualquier momento, dependiendo básicamente de las causas que le dieron origen.

Existen varias pruebas o "test" que pueden emplearse en el diagnóstico de un episodio depresivo en niños mayores y adolescentes;⁶ sin embargo, ninguna de ellas sustituye a la intuición del clínico interesado profundamente en su paciente. Un elemento indispensable, como en todo proceso mórbido, es la elaboración de una historia clínica cuidadosa, que incluya el averiguar los antecedentes familiares, tanto de episodios depresivos como de otros trastornos emocionales, no dejando de investigar antecedentes de suicidio en la familia, en amigos o conocidos del paciente.

Los niños mayores y los adolescentes tienden a visualizar el suicidio como una "solución" a sus problemas existenciales. Cálculos conservadores, provenientes de los Estados Unidos⁷ señalan que entre los adolescentes aparentemente sanos, es decir, sin un trastorno psicológico o psiquiátrico relevante (ni siquiera aparente), existe una tasa de ideación suicida tan alta como del 9 al 18% y que de 1 a 1.5% pueden realmente llegar a intentar suicidarse. Quienes llegan a matarse son, afortunadamente, los menos, calculándose entre 1.1 a 1.6 por 100,000 de los que amenazan hacerlo.

Todos los estudios^{8,9} apuntan a un hecho fundamental: las niñas amenazan e inclusive intentan suicidarse más que los niños, pero los varones lo cumplen fatalmente más veces que las mujeres; con relación hasta de 2 a 1 o más. La edad en la que se presenta el mayor número de suicidios consumados es entre los 15 y 19 años.

Hacemos relación a datos ajenos. No tenemos conocimiento de cifras exactas en nuestro medio, pero lo que sí es un hecho es que la muerte por "causas violentas y accidentales" ocupa el primer sitio en nuestras estadísticas vitales durante la adolescencia y que esta situación, además de venirse repitiendo desde hace varios lustros, se encuentra en números ascendentes.¹⁰

Existen innumerables condiciones socioculturales que afectan la decisión individual de privarse de la existencia, tanto a los niños como a los adolescentes, por lo que resulta muy difícil, si no imposible, poder detectar con certeza entre quien solamente amenaza con suicidarse y quien de verdad desea firmemente terminar con su vida. En todo caso, importa siempre tomar en serio cualquier suicida o cualquier acto que implique, aunque no sea explícitamente, la intención de suicidarse.

Algunas de las condiciones que deben tomarse en cuenta en el paciente potencialmente suicida son: edad, estado general de salud, capacidad intelectual, condición socioeconómica, relaciones interfamiliares, problemas psiquiátricos, uso y/o abuso de sustancias psicotrópicas, etcétera.

Un rasgo prominente entre los niños y adolescentes que se llegan a suicidar, en especial entre estos últimos, es una manifiesta preocupación por aspectos (en ocasiones considerados esotéricos entre sus familiares) acerca de principios en relación con la vida y la muerte; con el "más allá"; con toma de posiciones filosóficas maniqueístas: las personas en lo individual, o los grupos humanos o las corrientes de pensamiento, distribuidos drásticamente en dos vertientes: o totalmente buenas o totalmente malas.¹¹

Existe también, de manera llamativa, un sentimiento general como de desesperanza, de carencia de posibilidades de encontrar solución a problemas reales o imaginarios que afectan al paciente y de ideas o sentimientos de ira acumulados, ya sea en contra de sí mismos (lo que puede dar a lugar a manifestaciones clínicas de tipo neurovegetativo), como de rencor hacia los demás, especialmente las figuras parentales, a quienes se desea "castigar" mediante el acto supremo de privarse de la vida.

El método implicado para suicidarse varía en razón de las circunstancias que rodean al momento elegido para llevar a cabo el acto; si éste fue producto de una decisión abrupta o si fue meditado por algún tiempo.¹¹ Para el adolescente, en particular, interesa rodear el escenario de la mayor "teatralidad", para causar una impresión mientras más alta, mejor, de acuerdo con su fin inmediato, de provocar la mayor carga de culpa a quienes lo rodean. Los varones por lo general, seleccionan métodos más cruentos y seguros para lograr su propósito: disparo de arma de fuego, colgarse, etcétera. Las mujeres se inclinan más por acciones menos violentas: ingestión de fármacos, aspiración de monóxido de carbono, etcétera.⁹

Los niños, en general, a partir de la edad escolar, en cuanto se vuelven conscientes del fenómeno de la vida y de la muerte, cuando saben de la pérdida de la existencia a través de la muerte de algún familiar o amigo, o del fallecimiento de un animal mascota, son capaces de saber, con extraordinaria precisión, de lo que se trata cuando se habla de la palabra suicidio.⁶ La diferencia entre los niños y los adolescentes estriba en la congruencia entre este

conocimiento, unido a la fantasía y la elección del método para conseguir su objetivo.⁵

En relación con las tres entidades objeto de esta comunicación, existe el común denominador de la importancia del ejercicio de la medicina preventiva, ya que desgraciadamente no puede ofrecerse nada curativo al paciente que logró su objeto suicida, como no sea el confortar a sus seres ¿queridos?

Líneas arriba señalábamos la importancia de no menospreciar cualquier acto, por pequeño que parezca, que sugiera conducta autoagresiva, empezando por no hacer mofa del mismo, lo que debe interpretarse con la mayor seriedad y concedérsele una gran importancia, aunque parezca (por lo menos inicialmente) ceder a una forma de chantaje, que seguramente implica depresión, de mayor o menor profundidad.

El pediatra suele ser el primer médico a quien los familiares recurren ante un intento de suicidio, ya que es quien se encuentra (en términos generales o ideales) más cerca del paciente y de quienes le rodean. La valoración inicial debe llevarse a cabo con sutileza, a fin de indagar en todas las posibles causas que orillen al niño o adolescente a tomar decisión, así como expresar profundo interés, respeto y afecto por la persona. Intencionalmente, empleamos el término sutileza por lo que significa de indagación cuidadosa y fina, sin herir mayormente susceptibilidades ya de por sí lastimadas.

Es muy importante definir si en verdad se trata de auténtica autoagresión, de ideación suicida o de un intento suicida fallido y distinguir entre cualquiera de estas posibilidades o de maltrato físico, en particular en niños (mientras más pequeños con mayor razón) que pudiera tratar de hacerse pasar como accidente autoinducido, cuando en realidad se trate de un intento, no de suicidio sino de asesinato.¹² Opera aquí, de manera sobresaliente, la agudeza y el juicio clínico.

Aunque profundizar en los laberintos de la muerte humana escapa del campo de preparación específica del médico de niños, no puede éste eludir su deber de indagar, lo más dentro que sea posible, sobre el ámbito de las relaciones interpersonales en la familia, sobre los antecedentes del desarrollo emocional del paciente y, en particular, sobre la índole de sus sentimientos más profundos, en lo que corresponde a celos, culpas, rencores, resentimientos, frustraciones, amargura, deseos de venganza, etcétera.

Posiblemente, el manejo a largo plazo del paciente debe corresponder al especialista en salud

mental, sea éste psicólogo, psiquiatra o psicoanalista; pero las primeras acciones, particularmente la detección sagaz y oportuna del problema y la referencia con el especialista (que son acciones clave en el buen pronóstico del problema), recaen sin duda alguna en el pediatra.⁶

Importa también descartar el empleo de drogas psicoactivas y la existencia o no de daño cerebral.⁶ Como medida precautoria podría convenir la hospitalización del paciente, para vigilancia continua durante las horas críticas después del intento frustrado y para cubrir la eventual posibilidad de que se trate de un maltrato en su forma extrema: síndrome de Munchausen,¹³ que puede incluso documentarse filmado con cámaras de televisión ocultas.

Una vez resuelta la condición de urgencia inicial, el pediatra debe mantener una actitud de vigilancia cercana, aunando a su capacidad diagnóstica su mayor simpatía, tanto hacia el paciente como hacia su familia, tratando de influir, en la medida que su posición privilegiada como médico de confianza de la familia le permitan, para constatar que la dinámica familiar alterada se mejore en la medida de lo posible y que el paciente encuentre de nuevo paz interior que le permita retornar a sus actividades y a su vida "normal".

HOMICIDIO

La agresión pareciera ser una constante en la historia de la humanidad. Seguramente que el primer caso documentado en la literatura universal, en la publicación, por cierto, mayormente editada en el mundo, *La Biblia*, corresponde al asesinato de Abel por manos de su hermano Caín, lo que ha convertido a esta figura en paradigma de la maldad, la perversidad, la envidia y cualquier cantidad de estigmas que se les asemejen.

Estudios etológicos comparativos, uno de los cuales es particularmente interesante,¹⁴ sugieren que aunque la conducta agresiva es propia del reino animal, ésta se exhibe sólo bajo condiciones particulares, entre las que se distinguen el hambre y el celo. En el ser humano, por lo contrario, parece ser que la agresión es, además de una conducta instintiva condicionada biológicamente, con núcleos cerebrales bien identificados, responsables de su disparo y contención, una condición adquirida a través del contacto continuo con la observación de actitudes y acciones provocadoras de violencia.¹⁵

El "progreso" ha traído aparejado la pérdida de valores antaño considerados en gran estima por la

sociedad. Baste citar la prácticamente abandonada teoría de la familia como célula social básica y de los lazos familiares como condicionantes y propiciatorios de la felicidad individual y de los grupos de individualismo; la lucha feroz por la supervivencia en las sociedades cada vez más competitivas y tecnificadas, etcétera.¹⁶

En todo el mundo (significativamente más en los países "subdesarrollados"), los varones son orientados, desde muy temprano en su desarrollo, por consignas "machistas" que celebran el triunfo de la fuerza por sobre la razón.¹⁴ En todas partes los más fuertes arrasan los derechos de los más débiles y la permanente actitud agresiva termina por avasallar al inferior, física o socialmente hablando.

Existen ciertos individuos (niños o adolescentes) que nacen con una carga agresiva mayor que sus congéneres, lo que eventualmente puede deberse a determinados trastornos neurológicos, como es el caso destacado de aquellos que padecen secuelas por daño cerebral orgánico secundario a hipoxia perinatal,¹⁷ pero son ciertamente los menos.

La mayoría de quienes llevan su conducta agresiva a niveles superlativos, al grado de ocasionar conscientemente, en forma propositiva, la muerte de otro ser humano (niño o adulto) se pueden considerar, desde el punto de vista neurológico, como "normales", aunque su conducta se aleje ciertamente en gran medida de aquello que, teóricamente, puede considerarse sano.

La muerte por "causas violentas y accidentes" ocupa el primer rubro como causa de fallecimiento en los adolescentes, tanto de nuestro país como en otros económicamente mejor ubicados.¹⁷ En esta comunicación no haremos referencia a aquellos pacientes (niños o adolescentes) que mueren o provocan a otros la muerte por causa violenta pero accidental (en el sentido de casual, no inducida), sino de quienes, propositiva, intencionalmente, ocasionan la muerte de otro semejante.

Por desgracia, esto no es un hecho ocasional, aislado, raro, producto de circunstancias especiales, ocasionado por la pobreza, la privación social, el abandono, etcétera. Cada vez más las "planas rojas" de los periódicos (a los que habría de acudir como referencia bibliográfica) dan cuenta de actos violentos en los que se ven incriminados niños y/o adolescentes. Esto pareciera estarse convirtiendo en una verdadera epidemia particularmente agravada por el empleo de armas de fuego, no sólo en las grandes ciudades y limitada al lumpen marginado, sino que afecta a todas las comunida-

des.¹⁷ (Casualmente, al redactarse estas líneas, aparecen en el diario *Reforma* el día de hoy (21 de abril de 1999, página 24-A) la crónica de dos adolescentes que mataron a 25 compañeros y dejaron heridos a otros 19 en Denver, Colorado, Estados Unidos, y rememora otros ocho episodios semejantes en el curso de los últimos dos años.

Pero no deberíamos darnos por sorprendidos si la evidencia es abrumadora en el sentido de la relación causa-efecto entre la violencia que los niños y adolescentes absorben cada día de los medios de comunicación y la agresión que se observa en la vida real. Una comunicación oficial del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos del año 1982 establece lo siguiente:¹⁸ (textual) ... "Después de más de 10 años de investigación, el consenso de la comunidad científica abocado al estudio de la agresión confirma que la violencia emanada de la televisión da lugar a conducta agresiva en los niños y adolescentes que observan los programas"... Esta conclusión se basa en experimentos de laboratorio y en estudios de campo. No todos los niños y adolescentes se tornan agresivos, desde luego, pero la correlación entre violencia y agresión es indudable. La violencia televisiva se relaciona estrechamente con la conducta agresiva cuando se le considera como el único parámetro medible de los cambios observados alrededor del niño o adolescente.

Además de observar la violencia, los niños o adolescentes pueden aprender actitudes violentas en la familia o en la sociedad que les rodea o, peor aún, ser víctimas de la misma.¹⁹ En todo caso de abuso físico se puede constatar una historia de abuso, de manera que aquí se puede rememorar aquella sentencia Freudiana de la "compulsión a la repetición".²⁰ Una vez que la violencia se aprende, ésta marca la vida del sujeto por toda su existencia y resulta sumamente difícil, si no imposible, descartarla de sus actitudes posteriores.

Unas cuantas cifras, recientes, revelan la magnitud del problema a que venimos haciendo referencia.^{21,22,23} El promedio de horas que los jóvenes dedican a ver la televisión (cifras de los Estados Unidos, pero que seguramente son muy cercanas a las nuestras) es de 16 a 18 horas por semana, empezando con esta verdadera "adicción" tan temprano como desde los dos años de edad. Si además de ver programas de televisión se agrega el tiempo que los niños pasan frente al aparato usando la "videocasetera" o los "videojuegos", fácilmente se llega a prolongar este tiempo hasta las 35 a 55 horas semanales.

El punto importante es ¿qué ven los niños por la televisión?: sexo y violencia a pasto. En promedio, los jóvenes contemplan un mínimo de 100,000 actos de violencia por año²⁴ y un cálculo conservador²⁵ señala que el 61% de los programas llamados "infantiles", aun los aparentemente más inofensivos, como las "caricaturas", poseen un contenido violento, abierto o implícito, con escenas de interacción sangrienta que involucran empleo de armas de fuego hasta en un 26%.

Con respecto al contenido sexual, conservadoramente se calcula también que los niños y adolescentes contemplan un promedio de 15,000 escenas eróticas al año,²⁶ sin contar referencias indirectas como chistes sexuales, juegos de palabras, etcétera. La gran mayoría de los adolescentes y niños mayores confiesan haber visto más de una vez el canal "erótico" de la televisión;²⁷ así, la relación entre embarazo no deseado en jóvenes y la contemplación de videos con alto contenido sexual es explícita.

Por todo lo anterior, creemos que esta conexión entre la violencia que se pregona en los medios de comunicación masiva y la violencia observada en la vida real es el tipo causa-efecto, por un lado facilitando la conducta antisocial y, al mismo tiempo, por el otro, disminuyendo la percepción de la maldad implícita en el acto agresivo, a través del efecto "anestésico" de la conciencia por la continua observación de la exaltación de los falsos valores. La "glamorización" de las armas de fuego es un claro ejemplo de ello. En los Estados Unidos se calcula que el 26% de las interacciones violentas observadas en la televisión está mediada por el empleo de pistolas.²⁵ Si esta cifra se correlaciona con que cada 17 segundos se comete un crimen violento en ese país cabe la sospecha, por demás legítima...

DROGADICCIÓN

El empleo de sustancias psicoactivas es casi tan antiguo como la misma humanidad, baste con recordar la importancia y la influencia del alcohol en las diferentes culturas, con propósitos tanto "sociales" como "rituales".

Nadie está exento, de recibir el impacto de la publicidad masiva en la vida moderna; desde la desplegada por carteles en la vía pública, como la repetida por radio acompañada de canciones ("Jingles", en término de la literatura publicitaria, adaptada toda ella a los modernismos anglosajones) tonadillas pegajosas destinadas a adherirse como lapas a la mente de los consumidores; al igual que desplega-

dos en los periódicos y revistas, así como espectaculares comerciales en la televisión. Todo invita a la masificación, a la despersonalización, a la subcultura del agrado, a la glorificación de la mediocridad...

En medio de todo este verdadero caos social, de la pérdida de valores humanos en aras de la sacralización del "vellocino de oro" del tener y del *status*, los jóvenes son las principales víctimas. Una manera de evadir esta dolorosa realidad, entre lo que se es y lo que se supone que debería de ser, es acudir al auxilio de sustancias con acción en el sistema nervioso central que, de alguna manera, adormezcan la conciencia de la doliente certeza del no ser: no ser tan rico(a), no ser tan guapo(a), no ser tan popular, etcétera.

Además de los factores sociales apenas esbozados, debe tomarse en cuenta la "permissividad" de las autoridades, que no puede suponerse menos que coludidas con los enormes intereses creados alrededor del gran negocio que representa la venta de sustancias psicoactivas de aspecto "inofensivo", como el tabaco y el alcohol;²⁸ la presión de las empresas productoras (ejercida sin embozo alguno a través de la publicidad); la moda, de la cual los adolescentes son sus principales víctimas, la disponibilidad y su fácil acceso.

Deben de tomarse en consideración factores de tipo familiar en cuanto toca al mencionado factor hereditario,²⁹ ya que parece existir un consenso universal en el sentido de considerar al alcoholismo como un padecimiento "hereditario, progresivo y mortal" pero agravado, definitivamente por la contemplación del ejemplo que representa el patrón de alcoholismo familiar y la absurda concepción de que el consumir alcohol es un requisito para sentirse "alegre", "comunicativo", "simpático", etcétera.

Lo mismo se puede decir acerca del tabaquismo. Si un pequeño contempla que uno de sus progenitores (o ambos) fuma ¿qué puede haber de malo en ello? Peor aun si el fumador es una figura, como la parental, con influencia decisiva en su existencia, como puede ser un maestro, o lo que es todavía más deplorable, un médico...

Consumir drogas puede ser el pretexto para evadir una situación familiar desastrosa o para "no pensar" en unos padres autoritarios y violentos, para no deplorar la ausencia (física o emocional) de algún progenitor, para no sufrir por comparaciones desfavorables con los hermanos, etcétera.³⁰ La familia, como se verá más adelante, que puede y debe ser la principal barrera contra el acecho de las drogas, puede en ocasiones ser exactamente lo contrario, la causa directa de la génesis de la farmacodependencia.

Sin embargo, los factores causales más importantes son los factores individuales entre la inmensa variedad de los cuales cabría señalar^{5,31,32} la experiencia de condiciones negativas y frustrantes de manera repetitiva, como puede ser destacadamente el abandono.

Los niños "de la calle" que crecen sin guía y sin freno, que carecen por completo de una escala de valores, de una mínima orientación que les permita distinguir entre lo bueno y lo malo, lo saludable y lo enfermizo, etcétera. A lo anterior habría que agregar la baja autoestima y la pobre capacidad de decisión producto en muchas ocasiones de daño orgánico cerebral iniciado por la desnutrición «*in utero*» mantenido a través del tiempo y agravado, como para cerrar el círculo vicioso "desnutrición-enfermedad; enfermedad-desnutrición", por el deterioro neuronal a que conducen los psicotrópicos más agresivos del tipo de los inhalantes.

En la gran mayoría de los niños y adolescentes que se inician en el consumo de drogas cuenta mucho de manera decisiva la presión social que ejerce el grupo etario al que pertenecen.³³ Parecería como una necesidad vital la aceptación del grupo de iguales y, cuando en el grupo se considera que fumar o beber o consumir inhalantes o cualquier otra droga es parte esencial, es un valor fundamental del ser (no se es "hombre" o "mujer" si no se droga); la caída en el consumo no es más que una consecuencia inevitable del tránsito por la comunidad, como símbolo de "madurez"...

En cuanto se refiere al consumo de cada agente psicoactivo, en lo particular, las estadísticas varían de un país a otro.^{34,35} Incluso dentro de una misma ciudad, las drogas pueden consumirse de manera diferente, dependiendo tanto de su accesibilidad como de su precio, que son las dos razones fundamentales de las que depende el consumo.

Todos los números que se manejan son necesariamente especulativos. La realidad (tratándose de sustancias ilícitas) es que lo que se diga está en función del interés de quien lo pregona: las autoridades siempre tenderán a minimizar el problema, mientras que la sociedad civil tenderá a magnificarlas en aras de recabar mayor atención.

Si se considera "droga" a cualquier sustancia con actividad sobre el sistema nervioso central,³⁶ no puede dejar de considerarse al tabaco, aunque existen poderosos intereses que intentan hacer creer que la nicotina (una de las más de 4,000 sustancias contenidas en un cigarrillo) no es un psicoestimulante. El hábito de fumar se adquiere, funda-

mentalmente, en la juventud temprana. Tanto es así que se cree que quien llega a cumplir 21 años de edad y no fuma, no lo hará posteriormente.³⁷ Parece ser una tendencia universal el que los adultos cada vez fuman menos y los jóvenes más, lo mismo que hay cada vez mayor número de fumadoras (mujeres) que de fumadores.

El fumar (tabaco) se correlaciona de cerca con el consumir alcohol.³⁸ Las cifras a este respecto varían tanto como del 69 al 93%. En algunas estadísticas se señala que el tomar alcohol, al grado de la embriaguez, aunque sea ocasional, puede afectar hasta al 80 a 90% de la población entre 15 y 19 años y que son tomadores consuetudinarios (al grado de beber todos los días) hasta el 5% de la población joven en los Estados Unidos.³⁹

El consumo de otras drogas consideradas "mayores", como la marihuana, ha experimentado una curiosa declinación en sociedades industrializadas, consideradas "avanzadas", en contraste con lo que sucede en los países del llamado Tercer Mundo. El porqué de este fenómeno pareciera radicar en una disminución considerable del precio y la preferencia, en las sociedades ricas, por otras drogas más caras y por tanto "mejores".⁴⁰ El efecto más importante del empleo cotidiano de la marihuana (aunque debería mejor decirse de las mariguanas, ya que existe más de una forma de cannabis) es su devastación en la motivación individual; el llamado efecto "amotivacional" que conduce de manera directa al desgano, al descuido, a la carencia de estímulo vital. El porqué se presente este efecto es aún causa de controversia.⁴¹

Hacer mención a otras drogas como metanfetaminas, cocaína, crack, etcétera, rebasa con mucho las pretensiones de esta comunicación, básicamente porque se trata de presentar sólo un esbozo general de esta problemática en nuestro medio y porque su consumo muestra cifras todavía menos alarmantes que aquellas a las que hemos hecho mención: inhalantes, tabaco, alcohol y marihuana que representan, con mucho, las mayormente usadas en nuestro medio.

Lo que cuenta en realidad, para el pediatra, al igual que para la familia, no es lo que las estadísticas señalen, sino el efecto de los psicofármacos sobre el individuo, lo que depende de varias circunstancias, entre las que se puede señalar¹⁰ el agente empleado (no es lo mismo tabaco que alcohol o marihuana); la dosis consumida (que generalmente tiende a incrementarse); el tiempo de uso; la frecuencia del consumo; el contexto en el que se

consume (no es lo mismo a solas que en grupo o en clubes nocturnos, en la escuela, en la calle, etcétera); el estado de ánimo al momento de consumirla y después de llevarlo a cabo; las expectativas que se tienen con respecto a la sustancia; el objeto que se persigue, etcétera. La lista podría alargarse, pero lo importante es tomar consciencia de todo este universo alrededor del paciente.

Como todo, en medicina, un aspecto fundamental es el diagnóstico, lo que implica que el médico esté alerta ante la posibilidad de descubrir signos o síntomas, en el niño o joven, que puedan delatar el consumo de psicofármacos, no con objeto de fiscalizar o emitir juicios de valor, sino de ayudar, tanto al paciente como a su familia a salir triunfantes del problema. Debe actuarse con particular cautela ya que la sospecha inicial, en ocasiones totalmente subjetiva, puede resultar en una falsa apreciación, además de ofensiva para el muchacho o la muchacha, de consecuencias negativas en su vida futura. Ahondar en datos sospechosos debe, por tanto, ser llevado adelante con extremo cuidado. Señales de alarma o avisos en este sentido pueden ser^{10,17} problemas de coordinación psicomotora, discurso incoherente, lenguaje dificultoso (como "arrastrar" la lengua); olvidos cada vez más frecuentes; pérdida de la concentración, que aunada a la memoria conducen, irremediablemente, a fracaso escolar; conjuntivitis crónica; lagrimeo, ftofobia; midriasis pupilar, cambios de conducta súbitos e inesperados; conducta antisocial: agresividad, mentiras, robos, hostilidad; pérdida del interés por relaciones sociales, etcétera. El horizonte clínico es muy amplio; sin embargo, facilita mucho el diagnóstico, además de pensar en él, la asociación que casi inevitablemente se presenta entre varias de estas manifestaciones.

El tratamiento de la adicción está fuera del campo de acción del pediatra. Cada sustancia implica un manejo diferente ya que cada paciente en particular representa un reto de manejo tanto para el médico como para la familia y para la sociedad en su conjunto.

El paso más importante que debe darse, en este sentido, es en el aspecto de la rehabilitación, para lo cual se conoce desde hace mucho tiempo el efecto benéfico de la terapia de grupo, en programas como "alcohólicos anónimos" o "drogadictos anónimos". Parece ser que ésta es la única forma de tratamiento realmente útil de que se dispone. Lo demás, medicamentos, consejos, psicoterapia individual, etcétera, parece destinado al fracaso. Sólo hasta que la persona se asume con toda humildad

como enfermo crónico e incurable, saldrá adelante mediante un esfuerzo permanente, de las 24 horas de todos los días y sólo si se invoca la fortaleza de un grupo de seres humanos que comparten con él sus mismas debilidades, se puede pensar en tener éxito a largo plazo. Más allá de esta forma de terapia está el ir al fondo del proceso, a la medicina preventiva, a las campañas de sensibilización de los efectos deletéreos de las drogas, a luchar (a pesar de tener pocas expectativas de éxito) en contra de toda la parafernalia de la publicidad, de todas las mil y una cabezas de hidra del monstruo del consumo, que parece irnos devorando a todos, segura, implacablemente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spitz R. *El primer año de la vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica, 1981.
2. Nieuwenhuys R, Voogd J. *The human central nervous system*. 3a ed. Berlin, Germany: Harcourt Brace, 1991.
3. Schonberg S. *Substance abuse. A guide for health professionals*. USA: American Academy of Pediatrics. Center for Advanced Health Studies, 1988.
4. Center for Substance Abuse Prevention, Centers for Disease Control, and American Academy of Pediatrics. *Tobacco and alcohol messages (Leader's guide)*. Washington, DC: Center for Substance Abuse Prevention, 1997.
5. Winnicott DW. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
6. Lebovici S, Diatkine. *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1988.
7. Centers for Disease Control. *Cases of specified notifiable diseases*. USA: MMWR, 1991.
8. Dry foos J. *Adolescents at risk. Prevalence and prevention*. New York, NY: Oxford University Press, 1990.
9. Spranger E. *Psicología de la edad juvenil*. Barcelona: Fontanella, 1975.
10. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Información epidemiológica de morbilidad. 1993*. México: Secretaría de Salud, 1993.
11. Kolb LC. *Modern clinical psychiatry*. Philadelphia: WB Saunders, 1977.
12. Espinosa A, Cáceres J, Cortés V. Síndrome del niño maltratado: Aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. *Rev Mex Pediat* 1971; 40: 807-814.
13. Loredó A, y Sierra J. Síndrome de Munchausen en niños. En: Loredó A (ed). *Maltrato al menor*. México: Interamericana-Mc Graw Hill, 1994.
14. Lorenz K. *On aggression*. USA: Prentice Hall, 1963.
15. Marcovich J. *Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado*. México: Editores Mexicanos Unidos, 1981.
16. Fromm E. *The anatomy of human destructiveness*. USA: Cambridge University Press, 1973.
17. Goldson E. Las secuelas afectivas y cognitivas del maltrato al niño. *Clin Pediat Norteam* 1991; 6: 1519-1541.
18. National Institute of Mental Health. *Televisión and behavior. Ten years of scientific progress and implications for the eighties*. Washington, DC: US. Government Printing Office, 1982.
19. Espinosa A. Interacción temprana madre-hijo en la génesis del síndrome del niño maltratado. En: *Tengo derecho a la vida*. México: Editores Mexicanos Unidos, 1981.
20. Freud A. *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. España: Paidós, 1985.
21. American Academy of Pediatrics. Committee on Communications. Media violence. *Pediatrics* 1995; 95: 949-951.
22. Singer M, Anglin T. Adolescents exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA* 1995; 273: 447-450.
23. Knapp J. The impact of children witnessing violence. *Ped Clin North Am* 1998, 45: 355-359.
24. Eron L. *The problem of media violence and children's behavior*. New York, NY: Guggenheim Foundation, 1993.
25. Freed L, Vernick L. Prevention of firearm-related injuries and death among youth: A product-oriented approach. *Pediatr Clin North Am* 1998, 45: 427-433.
26. Gadow K. Field experiments of television violence with children. Evidence for an experimental toxin? *Pediatrics* 1989; 83: 405-411.
27. Klein J, Brown D. Adolescents' risky behavior and mass media use. *Pediatrics* 1993; 92: 24-27.
28. Castillo G. *Los Adolescentes y sus problemas*. México: Editorial Minos, 1994.
29. Stanton M. Drugs and the family. *Ann Rev Psychol* 1975; 26: 45-52.
30. Streit F. Differences among youthful users and nonusers of drugs based on their perception of parental behaviors. *Internat J Addict* 1974; 9: 749-760.
31. Loredó A. Los niños de la calle y en la calle. En: Loredó A (ed). *Maltrato al menor*. México: Interamericana-Mc Graw-Hill, 1994.
32. Kreisles L. *Pediatría y psiquiatría infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1988.
33. Castells P, Silber T. *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. México: Planeta, 1998.
34. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. *Información epidemiológica de morbilidad*. México: Secretaría de Salud, 1994.
35. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, DC: OPS, 1990.
36. Weiss P, Vargas-Trujillo E. *Yo adolescente. Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta, 1994.
37. Joly D. Hábito de fumar cigarrillo en América Latina Encuesta en ocho ciudades. *Bol Ofic Sanit Panam* 1995; 79: 95-97
38. Bustamante M. Alcoholismo aspectos epidemiológicos. *Gaceta Med Mex* 1980; 116: 240-246.
39. West L. Alcoholism. UCLA Conference. *Ann Int Med* 1984; 100: 405-411.
40. National Institute of Drug Abuse. *Marijuana and youth*. US Department of Health and Human Services, 1985.
41. Kolansky H. Total effects of marijuana use. *JAMA* 1982, 222: 35-40.

Dirección para correspondencia:

Dr. Alfredo Espinosa Morett
Amores 854
Col. Del Valle
03100 México, D.F.
Tels: 5575-1104, 5575-1193
Fax: 5575-6006