

Consumo de Benzodiazepinas en adolescentes costarricenses

Dr. Luis Sandí E. *
Lic. Alicia Díaz A. **

RESUMEN

Se estudió el consumo de benzodiazepinas en una muestra nacional de 1.186 estudiantes y en 197 adolescentes consumidores de drogas. Para la recolección de la información se utilizó el Drug Use Screening Inventory (DUSI). Se encontró que la edad promedio de inicio de consumo fue de 14 años. Un 3% de los adolescentes estudiantes refirió haber consumido tranquilizantes en la vida, mientras que, en los consumidores de drogas, de 2 a 3 de cada diez, refirió haber consumido este tipo de sustancias en la vida. Por la capacidad adictiva de las benzodiazepinas, por la edad y la inmadurez neuropsicológica de los adolescentes, el consumo de estas sustancias en este período puede tener importantes implicaciones en el desarrollo y bienestar de los adolescentes.

INTRODUCCION

Los adolescentes en Costa Rica representan aproximadamente un 20% de la población total. Para constituir una proporción tan importante de jóvenes y por el ritmo de crecimiento de esta población, merece el desarrollo de mecanismos efectivos de atención a sus necesidades. Esta población es afectada por gran variedad de problemas sociales tales como consumo de drogas, embarazo precoz, conducta infractora, trastornos de conducta y deserción escolar. En la literatura científica se señala que los trastornos anteriores están estrechamente interrelacionados, y se considera que éstos pueden ser expresiones diferentes de una misma problemática, en la que intervienen, de manera compleja, los cambios que está experimentando la sociedad moderna. Las

* Médico psiquiatra, Master en Salud Pública
Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
** Psicóloga, Master en Psicología Educativa
Universidad Nacional

diversas formas de desintegración familiar, la presión del sistema educativo, la violencia social, la crisis económica, el cambio en los valores, la disponibilidad y la promoción del consumo de drogas lícitas, la disponibilidad y el tráfico de drogas ilícitas y el fácil acceso a medicamentos, constituyen elementos presentes en el entorno del adolescente que determinan los patrones de su comportamiento (1,2).

Las benzodiacepinas fueron introducidas en 1960 y a partir de ese momento han sido consumidas de manera importante por sus bondades terapéuticas, especialmente en cuando su capacidad como tranquilizante, relajante muscular y anticonvulsivo. Por estas propiedades y por sus pocos efectos secundarios, su uso se ha extendido fácilmente (3).

Los adolescentes, en virtud de los problemas propios de su desarrollo y de la problemática social actual, experimentan, con frecuencia, una gran variedad de trastornos emocionales. Entre las drogas accesibles al adolescente para aliviar estos estados displacenteros están los tranquilizantes (benzodiacepinas). Por su potencial adictivo y por sus consecuencias, las benzodiacepinas son consideradas drogas de interés en la problemática del consumo de drogas (4). En el último estudio nacional realizado en 1990 se encontró que un 6% de la población entre 12 y 70 años había consumido tranquilizantes alguna vez en su vida (5). En un proyecto de vigilancia epidemiológica realizado en junio 1992, febrero 1993 y febrero 1994, en la población que asistió al servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios durante una semana, se encontró que, en el primer período, el 6,0% había consumido tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en la vida, mientras que en el segundo período fue el 21% y en el tercero el 8,4% (6,7). En otros países los hallazgos son coincidentes, por ejemplo, en Lima, Perú, en un estudio nacional se encontró una prevalencia de uso en la vida de un 4% y un 6,4% en otra investigación en el área urbana (8). Un estudio realizado en varios países europeos, en 1988, reveló que entre 10 y 17% de la población había utilizado tranquilizantes durante el año anterior (9), y en un estudio similar, más reciente, se determinó que en los Estados Unidos y Europa, entre 8 y 10% de la población consume benzodiacepinas (10).

Los datos anteriores ponen de manifiesto la magnitud del problema del consumo de tranquilizantes en la población general. Sin embargo se desconoce como se presenta este consumo en los jóvenes. El objetivo de este estudio es evaluar este fenómeno en los adolescentes costarricenses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos.

La población en estudio se dividió en dos grupos: uno de ellos conformado por estudiantes de tercer y cuarto ciclo de Educación General Básica y el otro por jóvenes

identificados como consumidores de drogas. La muestra de estudiantes estuvo compuesta por 1186 adolescentes, seleccionados al azar y en forma estratificada por región (rural y urbana) y tipo de colegio (público y privado). La edad promedio de los estudiantes fue de 15,75 (D.E. = 9,68). Esta muestra tuvo las siguientes características:

Sexo:	Varones 50,6%	Mujeres 49,4%
Región:	Urbano 71%	Rural 28,8%
Colegio:	Público 62,2%	Privado 37,8%

Los sujetos identificados como consumidores provienen de dos diferentes contextos. El primero estuvo constituido por un grupo de 97 pacientes en tratamiento por consumo de drogas, localizados en centros públicos y de autogestión para el tratamiento de las adicciones; la edad promedio de estos jóvenes fue de 17,61 (D.E.= 8,48). El segundo grupo fue de 100 adolescentes de la calle, con una edad promedio de 16,30 (D. E. = 2,18). Estos fueron identificados, en primera instancia por pacientes en tratamiento ambulatorio y por referencia de los mismos jóvenes (bola de nieve). Se encontraban ubicados principalmente en los parques centrales de San José, Heredia y Alajuela.

Instrumento

Los datos se recolectaron por medio del Inventario de Tamizaje para Consumo de Drogas en Adolescentes (Drug Use Screening Inventory —DUSI—, Tarter, 1990 (11,12). Este es un instrumento multidimensional utilizado para evaluar el consumo de drogas y problemas asociados en adolescentes, el cual fue validado para la población costarricense (13).

En la población estudiantil, el instrumento se aplicó en forma de autoreporte, bajo la supervisión del equipo investigador y en ausencia de los profesores del centro educativo, para aumentar la confidencialidad de la información. En los sujetos consumidores de drogas el instrumento fue aplicado en forma individual por miembros del equipo investigador entrenados para tal fin.

Resultados

Uno de los aspectos estudiados fue la edad promedio de primer consumo. En los estudiantes de colegio se encontró que esta fue de 13,93 años (D.E.= 1,80), en los jóvenes de la calle fue de 13,95 años (D.E.= 1,95) y en los de tratamiento fue de 13,54 años (D.E.-2,03). De los anteriores datos se puede concluir que el inicio del consumo de benzodiazepinas en los adolescentes está alrededor de los 14 años, lo cual constituye una conducta de riesgo, considerando la inmadurez neurológica y psicológica de

los jóvenes, el potencial adictivo de las benzodiazepinas y sus consecuencias neuropsicológicas.

Al evaluar el consumo de tranquilizantes se encontraron diferencias muy marcadas entre los estudiantes y los sujetos clasificados como consumidores de drogas. Si bien, comparativamente, en los estudiantes el consumo en la vida fue bajo, este hallazgo pone de manifiesto una conducta nueva en la adolescencia, el consumo de tranquilizantes. Al igual que el tabaco y alcohol, las benzodiazepinas constituyen otra droga lícita, y su consumo debe ser tomado en cuenta al atender las necesidades de los adolescentes. En los jóvenes identificados como consumidores de drogas, de 2 a 3 de cada 10 muchachos ha consumido alguna vez en la vida este tipo de sustancia. Lo anterior quiere decir que las benzodiazepinas constituyen una droga más de elección para los jóvenes consumidores de drogas. Valga resaltar que de los consumidores de drogas, los infractores fueron los que presentaron el mayor consumo de esta sustancia (cuadro 1).

CUADRO 1. PREVALENCIAS DE VIDA Y ÚLTIMO AÑO DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN ADOLESCENTES POR POBLACIÓN, C. R. 1995.

POBLACION	Prevalencia vida		Prevalencia último año	
	Prev.	Intervalo	Prev.	Intervalo
Estudiantes	3,2	2,2-4,2	2,2	1,3- 3,0
Calle	21,0	13,0-28,9	2,0	0-4,7
Tratamiento	28,5	19,6-37,5	14,6	7,4-21,4

Al analizar el consumo en el último año en los adolescentes estudiantes, se encontró una prevalencia baja. Además de ser pocos los estudiantes que consumieron (24 jóvenes), éstos tuvieron un consumo mínimo, pues sólo el 1.2% consumió menos de 12 veces al año y sólo el 0.6% tuvo un consumo más frecuente (cuadro 2). En los de tratamiento se presentaron las prevalencia más altas, tres de cada veinte muchachos ha consumido tranquilizantes en el último año. Una cantidad considerable de estos consumidores reportó una frecuencia de consumo intenso, de más de 10 y más de 20 veces al mes (cuadro 2). Al contrario de lo encontrado en los jóvenes en tratamiento, los adolescentes de la calle refirieron muy poco consumo de tranquilizantes, así como una escasa frecuencia de consumo, el 2% consumió menos de dos veces al mes (cuadro 2). Este estudio no provee información respecto a las marcadas diferencias entre el consumo en la vida y en el último año en los niños de la calle.

CUADRO 2. FRECUENCIA DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN EL ÚLTIMO AÑO EN ADOLESCENTES, SEGÚN POBLACIÓN. COSTA RICA, 1995.

FRECUENCIA	POBLACION		
	Estud. n=1186	Calle n=100	Trat. n=96
Menos de 12 veces al año	1,2%	1%	0
De 1 a 2 veces al mes	0,3%	1%	2,0%
De 3 a 9 veces al mes	0,2%	0	4,1%
De 10 a 20 veces al mes	0	0	2,0%
Más de 20 veces al mes	0,1%	0	6,2%

Con respecto a los síntomas ansiosos detectados por el DUSI se encontró que, aproximadamente el 28% de los adolescentes en tratamiento, el 21% de los de la calle y el 2% de los estudiantes presentaron intranquilidad, dificultad para permanecer largo rato en una misma posición, dificultad para concentrarse, se sentían nerviosos y se preocupaban mucho. ¿Cuánto del consumo de benzodiazepinas es para el tratamiento de estos malestares?, ¿cuánto para potenciar el efecto de otras drogas depresoras? y ¿cuánto es utilizado como una droga más?, son preguntas que abren nuevas posibilidades de investigación en el campo del consumo de drogas en los adolescentes.

Discusión

Con respecto al consumo de drogas, la sociedad ha mostrado una tendencia a centrar su atención en las sustancias ilícitas. Las actividades represivas asociadas al narcotráfico, "la guerra contra las drogas", así como las agudas y dramáticas consecuencias asociadas a su consumo, han creado una alerta social en torno a las drogas ilícitas. El consumo de drogas lícitas, principalmente tabaco, alcohol y tranquilizantes, tiende a pasar desapercibido, por lo cual constituye un problema latente de diagnóstico tardío.

Las benzodiazepinas son una de las drogas lícitas de mayor consumo en nuestra población. De las drogas de prescripción médica, las benzodiazepinas son los medicamentos más utilizados por los sistemas de atención médica en el país. (14). La amplia disponibilidad de este producto, aunado a su efectividad como ansiolítico y a su amplio margen de seguridad, conllevan a un alto consumo aún sin prescripción.

El consumo de benzodiazepinas en los adolescentes constituye una conducta de riesgo, la cual puede tener serias implicaciones en el bienestar del adolescente. En primer lugar, su utilización establece un prototipo de comportamiento no recomendable para un adecuado desarrollo psicológico. En el uso de una sustancia química para

enfrentar el stress y los conflictos o demandas propias de este período, se encuentran las primicias del consumo de otras drogas y de la conducta adictiva. Además, el consumo de sustancias psicoactivas limita la capacidad del sujeto de elaborar sus propios mecanismos de ajuste al stress, amén de las consecuencias que puede tener el consumo de estas sustancias por la inmadurez neuropsicobiológica del adolescente.

A pesar de que el conocimiento científico respecto a este problema es claro, no existe conciencia en los trabajadores de la salud, padres de familia y público en general, que las benzodiazepinas son sustancias psicotrópicas capaces de producir adicción, y que su consumo tiene consecuencias neuropsicológicas importantes en el desarrollo del adolescente. Es necesario ofrecer más información y entrenamiento a los trabajadores de la salud para lograr un uso racional de estos medicamentos y para educar a sus pacientes respecto a las consecuencias de su consumo. En el adolescente las benzodiazepinas deben ser la última estrategia para enfrentar la tensión, el apoyo terapéutico, el ejercicio, la comunicación y la recreación, entre otras cosas, deben tratarse primero antes de prescribir una benzodiazepina.

Por su elevado grado de prescripción, las benzodiazepinas son sustancias altamente disponibles en nuestro medio, lo cual ha familiarizado su consumo, con o sin prescripción. En este sentido, los padres de familia que utilizan estos medicamentos modelan, en sus hijos, este comportamiento, favoreciendo así su consumo. Ante las situaciones de stress propias del adolescente, muchos padres de familia le dan a sus hijos tranquilizantes, limitando la capacidad del adolescente para desarrollar otras habilidades. Por lo tanto, es imprescindible apoyar a los padres y a las comunidades en el desarrollo de mecanismos más saludables para aceptar y enfrentar las tensiones de la vida cotidiana.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Juventud en cifras. Costa Rica, 1980-1992. San José, Costa Rica, 1992.
2. Krauskopf D. Adolescencia en Costa Rica. San José, U. C. R.- OPS, CCSS, 1992.
3. Katz J, Woods J, Winger G. Abuse liability of benzodiazepines. In Benzodiazepines: Current Concepts. 1990. Hindmarh G. Beaumont S, Brandon S, Leonard E. Ed. John Wiley, Sons Ltd.
4. Sandí L. Benzodiazepinas: indicaciones clínicas y dependencia. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José, Costa Rica, 1994.
5. Jiménez F, Bejarano J. Estudio nacional sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José, Costa Rica, 1990.
6. Jiménez F. Proyecto de vigilancia epidemiológica 1992. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, Costa Rica, 1992.
7. Sandí L. Proyecto de vigilancia epidemiológica 1993, 1994. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, San José, Costa Rica., 1993, 1994.

8. Saavedra, A. Dependencia a benzodiazepinas. *Psicoactiva*, 1994, N° 12, 65-99.
9. Drummond, Anthero. Cost and benefits of restricting or limiting the availability of benzodiazepines in society. *The John Hopkins University School of Hygiene and Public Health* 1991. USA.
10. Ross, Helen. Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependence in treated alcoholics. *Addiction* 1993, 88, 209-218.
11. Tarter R. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 1990, 16:1-46.
12. Tarter R., Hedegus A. The Drug Use Screening Inventory. *Alcohol Health Research World*, 1991, 15:65-74.
13. Sandí, L., Díaz Alicia. Validación del Drug Use Screening Inventory. *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*, San José, Costa Rica 1994.
14. Quijano, R. Consumo de benzodiazepinas en el Hospital de la Anexión. *Fármacos*, 1991, 7 (1) 28-36.