

ORIGINAL

Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave

I. GARCÍA-CABEZA^a, M.M. EPIFANIO-GUTIÉRREZ^b, O. MEDINA^a, J. VIDAL^c Y C. ARANGO^a

^aPsiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Calesas. Madrid. España.

^cPsiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

RESUMEN. Objetivos. El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de consumo de drogas entre adolescentes, y comparar su uso entre aquéllos que presentan un trastorno mental grave y los adolescentes sanos.

Material y métodos. Comparamos la prevalencia de distintas drogas (alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, heroína, cocaína, anfetaminas) en una muestra de adolescentes sanos procedente de un centro de Atención Primaria (n = 58) y en pacientes consecutivamente ingresados en una unidad de hospitalización de adolescentes de psiquiatría de un hospital general (n = 62). A todos los adolescentes se les preguntó sobre el consumo de tóxicos en la última semana, mes, año, vida y edad de comienzo y se les realizó un análisis de tóxicos en orina.

Resultados. La prevalencia de consumo de alcohol en el último mes es significativamente mayor en adolescentes sin patología psiquiátrica, mientras que los pacientes ingresados presentan un consumo significativamente mayor de cocaína, anfetaminas y éxtasis. La edad de comienzo es menor para los pacientes ingresados, aunque sólo alcanza diferencias significativas en el caso del cannabis. Por diagnósticos, son los trastornos de conducta y personalidad los que presentan un mayor consumo de drogas.

Conclusiones. El consumo de drogas es prevalente entre adolescentes que tienen una patología psiquiátrica que precisa ingreso hospitalario.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, consumo de drogas, enfermedad mental.

Prevalence of drug use among adolescents with severe mental illness

ABSTRACT. Objectives. The aim of this study is to assess drug use between adolescents and analyze differences between those who have a severe mental illness and healthy ones.

Material and methods. We compare the prevalence of use of different drugs in a sample of healthy adolescents (n = 58) and in a patient sample of subjects admitted into an inpatient adolescent psychiatric unit (n = 62). All adolescents were asked about the use of toxic substances during the course of the last week, month, year, at any point during their lifetime, as well as the age at which they began using substances. A urine toxicology screen was also performed in all subjects.

Results. The prevalence of alcohol use during the last month is significantly greater in adolescents without psychiatric illness, whereas the inpatients present a significantly higher rate of cocaine, amphetamines, and ecstasy use. Substance use began at younger ages in the inpatient group. Conduct disorders and personality disorders present a higher rate of drug use.

Conclusions. Drug use is prevalent amongst adolescents with psychiatric illness requiring hospital admission.

KEY WORDS: adolescents, drug use, mental illness.

Correspondencia:

I. GARCÍA CABEZA
Servicio Psiquiatría I.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
C/ Ibiza n.º 43.
28009 Madrid. España.
Correo electrónico: igcabeza@ya.com

Recibido: 30-07-2007

Aceptado para su publicación: 31-12-2007

Introducción

El consumo de drogas es un problema que despierta preocupación en todos los países del mundo dadas las consecuencias que acarrea, tanto desde el punto de vista de la salud, como desde el punto de vista social, cultural, ideológico y político.

La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo del individuo. Es una época llena de cambios que marcarán el futuro. Se presentan cambios cognitivos, desarrollo del pensamiento abstracto y máxima capacidad intelectual. Se aumenta la actividad sexual y se experimenta excitación y atracción sexual. Las relaciones interpersonales se modifican notoriamente, se produce una separación de las actividades familiares y se desarrollan amistades íntimas que pasan a desempeñar un papel muy importante en la vida social del adolescente. Todos estos cambios facilitan que sean estos individuos los más proclives a la búsqueda de experiencias nuevas y aquellas que pueden dar carácter de madurez a su personalidad.

El Observatorio Español sobre Drogas publicó en 2.004¹ una encuesta sobre drogas en la población escolar, donde se entrevistaba a 25.770 estudiantes de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. En ésta el tabaco y alcohol son las sustancias más consumidas, con una prevalencia de consumo en el último mes del 28,8 y el 55,1% respectivamente, si bien en ambas se observa una disminución de la prevalencia respecto a encuestas anteriores (esta encuesta se realiza de forma bianual). En el caso de drogas ilegales, la de mayor consumo es el cannabis (22% de prevalencia en el último mes) que aumenta con relación a los datos previos, seguida de la cocaína (3,1%) que supera al éxtasis (1,7%) al incrementar su consumo. Los tranquilizantes ocupan el cuarto lugar (2,4%), seguidos por las anfetaminas (1,9%). Los opiáceos prácticamente desaparecen. El tabaco es la sustancia que primero se empieza a consumir, a los 13,1 años, seguida del alcohol (13,6) y el cannabis (14,7); el éxtasis, la cocaína y los alucinógenos se consumen por encima de los 15 años (15,4; 15,7 y 15,5 años respectivamente). Por géneros, no existen diferencias en la edad de inicio del consumo, aunque sí en la prevalencia, siendo el consumo del tabaco y los tranquilizantes más frecuentes en las chicas, y el resto de sustancias en los chicos.

Los datos de consumo de drogas en poblaciones de riesgo (reforma, centros de menores, patología mental, etc.) están mucho menos estudiados², a pesar de que es conocido de antiguo que la prevalencia en la

población psiquiátrica es mucho más alta³. Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la importancia de esta asociación. El proyecto sobre depresión en adolescentes de Oregón (OADP) encuentra que existe una relación lineal entre la frecuencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y la posibilidad de desarrollar un trastorno emocional, especialmente trastornos de conducta⁴. El estudio MECA (Métodos para la epidemiología de los trastornos mentales de niños y adolescentes) encuentra que las tasas de trastornos afectivos y de conducta son mucho mayores en adolescentes consumidores que en los que no consumen⁵.

Los estudios clínicos, aunque abundantes, ofrecen rangos dispares de prevalencia dependiendo de la definición del uso de la sustancia (consumo, abuso, dependencia, etc.), de que la muestra sea de población general, pacientes con un trastorno por sustancias o con patología psiquiátrica, y del entorno de la misma (ambulatoria frente a hospitalizada). Oscila desde el 13,8% del estudio de King et al⁶ hasta el 71% de Roehrich y Gold⁷. Entre estas cifras encontramos prevalencias intermedias: el 33% en el trabajo de Deas-Nesmith et al⁸, el 41% en los artículos de Piazza⁹ y Aarons et al² y en torno al 50% en las publicaciones de Grilo et al¹⁰ y Reebye et al¹¹.

Basándonos en estudios previos, nuestra hipótesis *a priori* era que los adolescentes con patología mental que precisan hospitalización psiquiátrica iban a presentar un mayor consumo de sustancias adictivas y una edad inferior de comienzo del mismo. También intentamos determinar si existía alguna patología mental donde el consumo de sustancias fuera especialmente prevalente.

Material y métodos

El estudio se llevó a cabo con pacientes sin patología psiquiátrica que acudieron a un centro de salud de Atención Primaria y pacientes ingresados en una unidad de adolescentes de psiquiatría de un hospital general. Se diseñó un cuestionario con características socio-demográficas y datos de consumo de distintas drogas (tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis, cocaína, heroína, anfetaminas y otros), así como el momento del último consumo (última semana, mes, año y consumo vida). Se recogió también la edad del primer consumo para cada una de las drogas. En los pacientes del centro de salud, una vez finalizada la recogida de datos se pedía una muestra de orina para realizar un análisis de tóxicos (se evaluaba la presencia de cannabis, co-

caína, benzodiacepianas, opiáceos y anfetaminas, no se disponía de método para detectar la presencia de éxtasis); en los hospitalizados la muestra de orina se recoge en el momento del ingreso. Fueron excluidos aquellos adolescentes que carecían de capacidad para comprender el cuestionario, bien por su cociente intelectual, situación clínica o dificultades con el idioma, y en el caso de los adolescentes del centro de salud a dos chicos que habían tenido contacto con los servicios de salud mental.

El centro de salud atiende a una población urbana de clase media-baja de Madrid. Se eligieron al azar cuatro consultas de Atención Primaria que atienden a los adolescentes entre 14 y 17 años del distrito. Para su evaluación fueron citados telefónicamente para participar en un programa de salud relacionado con el consumo de drogas hasta conseguir 60 participantes. De ellos 22 adolescentes declinaron acudir al centro de salud, no existiendo diferencias sociodemográficas

con los que sí lo hicieron. Una vez finalizado el programa, se les pidió su colaboración en el estudio, así como una muestra de orina. Todos los que acudieron a participar en el programa de salud accedieron a cumplimentar el protocolo y a la recogida de orina posterior. Fueron excluidos dos adolescentes por haber recibido tratamiento psiquiátrico/psicológico a lo largo de su vida.

La Unidad de adolescentes del hospital general atiende, además del área donde se recogió al grupo de adolescentes sin trastorno mental, a otras áreas sanitarias de la ciudad de Madrid. Fueron seleccionados 62 pacientes ingresados de forma consecutiva, solicitándose un consentimiento informado a todos ellos y a sus representantes legales.

Las características de la muestra total y de cada uno de los grupos aparecen en la tabla 1. La muestra no es homogénea, puesto que los ingresos en la unidad de adolescentes se producen a partir de 12 años,

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada

	Total (n = 120)	Centro de salud (n = 58)	Unidad de adolescentes (n = 62)
Edad media \pm DE (rango)	15,76 \pm 1,23 (12-17)	16,10 \pm 0,85 (14-17)	15,44 \pm 1,43 (12-17)
Género			
Varón	50,8% (61)	46,6% (27)	54,8% (34)
Mujer	49,2% (59)	53,4% (31)	45,2% (28)
Nacionalidad			
Española	80% (96)	70,7% (41)	88,7% (55)
Sudamérica	15% (18)	25,9% (15)	4,8% (3)
Países del este	3,3% (4)	1,7% (1)	4,8% (3)
Magreb	0,8% (1)	-	1,6% (1)
Otros	0,8% (1)	1,7% (1)	
Grado escolar			
1.º ESO	3,3% (4)	-	6,5% (4)
2.º ESO	15% (18)	13% (8)	16,1% (10)
3.º ESO	22,5% (27)	17,2% (10)	27,4% (17)
4.º ESO	20% (24)	19% (11)	21% (13)
1.º Bachillerato	19,2% (23)	29,3% (17)	9,7% (6)
2.º Bachillerato	10,8% (13)	13,8% (8)	8,1% (5)
Módulo FP	4,2% (5)	5,2% (3)	3,2% (2)
Otros	5% (6)	1,7% (1)	8,1% (5)
Estatus socio-económico			
I	1,7% (2)	1,7% (1)	1,6% (1)
II	17,5% (21)	10,3% (6)	24,2% (15)
III	26,7% (32)	29,3% (17)	24,2% (15)
IV	45% (54)	51,7% (30)	38,7% (24)
V	9,2% (11)	6,9% (4)	11,3% (7)

DE: desviación estándar; ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

mientras que en las consultas de Atención Primaria del centro de salud se atienden adolescentes desde los 14 años, por lo que esta muestra es de menor edad y, secundariamente, de menor grado educativo. Además, existe en la muestra ambulatoria una mayor homogeneidad en la clase social, si bien no existen diferencias significativas con la muestra de pacientes.

Los diagnósticos de la muestra de adolescentes ingresados en la unidad de psiquiatría del hospital general, realizados según criterios del DSM-IV¹², aparecen en la tabla 2. Además 14 pacientes (24,2%) presentan un segundo diagnóstico. Un trastorno de la alimentación se asoció a un trastorno depresivo; 6 enfermos (9,7%) presentaban un trastorno de personalidad junto con diagnósticos principales de bulimia, dos trastornos adaptivos y tres trastornos depresivos y, 7 trastornos por uso de sustancias (11,3%) eran el diagnóstico dual de un trastorno depresivo, dos trastornos psicóticos y cinco trastornos de la personalidad.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Las variables cuantitativas

fueron analizadas mediante la prueba de la "t" de Student y las categóricas con la χ^2 de Pearson. Cuando se analizaron los datos por diagnósticos se sumaron en cada grupo tanto el diagnóstico principal como los secundarios.

Resultados

Los datos sobre consumo, edad de inicio y prevalencia en el último mes aparecen en la tabla 3. Como se puede observar en el caso de drogas con alta prevalencia de consumo (tabaco 55%, alcohol 51,7% y cannabis 36,7%) sólo se encuentran diferencias significativas en el caso del alcohol, con un mayor consumo entre adolescentes del centro de salud. En el caso del cannabis apenas existen diferencias y los adolescentes ingresados son más fumadores.

En drogas con baja prevalencia de consumo siempre existe un mayor uso entre los adolescentes con trastorno mental, siendo la diferencia significativa en el caso del éxtasis, cocaína y anfetaminas.

La edad de inicio es siempre menor entre los ingresados, siendo significativa en el caso del cannabis.

En cuanto a la prevalencia de consumo en la última semana, también encontramos algunas diferencias significativas: entre los consumidores de tabaco el 76,6% lo había hecho en la última semana (el 89,6% de los pacientes psiquiátricos y el 65,7% de los adolescentes del centro de Salud: $\chi^2 = 5,066$; $p = 0,024$). En cuanto al consumo de alcohol, el 33,3% de los consumidores lo hicieron en la última semana, no existiendo diferencias significativas entre ambas muestras, aunque entre los entrevistados sin patología mental fue el 38,5% y entre los hospitalizados el 23,8%. Con relación al cannabis, el 54,5% de los consumidores lo había fumado en la última semana; el 69,6% de los pacientes y el 38,1% de los adolescentes sanos, siendo esta diferencia significativa ($\chi^2 = 4,385$; $p = 0,036$).

Los consumidores de éxtasis aparecen todos en el grupo de adolescentes con patología psiquiátrica, de los cinco dos lo habían tomado en el último mes y tres en el último año. De igual modo sólo en este grupo existen consumidores de heroína y anfetamina. El único consumidor del opiáceos lo hizo en el último año, mientras que el psicoestimulante fue consumido por dos adolescentes en la última semana, uno en el último mes y otro en el último año. En cuanto a la cocaína, el único consumidor del grupo de adolescentes sin enfermedad mental lo hizo en el último año. De diez consumidores en el grupo de pacientes de psiquiatría, uno lo consumió en la últi-

Tabla 2. Diagnóstico principal según DSM-IV

Proceso nosológico	% (n) Total n = 62
Trastornos conducta alimentaria	16,1% (10)
Bulimia	1,6%
No especificado	1,6%
Anorexia nerviosa	12,9%
Trastorno psicótico	16,1% (10)
Trastorno afectivo	21% (13)
Trastorno bipolar	3,2%
Distintas formas de depresión	17,8%
Trastornos o rasgos anómalos de la personalidad	24,2% (15)
Trastornos conducta disocial	11,4%
Personalidad inestable o límite	9,6%
Personalidad histriónica	1,6%
Sin especificar	1,6%
Trastorno adaptativo	6,4% (4)
TDAH	4,8% (3)
Otros	11,2% (7)
Trastorno desafiante-oposicionista	1,6%
Trastorno neurótico sin especificar	3,2%
Trastorno por uso de sustancias (cannabis)	1,6%
Retraso mental	1,6%
Diagnóstico diferido	3,2%

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tabla 3. Consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave

	Total	Centro de salud	Psiquiatría
Tabaco			
No	45% (54)	37,9% (22)	51,6% (32)
Sí	55% (66)	62,1% (36)	48,4% (30)
Edad de inicio (media \pm DE)	13,58 \pm 1,66	13,83 \pm 1,42	13,27 \pm 1,87
Prevalencia último mes	47,5%	48,3%	46,8%
Alcohol¹			
No	48,3% (58)	32,8% (19)	62,9% (39)
Sí	51,7% (62)	67,2% (39)	37,1% (23)
Edad de inicio (media \pm DE)	14,37 \pm 1,33	14,49 \pm 1,29	14,17 \pm 1,40
Prevalencia último mes	31,7%	43,1%	21%
Cannabis²			
No	63,3% (76)	63,8% (37)	62,9% (39)
Sí	36,7% (44)	36,2% (21)	37,1% (23)
Edad de inicio (media \pm DE)	14,41 \pm 1,48	14,95 \pm 1,07	13,91 \pm 1,65
Prevalencia último mes	28,3%	22,4%	33,9%
Éxtasis³			
No	95,8% (115)	100% (58)	91,9% (57)
Sí	4,2 % (5)	-	8,1% (5)
Edad de inicio (media \pm DE)	16,40 \pm 0,89	-	16,40 \pm 0,89
Prevalencia último mes			3,2%
Cocaína⁴			
No	90,8% (109)	98,3% (57)	83,9% (52)
Sí	9,2% (11)	1,7% (1)	16,1% (10)
Edad de inicio (media \pm DE)	15,73 \pm 1,56	17	15,60 \pm 1,58
Prevalencia último mes	5,8%	1,7%	9,7%
Heroína			
No	99,2% (119)	100% (58)	98,4% (61)
Sí	0,8% (1)	-	1,6% (1)
Edad de inicio (media \pm DE)	15	-	15
Prevalencia último mes			0%
Anfetaminas⁵			
No	96,7% (116)	100% (58)	93,5% (58)
Sí	3,3% (4)	-	6,5% (4)
Edad de inicio (media \pm DE)	15,67 \pm 1,15	-	15,67 \pm 1,15
Prevalencia último mes			3,2%
Otras			
No	98,3% (118)	100% (58)	96,8% (60)
Sí	1,7% (2)		3,2% (2)

DE: desviación estándar.

¹ Diferencias significativas en el consumo ($\chi^2 = 10,904$; $p < 0,001$). Diferencias en la prevalencia del último mes ($\chi^2 = 6,786$; $p < 0,01$).² Diferencias significativas en la edad de inicio del consumo ($t = 2,453$; $p < 0,05$).³ Diferencias significativas en el consumo ($\chi^2 = 4,881$; $p < 0,050$).⁴ Diferencias significativas en el consumo ($\chi^2 = 7,468$; $p < 0,01$).⁵ Diferencias significativas en el consumo ($\chi^2 = 3,871$; $p < 0,05$).

ma semana, seis en el último mes y tres en el último año.

Analizando los resultados según género y sin tener en cuenta la procedencia de la muestra, sólo encontramos diferencias significativas en cuanto al consumo de tabaco y cocaína, en ambos casos más frecuente en varones

(tabla 4). No encontramos diferencias significativas en la edad de inicio de consumo de ninguna de las sustancias.

Centrándonos en la muestra de adolescentes ingresados y relacionando el consumo con el diagnóstico, encontramos que sólo uno de los ingresos tuvo como diagnóstico clínico principal el consumo de sustancias

Tabla 4. Consumo de drogas según género en adolescentes con patología mental grave

	Total	Varones	Mujeres
Tabaco¹			
No	45% (54)	18,3% (22)	26,7% (32)
Sí	55% (66)	32,5% (39)	23,5% (30)
Edad de inicio (media \pm DE)	13,58 \pm 1,66	13,74 \pm 1,73	13,33 \pm 1,54
Alcohol			
No	48,3% (58)	21,7% (26)	26,7% (32)
Sí	51,7% (62)	29,2% (35)	22,5% (27)
Edad de inicio (media \pm DE)	14,37 \pm 1,33	14,39 \pm 1,34	14,36 \pm 1,34
Cannabis			
No	63,3% (76)	29,2% (35)	34,2% (41)
Sí	36,7% (44)	21,7% (26)	15% (18)
Edad de inicio (media \pm DE)	14,41 \pm 1,48	14,38 \pm 1,65	14,44 \pm 1,25
Éxtasis			
No	95,8% (115)	48,3% (58)	47,5% (57)
Sí	4,2 % (5)	2,5% (3)	1,7% (2)
Edad de inicio (media \pm DE)	16,40 \pm 0,89	16,67 \pm 0,58	16,00 \pm 1,41
Cocaína²			
No	90,8% (109)	42,5% (51)	48,3% (58)
Sí	9,2% (11)	8,3% (10)	0,8 % (1)
Edad de inicio (media \pm DE)	15,73 \pm 1,56	15,80 \pm 1,62	15
Heroína			
No	99,2% (119)	50,8% (61)	48,3% (58)
Sí	0,8% (1)	-	0,8% (1)
Edad de inicio (media \pm DE)	15	-	15
Anfetaminas			
No	96,7% (116)	49,2% (59)	47,5% (57)
Sí	3,3% (4)	1,7% (2)	1,7% (2)
Edad de inicio (media \pm DE)	15,67 \pm 1,15	17	15

DE: desviación estándar.

¹ Diferencias significativas en el consumo ($\chi^2 = 4,001$; $p < 0,05$).² Diferencias significativas en el consumo ($\chi^2 = 7,782$; $p < 0,005$).

y en siete (13,6%) éste apareció como segundo diagnóstico. Cuando analizamos los datos de consumo, recogidos a través de nuestro cuestionario, en los distintos grupos diagnósticos y comparamos cada grupo diagnóstico con el resto de los adolescentes de la muestra del hospital encontramos que: los trastornos de personalidad consumen significativamente más tabaco ($\chi^2 = 5,35$; $p = 0,021$) y cannabis ($\chi^2 = 4,449$; $p = 0,035$) y los trastornos psicóticos significativamente más anfetaminas ($\chi^2 = 10,955$; $p = 0,001$), que el resto de la muestra. En el otro lado, los trastornos de alimentación consumen significativamente menos tabaco ($\chi^2 = 12,573$; $p = 0,000$) y cannabis ($\chi^2 = 7,886$; $p = 0,005$).

Otro hallazgo de interés radica en los análisis urinarios: en ningún caso se ha encontrado un positivo en sujetos que negaran el consumo.

Discusión

Las limitaciones del trabajo radican principalmente en la selección de la muestra. Especialmente importante es el tamaño en el caso de los adolescentes que precisan hospitalización y, sobre todo, a la hora de analizar los resultados por diagnósticos, donde los grupos son pequeños. Además, aunque la muestra de adolescentes sanos es muy homogénea, ésta no es representativa de la población general, al pertenecer a un distrito concreto de Madrid; asimismo, el hecho de citar telefónicamente a los adolescentes, a pesar de garantizar la confidencialidad y presentarlo como parte de un programa de salud, puede que haga que los consumidores de drogas no legales estén infrarrepresentados. A pesar de ello, cuando se compararon las carac-

terísticas sociodemográficas de los que rechazaron participar en el estudio no hubo diferencias significativas con los que sí lo hicieron. Tampoco disponemos de métodos de detección de éxtasis en orina, por lo que tenemos que confiar en el paciente.

Un punto importante es que hubo una concordancia del 100% en el consumo y la detección de drogas, ninguno de los positivos había ocultado este hecho al completar el cuestionario.

En cualquier caso, nuestros datos de prevalencia en drogas de elevado consumo no difieren excesivamente de los procedentes de la encuesta sobre consumo en población escolar realizada en el año 2002 y publicada en 2004 por el Observatorio Español sobre Drogas¹, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias más consumidas, aunque en nuestro caso es esta última la que ocupa el primer lugar frente al alcohol, lo que también sucede en la encuesta del observatorio. La disminución en la prevalencia que observa esta fuente con respecto a ediciones anteriores parece conservarse en nuestro caso en cuanto al consumo de alcohol, aunque no en el caso del tabaco, donde encontramos una prevalencia 20 puntos superior. La tercera droga en importancia de consumo es, en ambos casos, el cannabis, con una prevalencia casi idéntica, siendo la droga ilegal más consumida, quizá por la falta de percepción de riesgo, el 25% de los adolescentes consideran que no existe o es mínimo.

Un análisis algo distinto debe hacerse con el resto de las drogas. Mientras nuestras prevalencias son bastante más altas en el caso de los pacientes psiquiátricos, el consumo en la población sana es mucho menor; incluso inexistente para la heroína, las anfetaminas y el éxtasis, posiblemente debido al pequeño tamaño muestral. Sí coincidimos en que los psicoestimulantes, y en concreto la cocaína, han desplazado a los opiáceos en los hábitos de consumo.

No encontramos grandes diferencias en la edad de inicio del consumo, siendo el tabaco y después el alcohol las drogas de iniciación entre los 13 y 14 años, el cannabis algo antes de cumplir los 15 y el resto de drogas a partir de esa edad. Con relación a la distribución del consumo por género, tampoco existen diferencias con la encuesta de referencia, a excepción nuevamente del consumo del tabaco, que es más prevalente en las mujeres en la encuesta del Plan Nacional sobre Drogas y no en nuestra muestra. Por lo demás, en el resto de drogas siempre prevalece el consumo entre varones, en nuestro caso de forma significativa en el caso del tabaco y la cocaína.

Cuando comparamos las dos muestras encontramos que las drogas legales, alcohol y tabaco, se consumen

de forma más frecuente entre adolescentes sin patología psiquiátrica, en el caso del primero de forma significativa. Tanto uno como otro se han relacionado con la presencia de patología mental.

En el caso del alcohol, diversos autores han encontrado una importante asociación entre las conductas disociales y otros trastornos de conducta y un posterior abuso de alcohol y otras sustancias^{13,14}, especialmente con las conductas suicidas¹⁵⁻¹⁷ y suicidio consumado^{18,19}. King et al proponen unos perfiles concretos de adolescentes en los que se asociarían la presencia de depresión y consumo de alcohol. En el caso de los chicos serían los de más edad, con trastornos de conducta y problemas académicos y, en las chicas, las que tienen episodios depresivos más prolongados, más problemas de conducta, deterioro psicosocial y participación más activa en las relaciones con chicos²⁰.

Dierker et al encontraron una importante asociación entre la dependencia de nicotina y prácticamente todos los trastornos psiquiátricos en adolescentes, aunque esta asociación no se da si sólo existía un consumo regular u ocasional²¹. Otros autores también han comprobado este hecho, incluso en caso de consumo regular, específicamente con trastornos depresivos²²⁻²⁴.

En el caso del cannabis encontramos hallazgos similares. Rey et al encuentran una alta asociación del consumo de cannabis en adolescentes con depresión, trastornos de conducta y conducta de riesgo²⁵. Estos hallazgos son similares a los existentes en adultos. Regier et al en el estudio de la *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) encuentran que hasta el 50% de los individuos con dependencia de cannabis presentan otro trastorno mental distinto de los trastornos por alcohol u otras sustancias²⁶.

Las altas prevalencias de consumo en nuestra muestra hacen imposible encontrar diferencias entre los adolescentes que presentan patología mental. La causa de la misma la podemos encontrar en una actitud muy tolerante, especialmente hacia el consumo de alcohol en nuestra sociedad, junto con una baja percepción del riesgo que supone el consumo entre los adolescentes. También es posible que el tipo habitual de consumo entre los adolescentes españoles (experimental u ocasional, recreativo y de fines de semana) haga que sobre todo el alcohol se transforme en una forma de relación y ocio, llegando a convertirse incluso en una subcultura como el "botellón", no siendo éste el caso para los enfermos, quienes suelen encontrar problemas a la hora de establecer relaciones interpersonales. Si hubiéramos investigado en mayor profundidad la gravedad y frecuencia del consumo, quizás los resultados hubieran sido diferentes. De hecho, al estudiar

la prevalencia en la última semana, que nos puede indicar una mayor frecuencia de consumo, ésta es significativamente mayor para el tabaco y el cannabis en el grupo de pacientes psiquiátricos.

Los resultados de las drogas de más riesgo son bien distintos, excluyendo la heroína cuyo consumo resulta anecdótico, los consumos de sustancias psicoestimulantes (cocaína, éxtasis y anfetaminas) son significativamente mayores en la muestra de adolescentes con ingreso psiquiátrico; incluso el 11% de ellos presenta un trastorno comórbido por uso de sustancias distintas del alcohol y el tabaco, diagnosticado clínicamente. Son numerosos los autores que relacionan el consumo de drogas y la patología psiquiátrica en la adolescencia^{6,8,9,11,24,27-31}, así como la psicopatología asociada al consumo^{5,10,18,32-38}, esto nos permite descartar que este hecho se deba meramente al azar, y plantea las distintas hipótesis en cuanto al origen de la asociación. Es conocido que las propias sustancias estimulantes durante la intoxicación y abstinencia pueden generar síntomas psiquiátricos pero, al margen de esto, es muy posible que determinados trastornos psiquiátricos y los relacionados con el consumo compartan bases en su origen, bien a nivel biológico o psicológico, o que existan al menos factores comunes en su desarrollo (estrés, factores genéticos, trastornos en la infancia, etc.).

En nuestro caso, el consumo de sustancias se asocia principalmente a los trastornos de conducta, en forma de conductas disociales o personalidades inestables e inmaduras con trastornos de conducta, donde el 33% de los ingresos con este diagnóstico presenta, además, otro comórbido de trastorno por uso de sustancias distinto de alcohol y tabaco, atendiendo exclusivamente al diagnóstico clínico al alta. Además, presentan consumos significativamente superiores de tabaco y cannabis que el resto de adolescentes con patología psiquiátrica. En efecto, son los trastornos de conducta los que en la literatura se han asociado de forma más común al uso o abuso de sustancias^{4,30,34,36,39,40}. En cualquier caso, esta asociación es artificial, ya que, al fin y

al cabo, el consumo de sustancias ya es en sí mismo una desviación de conducta, y no resulta sorprendente que se asocie a un espectro más amplio de alteraciones comportamentales⁴⁰.

También es destacable el 20% de comorbilidad clínica en los trastornos psicóticos, con un consumo significativamente mayor de anfetaminas que el resto de jóvenes hospitalizados. La utilización de drogas en pacientes con esquizofrenia es una constante, y para algunos autores alcanza hasta el 60%³⁷; sin embargo, hay muchas razones para explicar la misma: hay descritas psicosis de larga duración asociadas a consumos de distintas drogas, la utilización de las mismas para paliar síntomas negativos, deficitarios o efectos secundarios del tratamiento neuroléptico, además de las ya descritas para otros trastornos mentales⁴¹.

En el otro extremo se encuentran los trastornos de alimentación, donde, además de no existir un segundo diagnóstico relacionado con el consumo, éste es significativamente menor con relación al tabaco y al cannabis que el resto de la muestra de pacientes. Aunque se ha asociado de forma ocasional el consumo y los trastornos alimentarios, casi siempre en adultos, Steinhilber en un estudio de evolución de pacientes anoréxicas encontró que el 20% asociaban un trastorno por uso de sustancias⁴².

La identificación del consumo de drogas en pacientes adolescentes permite establecer estrategias de prevención con el fin de evitar los riesgos físicos y psicológicos que su uso conlleva. En el caso de adolescentes con patología mental grave, esto es especialmente importante, puesto que es conocida la asociación de ambas patologías con un peor ajuste psicosocial y respuesta al tratamiento, ocasionado, en definitiva, una peor evolución y recuperación de la enfermedad psíquica.

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Bibliografía

1. Encuesta sobre drogas a población escolar 2002. En: Observatorio Español sobre drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio el Interior; 2004.
2. Aarons GA, Brown SA, Hough RL, Garland AF, Wood PA. Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:419-26.
3. DeMilio L. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1212-4.
4. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*. 1993;102:133-44.

5. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR, Weissman MM, Goodman SH, Lahey BB, et al. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:693-9.
6. King RD, Gaines LS, Lambert EW, Summerfelt WT, Bickman L. The co-occurrence of psychiatric and substance use diagnoses in adolescents in different service systems: frequency, recognition, cost, and outcomes. *J Behav Health Serv Res*. 2000;27:417-30.
7. Roehrich H, Gold MS. Diagnosis of substance abuse in an adolescent psychiatric population. *Int J Psychiatry Med*. 1986;16:137-43.
8. Deas-Nesmith D, Campbell S, Brady KT. Substance use disorders in an adolescent inpatient psychiatric population. *J Natl Med Assoc*. 1998;90:233-8.
9. Piazza NJ. Dual diagnosis and adolescent psychiatric inpatients. *Subst Use Misuse*. 1996;31:215-23.
10. Grilo CM, Becker DF, Walker ML, Levy KN, Edell WS, McGlashan TH. Psychiatric comorbidity in adolescent inpatients with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:1085-91.
11. Reebye P, Moretti MM, Lessard JC. Conduct disorder and substance use disorder: comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Can J Psychiatry*. 1995;40:313-9.
12. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.;1995.
13. Windle M. A longitudinal study of antisocial behaviors in early adolescence as predictors of late adolescent substance use: gender and ethnic group differences. *J Abnorm Psychol*. 1990;99:86-91.
14. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:101-9.
15. Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M, et al. Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32:95-105.
16. Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32:8-20.
17. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS, Plutchik R. Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;27:357-61.
18. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:577-82.
19. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord*. 1988;15:227-33.
20. King CA, Ghaziuddin N, McGovern L, Brand E, Hill E, Naylor M. Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:743-51.
21. Dierker LC, Avenevoli S, Merikangas KR, Flaherty BP, Stolar M. Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1159-67.
22. Escobedo LG, Reddy M, Giovino GA. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*. 1998;93:433-40.
23. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:225-31.
24. Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodetman R, Brugha T, et al. Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *Br J Psychiatry*. 2003;182:509-17.
25. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. Mental health of teenagers who use cannabis. Results of an Australian survey. *Br J Psychiatry*. 2002;180:216-21.
26. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264:2511-8.
27. Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1131-41.
28. Zeitlin H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. *Drug Alcohol Depend*. 1999;55:225-34.
29. Burke JD, Jr., Burke KC, Rae DS. Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescence. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:451-5.
30. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:21-9.
31. Hovens JG, Cantwell DP, Kiriakos R. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescent substance abusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:476-83.
32. Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:30-6.
33. Brook JS, Cohen P, Brook DW. Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:322-30.
34. Greenbaum PE, Prange ME, Friedman RM, Silver SE. Substance abuse prevalence and comorbidity with other psychiatric disorders among adolescents with severe emotional disturbances. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:575-83.
35. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Edell WS, McGlashan TH. Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry*. 1996;153:914-20.
36. Brown SA, Gleghorn A, Schuckit MA, Myers MG, Mott MA. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. *J Stud Alcohol*. 1996;57:314-24.
37. Hambrecht M, Hafner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1996;40:1155-63.
38. Federman EB, Costello EJ, Angold A, Farmer EM, Erkanli A. Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents the Great Smoky Mountains Study. *Drug Alcohol Depend*. 1997;44:69-78.

39. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:1221-9.
40. Bukstein OG. Adolescent substance abuse: assesment, prevention and treatment. Nueva York John: Wiley; 1995.
41. Boutros NN, Bowers MB, Jr. Chronic substance-induced psychotic disorders: state of the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1996;8:262-9.
42. Steinhausen HC. Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:271-6.