

Presentación de casos

Cocaïnomanía, adicción y embarazo: tres años después

[Miguel Lugones Botell.](#)¹ [Mariela Madruga Fernández](#)² y [Gilda Echevarría Gómez](#)³

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 22 años adicta a la cocaína desde la adolescencia, la cual presentó su primer embarazo y parto hace 3 años, y en el que se obtuvo un recién nacido bajo peso de 2 350 g producto de una cesárea con sufrimiento fetal agudo. Durante su gestación mostró rechazo al producto de la concepción, y después de ocurrido el parto mostró cierto interés por su hijo durante los primeros días del puerperio, pero posteriormente este fue rechazado totalmente por ella y comenzó a dejarlo con vecinos y amistades para poder consumir. Se han realizado varios intentos de desintoxicación, pero la paciente los ha rechazado, manifestando que si lo hace “deja de ser ella”. Tuvo un intento suicida. Se logró insertarla en un centro de trabajo, pero tuvo nuevamente la recaída en la que se encuentra en estos momentos, con deterioro de su persona y calidad de vida. El niño se ha mantenido una gran parte del tiempo con vecinos y amistades y en instituciones infantiles. Tiene como características ser muy intranquilo, presentar tartamudez y enuresis diurna, no obedece las órdenes y tiene retardo en algunos procesos intelectuales, poca información general y tampoco logra el control muscular. En sentido general, es un niño necesitado de afecto y aprobación social.

Palabras clave: Cocaína, adicción, atención primaria de salud.

El problema mundial de la drogadicción no solamente tiene repercusión negativa desde el punto de vista individual o social, sino también en todos los demás sentidos. Si la potencialidad de esclavizar al consumidor en un tiempo breve es una de las características de todas las drogas consideradas ilegales, la llamada “dureza” de las mismas tiene una gran efectividad.

El incremento dramático de la drogadicción en la población de nuestro tiempo no exime a las mujeres en edad de concebir. Un número elevado de mujeres consume drogas legales o ilegales durante el embarazo, y ello representa un problema de salud que tiene gran repercusión clínica, social y psicológica para el recién nacido,¹ por lo que resultan muy importantes las investigaciones que se realicen en este sentido.

Se ha planteado con mucha razón que de la misma manera que existe el llamado “fumador pasivo”, que es capaz de sufrir los daños del cigarro sin consumirlo directamente, hay también “bebedores pasivos,” que son los que sufren las consecuencias del consumo de sustancias ilegales en el rol de cónyuges, hijos, padres, etcétera. Esta reflexión es muy importante para poder abordar integralmente la trascendencia del problema social que a nivel mundial tiene este dilema (González MR, Barrientos LLG, León GM, García YM. Atención a las adicciones en la comunidad. MINSAP. Dirección Nacional de Atención al Adulto Mayor. La Habana. 2002:2-3).

Se plantea que la expectativa mundial de por vida para sufrir en algún momento un problema de salud relacionado con el abuso o dependencia de sustancias que afectan el comportamiento, llega alrededor del 10 % de la población mundial actual, lo que significa unos 600 millones de habitantes. Si además de esto, sumamos la totalidad de personas que sufrirán las consecuencias de un consumo irresponsable de estas sustancias sin ser adictos, la cifra alcanzaría unos 1 000 millones, pero si sumamos también los que sufrirán relevantes consecuencias funestas, fundamentalmente los convivientes y familiares, sería afectada la tercera parte de la población general del planeta, o sea, unos 7 mil millones de personas.²

Considerando todo lo señalado con anterioridad, haremos la presentación del caso de una paciente adicta a la

cocaína, que consumió durante todo su embarazo, e informaremos sobre su evolución y la del niño durante los últimos 3 años, después de ocurrido el parto.

Presentación y evolución de la paciente

Paciente DRH de 22 años que consume cocaína desde la adolescencia y durante su embarazo, que tuvo su parto por cesárea el 28 de enero de 2000 con 37,2 semanas de edad gestacional por sufrimiento fetal agudo, obteniéndose un RNBP de 2 350 g. Durante el acto quirúrgico presentó gran excitabilidad.

En el puerperio inmediato mostró interés por su niño, y por su condición de adicta permaneció hospitalizada hasta que el niño ganó peso y se tuvo la certeza de su evolución satisfactoria. En esta etapa la paciente se mostraba ansiosa por no poder consumir. Fue ayudada por su bisabuela, único familiar que tiene en Cuba, y aumentó el consumo de cigarrillos en este período.

Transcurridos los 25 días de parida comenzó a consumir, pero lo negaba. El niño comenzó a presentar somnolencia y fue por ese motivo que manifestó que consumía, por lo cual fue suspendida la lactancia de inmediato. A partir de este momento comenzó a manifestar desinterés por el niño, expresaba en ocasiones que quería pegarle cuando lloraba de noche y que “no lo resistía”, por lo que comenzó a dejar al niño con amistades, vecinos, y en ocasiones estuvo más de un día sin saberse de ella, pues se iba a consumir. Se mostraba muy agresiva y alterada con el niño y manifestaba que no lo quería. Cuando no tenía donde dejarlo, se encerraba en su casa con otras personas, además del niño, para poder consumir.

Durante esta etapa se mantuvo al niño en una institución infantil en la que se veló siempre por su cuidado y salud, además de la atención que se le daba periódicamente en el consultorio.

En mayo de 2001 realizó un intento suicida con 30 tabletas de diazepam. “No quería vivir”, refiere, pues el niño le molesta, no duerme, no tiene trabajo ni dinero y está muy ansiosa. No se deja ayudar. Desde el momento del parto se intentó en varias oportunidades comenzar tratamiento de desintoxicación, pero siempre se negó, manifestando reiteradamente que “cuando se cure ya no va a ser ella”.

Debido a su intento suicida estuvo ingresada en la sala de psiquiatría de una unidad hospitalaria, donde se le impuso tratamiento que abandonó inmediatamente al salir de alta. Fue valorada por psicología, y se mantuvo la ayuda por los servicios de Trabajo Social para la ayuda económica, así como también la ubicación del niño en un círculo infantil.

En febrero de 2002 comenzó a trabajar y mostró alguna responsabilidad hacia el trabajo y refería que no consumía. A pesar de esto, mantenía el maltrato al niño y lo dejaba los fines de semana solo o con algún vecino con evidencias de que se iba a consumir. Así permaneció durante 1 año aproximadamente, etapa en la que ganó peso y mantuvo mejor aspecto personal. Comenzó una nueva relación que no consumía drogas.

Un año después comenzó a tener problemas laborales, por lo que hizo cambio de trabajo, hasta que en mayo de 2003 dejó de trabajar. Desde entonces se ha mantenido consumiendo, cuando no puede consumir *crack* ingiere alcohol hasta llegar a la embriaguez. Se le han gestionado turnos médicos en centros de salud mental, pero no ha acudido. Manifiesta que aún no asimila al niño, a pesar del esfuerzo que hace, pero que le molesta. Refiere que cuando el niño le pregunta si lo quiere ella le dice que no, y entonces se autoagrede, se da golpes y llora mucho. En estos momentos está consumiendo en exceso y el niño se encuentra en una institución.

Presentación del niño

Paciente JARH de 3 ½ años de edad, nacido el 28 de enero de 2000 con peso de 2 350 g y apgar de 1-6. Durante su etapa de recién nacido se mantuvo con lactancia materna solo durante los primeros 25 días, momento en que hubo que suspenderla y comenzar a suministrarle leche evaporada, porque la madre comenzó a consumir drogas nuevamente y se le observaba muy somnoliento, pues dormía gran parte del día, y ni siquiera despertaba para su alimentación. A partir de este momento alcanzó el peso adecuado y mantuvo seguimiento por los servicios de neonatología, además del consultorio médico del área de salud.

Persistió el trastorno del sueño y la irritabilidad con llanto fácil. A los 5 meses fue ingresado porque presentó bronconeumonía, proceso durante el cual la madre intentó varias veces irse de alta sin la autorización médica. Como ya señalamos en la evolución de la madre, durante toda esta etapa, el niño permaneció en casa de vecinos o amistades, pues ella lo dejaba para irse a consumir. En este período se le cambia la leche por yogurt a solicitud de la madre.

En febrero de 2001 el niño pasa a una institución infantil hasta mayo aproximadamente. En junio de ese mismo año, presenta anemia con cifras de hemoglobina de 8,5 g/L y en el estudio se confirma anemia nutricional por déficit de hierro, por lo que se le impone tratamiento. Se mantiene en un círculo infantil, con cierta inestabilidad, pues en ocasiones no lo llevaba y lo dejaba en la casa de vecinos o amistades. Se logra que mejore su anemia.

Este niño siempre ha presentado intranquilidad y tristeza en su rostro, no duerme bien, se despierta de noche, y cuando ella no está en el hogar se orina y defeca. En estos momentos se encuentra en una institución infantil. Tiene un peso adecuado, y se encuentra en el percentil de niño eutrófico. Ha tenido lesiones de quemaduras por cigarro. Manifiesta miedo a la madre, y persiste la doble incontinencia ante algún temor. Su peso es de 15 Kg, y la talla de 103 cm. La valoración nutricional es del 10-25 percentil.

Perfil psicológico de la madre

Es una paciente con riesgo suicida y riesgo social por drogadicción. Mantiene personalidad de tipo formal, fría, inmadura, voluble, irritable, sumisa, dependiente, inestable, indolente, sociable, desconfiada, mitómana. Manifiesta poca preocupación por los demás, es decir, antepone intereses individuales por sobre los sociales. Es irresponsable e insegura. Mantiene inestabilidad emocional y frialdad afectiva. Manifiesta rechazo afectivo hacia el hijo, pues constituye un impedimento para estar libre para sus distracciones y poder consumir la droga, lo que la lleva a darle sedantes en ocasiones para poder dormirlo. Dice no quererlo, que le molesta, por lo que lo deja solo.

Caracterización psicológica del niño

Paciente de 3 ½ años que viste descuidadamente. Es retraído y tiene expresión triste. Presenta síntomas tales como la tartamudez, la enuresis diurna primaria, la irritabilidad, el llanto fácil, no obedece las órdenes, siente miedo inmotivado, intranquilidad y presenta dificultades en la concentración y la atención, así como también son evidentes los trastornos del sueño. En la entrevista refiere miedo a la madre, pues esta le da golpes. Prefiere estar con la señora que lo trae a las consultas.

En las pruebas de desarrollo intelectual se le observa retardo en algunos procesos intelectuales, poca información general, y tampoco logra buen control muscular. En general, es un niño necesitado de afecto y aprobación social.

Consideraciones generales

Nadie a estas alturas podría poner en duda la capacidad adictiva de la cocaína. En estos últimos años la consideración de la cocaína como una de las sustancias con mayor poder adictivo ha sido posible, tanto por los avances neurobiológicos de su acción sobre el sistema nervioso central, como por la creciente experiencia clínica obtenida del tratamiento de pacientes adictos.²

Uno de los primeros aspectos que resalta en la evolución durante estos 3 años de esta paciente adicta a la cocaína es el deterioro de la salud psíquica, con incremento de la ansiedad y la depresión, aspectos estos que la han llevado hasta el intento suicida, el deterioro de las relaciones sociales, así como el poco control que tiene sobre sí misma, pues se ha evidenciado una ostensible merma de la voluntad para combatir la conducta adictiva, y el deterioro y empeoramiento de su calidad de vida en este último año. Estos aspectos han sido señalados en otros estudios que se han realizado a otros colectivos de pacientes con esta adicción,³⁻⁶ así como también el deterioro de la vida familiar y laboral.⁷

La prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrada entre los adictos a cocaína se ha puesto de manifiesto en distintos estudios. Tradicionalmente se han señalado como complicaciones psiquiátricas más frecuentes provocadas

por el abuso de cocaína: la psicosis, la ansiedad, la depresión, y los cambios de personalidad, la mayoría presentes en nuestra paciente. Debemos resaltar que en ella se asocia al consumo de cocaína la ingestión de alcohol, lo cual incrementa los efectos de la droga, pues la ingesta de alcohol como detonante del *craving* y conducta de búsqueda compulsiva de cocaína, influye en haber una mayor pérdida de control del consumo, más los problemas sociales y las conductas de riesgo y antisociales.⁸

Los efectos de la cocaína durante el embarazo ya los hemos señalados en el primer reporte que hicimos del caso durante el embarazo,⁹ aunque algunos autores han reportado efectos confusos y contradictorios en este sentido.⁵ En nuestra paciente durante el embarazo hubo sufrimiento fetal agudo al término de la gestación, así como un RNBP, aspectos que han sido reportados dentro de las complicaciones del uso de esta droga durante la gestación.

No se conocen totalmente los efectos del uso prenatal de la droga en los niños durante su desarrollo. Es difícil estimar todas las consecuencias de su uso, dado que por lo general se usa más de una droga. Muchos recordarán que en la década anterior los llamados *bebés cracks*, o sea, los niños que nacen de madres adictas a la cocaína durante el embarazo, que fueron declarados como una generación perdida. Se decía que esa generación iba a sufrir severos daños irreversibles, una menor inteligencia y habilidades sociales reducidas. Luego se determinó que esto había sido una exageración, ya que la mayoría de los *bebés cracks* parecía que se recuperaban bien. Sin embargo, ha sido señalado, que no se debe interpretar como un signo positivo que estos niños parezcan normales, pues con el uso de una tecnología avanzada los científicos están ahora descubriendo que cuando durante el desarrollo fetal se les expone a la droga, se producen cambios pequeños, pero muy importantes para el futuro, en particular en lo relacionado con el comportamiento adecuado para el éxito en la escuela, como la habilidad de bloquear las distracciones y la concentración a largo plazo.¹⁰

Se han realizado numerosos estudios sobre las consecuencias en relación con el crecimiento físico, el desarrollo cognitivo y motor, el lenguaje, el comportamiento, la atención y la afectividad; pero los efectos de la exposición prenatal a la cocaína sobre la estructura y función del SNC del recién nacido, aunque parecen dependientes en parte de la dosis, todavía no están plenamente demostrados.

Existe una revisión en la que concluyen que en niños menores de 6 años no hay evidencia convincente de que la exposición a la cocaína se asocie de manera independiente a efectos tóxicos del desarrollo, tanto físico, o sea, del crecimiento, como conductual,¹ aunque estos datos son insuficientes en el caso de niños pretérminos, como lo fue el que nos ocupa. Estudios realizados informan que la mayoría de los niños nacidos de mujeres adictas han tenido una evolución favorable, aunque puede ser que muchos de los problemas se presenten, desde el punto de vista pediátrico, neuropsicológico y social, con el paso de los años. De hecho, las drogas con las que se ha relacionado una mayor afectación al recién nacido son la heroína y la cocaína.¹⁰

Es importante destacar que estamos haciendo la presentación de un caso que tiene importante connotación familiar y social, lo que influye, indiscutiblemente en las manifestaciones que presenta, tales como la irritabilidad, el llanto fácil, la enuresis, etc., y que necesariamente no tienen por qué guardar relación directa con el uso de la cocaína de la madre durante el embarazo, aunque sí con las consecuencias de la agresividad, la falta de afecto y desatención que ha padecido. El uso de drogas durante el embarazo no solamente importa por sus efectos y morbilidad durante el período neonatal, sino también para su desarrollo físico, psicoafectivo y neurológico, así como también para su correcta integración social durante los primeros años de la vida.¹

De ahí que el mensaje fundamental de este reporte es lo que señalamos al inicio del trabajo acerca de que el problema de la drogadicción no solamente debe tomar en cuenta que el daño que produce no es solamente individual o social, sino también sobre las irresponsabilidades que conllevan su uso en todos los sentidos, más aún cuando hay involucrados niños pequeños, y que el objetivo ideal de los pacientes con dependencia a la cocaína es la abstinencia total.

Summary

Cocainomania. Addiction and pregnancy: three years later

The case of a 22-year-old patient addict to cocaine since adolescence is reported. Her first pregnancy and delivery

took place 3 years ago. She had a child that weighted under 2 350 g resulting from a cesarean section with acute fetal suffering. During gestation, she rejected the product of conception and after delivery she showed certain interest in her child during the first days of puerperium, but later she totally rejected the baby and began to leave him with neighbors and friends to consume cocaine. Several efforts have been made to detoxicate her, but she she has refused saying that if she does so, she no longer be herself. She attempted suicide once. She began to work, but she had another relapse with deterioration of her person and quality of life, and she has not been able to recover. The child is most of the time with neighbors and friends and in children's institutions. He is very restless, presents stammering and day enuresis, he does not obey orders and he shows retardation in some intellectual processes, he has little general information and he has no muscular control. In general, he needs affection and social approval.

Key words: Cocaine, addiction, primary health care.

Referencias bibliográficas

1. Martí M, Cabrera JC, Castillo VM, Toledo L, Calvo F. Repercusión en el neonato de la drogadicción materna. BSCP Can Ped 2001;25(3):6.
2. Galindo MA. Manejo del paciente con dependencia a la cocaína. Doyma. Trastornos Adictivos. 2000;2(2):122-32.
3. Havassy B, Arns P. Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high risk psychiatric patients. Psychiatr Serv 1998;49:935-40.
4. Sánchez-Hervás E, Morales E, Tomás V. Gravedad de la psicopatología en usuarios de drogas. Psiquiatr Biol 2000;7:95-9.
5. Foster J, Marshall E, Hooper R, Peter T. Measurement of quality of life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist. Alcohol 2000;20:105-10.
6. Finney J, Willenbring M, Moos R. Improving the quality of VA care for patients with substance-use disorders: the Quality Enhancement Research Initiative (QUERI) substance abuse module. Med Care 2000;38(Suppl 1):1105-13.
7. Sorel E. Cocaína, depresión y familia. Psicopatología 1990;10(4):192-4.
8. Pastor R, Llopis JJ, Baquero A. Interacciones y consecuencias sobre el consumo de alcohol y cocaína. Una actualización sobre el cocaetileno. Adicciones 2003; 15(2).
9. Lugones BM, Madruga FM, Yero CM, Peraza MC. Cocainomanía y embarazo. Presentación de un caso. RVOG 2002;11(5):62-4.
10. En: <http://165.112.78.61/ResearchReports/Cocaina/Cocaina5.html>

Recibido: 5 de mayo de 2005. Aprobado: 20 de mayo de 2005.

Dr. *Miguel Lugones Botell*. Policlínico Docente de Playa, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ [Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Diplomado en Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Diplomado en Investigación sobre Aterosclerosis.](#)

² [Especialista de I Grado en Medicina General Integral.](#)

³ [Licenciada en Psicología. Profesora Instructora.](#)

[Índice Anterior Siguiente](#)