

Medios de comunicación y adicciones

Guía para periodistas

Presentación: Prof. Julio Bobes, presidente de Socidrogalcohol

Prólogo: Dr. Francisco Pascual

Coordinador: Dr. Josep Guardia Serecigni

Financiado por:

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Medios de comunicación y adicciones

Guía para periodistas

Presentación: Prof. Julio Bobes, presidente de Socidrogalcohol

Prólogo: Dr. Francisco Pascual

Coordinador: Dr. Josep Guardia Serecigni

© Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). 2015.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

Plan de acción del Pla Nacional sobre Drogas 2013-2016

Nº de acción: 33

Acción: Plan de formación en drogodependencias y adicciones

ISBN:

SUMARIO

Prólogo / <i>Dr. Francisco Pascual</i>	5-6
Introducción: El concepto de adicción	7-18
1. Alcohol / <i>Dr. Josep Guardia Serecigni</i>	19-34
1.1 Consumo intensivo de alcohol	
2. Tabaco / <i>Dr. Francisco Pascual</i>	35-42
3. Benzodiazepinas / <i>Dr. Gerardo Flórez</i>	43-49
4. Cannabis / <i>Dr. Francisco Arias</i>	50-61
5. Cocaína / <i>Dra. Enriqueta Ochoa</i>	62-69
6. Opiáceos / <i>Dr. Juan José Fernández Miranda</i>	70-79
7. Anfetaminas	80-85
8. Juego Patológico	86-93
9. Drogas emergentes	94-99
10. Prevención	100-111
11. Glosario	112-124
12. Recursos generales y fuentes	125-148
13. Anexo: Propuesta de documento de consenso.	149-153

Prólogo

Informar es alertar, informar bien es prevenir

La Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y otras Adicciones (SOCIDROGALCOHOL) tiene el placer de presentarles la Guía para Periodistas. Medios de Comunicación y Adicciones.

Durante todos los años de existencia de nuestra Sociedad se ha mantenido una estrecha cooperación con los distintos medios de comunicación, sabemos que el fenómeno de las adicciones en general y de las drogas en particular ha sido y es un tema que despierta interés en la población y sobre el que puede escribir y comentar desde distintos ángulos. La propia enfermedad adictiva, las características de las distintas sustancias, sus consecuencias físicas y psíquicas, los enfoques terapéuticos e incluso sobre las connotaciones legales y delictivas o incluso del tráfico de sustancias.

Somos conscientes pues de la necesidad de los informadores a comunicar y del público a estar informado y por este motivo SOCIDROGALCOHOL ha querido dar un paso más. Elaborar una guía que sirva a los periodistas a tener la información básica al alcance de la mano, fácil de utilizar y como libro de consulta en el que se pueden ilustrar al respecto de los conceptos que utilizamos en torno a las adicciones, conocer distintos aspectos de cada una de las sustancias, las nuevas o emergentes y las de siempre (alcohol, tabaco, cannabis, etc...) todo ello desde la epidemiología a las causas, consecuencias o tratamiento. E incluso del juego patológico, debido a la alta frecuencia de este problema en nuestro país.

Pero además se hace una revisión de la prevención y se incluye un glosario de términos que permite al profesional de la información consultar de forma ágil aquellas palabras y términos que utilizamos los profesionales, se trata al fin y al cabo de hacerles su trabajo más fácil y ayudarles a ser claros y veraces en las piezas informativas que vayan a elaborar.

Como la información y la ciencia son un continuum, terminamos la guía con una propuesta de documento de consenso entre los periodistas y los profesionales de las adicciones que sirva de marco para huir de la banalización de las adicciones y en especial del mal uso de ciertas sustancias. Eso ha sido posible gracias a la colaboración directa de ANIS (Asociación Nacional de Informadores de Salud) con la que estamos en permanente contacto y coordinación para poner en su justo sitio un problema que tanto preocupa y ha preocupado a los españoles. Aunque las adicciones no sean, en las valoraciones del CIS sobre la opinión de los españoles, en estos momentos una preocupación de primer orden, no es porque esta haya perdido vigencia, si no porque ha habido otras más emergentes. Pero el problema de las drogas y adicciones sigue estando ahí.

Esperamos pues que la herramienta de trabajo que ahora tiene en sus manos le sea útil en el trabajo cotidiano y que se puedan sumar cada vez más profesionales y medios de comunicación al consenso lanzado desde ANIS – SOCIDROGALCOHOL. Seguimos a la disposición de todos los comunicadores que precisen nuestra opinión, ayuda o colaboración.

Informar es alertar, informar bien es prevenir.

Gracias de antemano por su interés, seguiremos trabajando conjuntamente.

*Dr. Francisco Pascual
Vicepresidente de SOCIDROGALCOHOL.*

Introducción:

El concepto de adicción

Dr. Josep Guardia Serecigni.

Adicción, del latín addictio.

Hábito que domina la voluntad de una persona. Dependencia de una sustancia, una actividad o una relación.

El término adicción puede considerarse como equivalente a un grave trastorno por consumo de sustancias, según lo define el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, quinta edición] (DSM-5, 2013).

El alcohol y las drogas “gustan” porque activan el circuito de recompensa cerebral y producen inmediatamente sensaciones agradables de bienestar, euforia o relajación. Pero, a diferencia de los alimentos o del agua, no producen “saciedad” sino más bien el efecto contrario, que lleva a repetir su consumo y a un deterioro del autocontrol, con el consiguiente riesgo de un consumo excesivo, que suele estar asociado a consecuencias negativas.

Comprender la peligrosidad del alcohol, el tabaco y las drogas, resulta más sencillo cuando se comprende bien el concepto de adicción. Muchas personas creen que el consumo moderado de estas *sustancias adictivas* no resulta peligroso y que, por tanto, un consumo “responsable” es siempre seguro. Esta creencia errónea probablemente está basada en la idea de que las personas somos capaces de controlar el funcionamiento de nuestro cerebro, cuando en realidad no siempre es así. De hecho, muchas funciones de nuestro cerebro están fuera de nuestro control voluntario. Por ejemplo, la respiración, la frecuencia cardíaca, la respuesta sexual, conciliar el sueño. Es más, cuando intentamos controlar voluntariamente estas funciones, es probable que empeoren, en comparación a cuando dejamos que se produzcan de manera espontánea. Otra creencia errónea sería que el cerebro que funciona bien es siempre “responsable”, “controla” el

comportamiento y, por tanto, todas las personas pueden consumir cualquier sustancia con “moderación”, si se lo proponen seriamente.

El concepto de adicción, como una enfermedad del cerebro o como un mal funcionamiento (disfunción) del cerebro, es más fácilmente comprensible para drogas como la heroína o la cocaína, pero menos para el tabaco y, todavía menos para las bebidas alcohólicas. Tal vez porque la mayoría de personas que toman bebidas alcohólicas lo hacen con moderación y no desarrollan una adicción, cuesta de comprender que otras personas *no puedan controlar* su consumo de bebidas alcohólicas.

Tabaco, alcohol y drogas activan el circuito que procesa la recompensa cerebral. Es decir, activan un circuito cerebral del que la naturaleza ha dotado a los mamíferos para facilitar el aprendizaje de conductas que son imprescindibles para su supervivencia individual (como la nutrición y la hidratación) o bien de la especie (como la búsqueda de pareja y la reproducción). Pero el funcionamiento fisiológico (es decir normal) de este circuito se activa con cantidades muy pequeñas de determinados neurotransmisores que fabrica el propio cerebro, como la dopamina o los opioides endógenos. En cambio, alcohol, tabaco y otras drogas producen una gran liberación de dichos neurotransmisores que producen un impacto

suprafisiológico (es decir, mucho mayor que el de los reforzadores naturales) sobre el circuito de la recompensa cerebral, lo cual queda bien grabado en la memoria emocional. Además, si dicho impacto se va repitiendo puede desestabilizar el equilibrio natural de estos sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales que intervienen en el control de la conducta de auto-administración de sustancias.

El funcionamiento normal de muchas estructuras del cerebro está basado en la acción contrapuesta de receptores cerebrales que tienen efectos antagónicos y que mantienen un funcionamiento equilibrado del sistema. Como sucede con los receptores GABA (inhibitorios) y los de glutamato (excitatorios). O también con los receptores mu opioides (cuya activación produce euforia) y los kappa opioides (que producen disforia).

El cerebro no funciona básicamente por activación sino más bien por inhibición y “filtrado” de su actividad de base. Este filtrado optimiza funciones que van desde las más sencillas y automáticas como la motricidad, hasta otras más complejas como el pensamiento, el razonamiento y las emociones. El comportamiento sería el producto resultante final de la integración de estas diversas funciones. Un cerebro que funciona bien sería, por tanto, un cerebro que “filtra” bien su actividad espontánea. Es

decir, que es capaz de inhibir los comportamientos inapropiados, en función del contexto o situación en el que la persona se encuentra en cada momento. Sin embargo, la enfermedad adictiva interfiere sobre determinadas funciones complejas del cerebro y resulta una *conducta adictiva*.

Las sustancias adictivas producen un efecto de Tolerancia. El efecto que se consigue con la dosis inicial (tranquilizador, inductor del sueño, estimulante...) va disminuyendo, lo cual obliga al consumidor a un incremento progresivo de las dosis, con la finalidad de conseguir mantener la intensidad del efecto deseado. Esta necesidad de conseguir un mayor efecto suele llevar además al consumo simultáneo de otros medicamentos, drogas y alcohol que, todos a la vez y a dosis elevadas, pueden causar una sobredosis mortal.

Otra de sus características es el efecto de Rebote. La persona que utiliza una determinada sustancia para tranquilizarse, suele sentirse todavía más nerviosa que antes de tomarla, cuando finaliza su efecto farmacológico y la que la utiliza como estimulante se va “hundiendo” cada vez más y necesita volver y volver a tomar, pensando que de esta manera estará cada vez mejor, cuando en realidad lo que consigue es sentirse cada vez peor.

La **Enfermedad Adictiva** se caracteriza por dos síntomas fundamentales:

Un **estado de necesidad biológica** de auto-administrarse la sustancia (o sustancias diversas) de la cual se ha desarrollado adicción.

Una **dificultad para controlar** el consumo de dichas sustancias, que conduce al consumo excesivo y que, a su vez, produce consecuencias negativas (familiares, laborales, sociales o también para la salud corporal y mental).

El consumo repetido, con dosis progresivamente crecientes, causa un gran impacto sobre el cerebro, el cual se adapta progresivamente al impacto repetido de la/s sustancia/s, para poder seguir funcionando con normalidad (NEUROADAPTACIÓN). Cuando la administración de la sustancia que ha producido estos cambios adaptativos se ve interrumpida o bruscamente reducida en su dosis habitual, se desencadenan los síntomas de ABSTINENCIA.

Llegados a este punto, el retorno al consumo moderado es prácticamente imposible. Podríamos decir que se ha producido una “avería” del circuito que gobierna el control de la conducta de auto-administración de la sustancia, que ya no se podrá reparar y se inicia la Enfermedad Adictiva.

Cuando la enfermedad adictiva es de baja gravedad, se producen pocas consecuencias negativas y poco importantes, o bien son a largo plazo. Pero una grave adicción va asociada a graves consecuencias negativas y la persona se convierte en una especie de “robot” programado para buscar, conseguir y auto-administrarse la sustancia de la cual ha desarrollado adicción, debido a que la “necesidad” biológica de hacerlo es imperiosa e incoercible. “¡O me fumo ahora mismo un cigarrillo, o me muero!”. La dificultad para controlar también puede ir desde un pequeño descontrol intermitente hasta la total pérdida de

control, la cual puede aparecer en cualquier ocasión en la que la persona empieza por una copa y “necesita” seguir bebiendo, hasta llegar a la intoxicación (o embriaguez). Cuando además se acompaña del consumo de otras sustancias que enlentecen el funcionamiento del cerebro, como las pastillas tranquilizantes para dormir o analgésicos opiáceos, pueden llevarle a una SOBREDOSIS potencialmente mortal, debido a una parada cardio-respiratoria.

Por lo tanto, el consumo de sustancias adictivas produce unos cambios adaptativos sobre el cerebro, que genera un “estado de necesidad” de consumir reiteradamente la sustancia, ya que el cerebro ADAPTADO a funcionar con esta sustancia necesita periódicamente una nueva dosis, para evitar padecer el desagradable síndrome de abstinencia, o simplemente porque lo “NECESITA” (fumar un cigarrillo, tomar una copa, una pastilla tranquilizante, para dormir o un calmante del dolor), en determinadas situaciones, para obtener un efecto concreto, o para evitar sufrir síntomas desagradables de abstinencia u otros síntomas psiquiátricos de ansiedad, estrés, desánimo, ira, etc.

Por tanto el alcohol, el tabaco, determinadas pastillas tranquilizantes o analgésicas y las drogas ilegales; son sustancias que tienen un cierto potencial adictivo por sí mismas. Que la persona llegue o no a desarrollar una adicción depende también de otros factores

individuales y ambientales, que pueden coincidir, en un determinado momento de la vida de cualquier persona.

De todos modos, la propia capacidad adictiva de la sustancia, el patrón de consumo y la vía de administración, van a jugar un papel fundamental en el desarrollo del proceso adictivo. Por ejemplo, la persona que fuma cigarrillos cada día o la que toma determinadas pastillas tranquilizantes o para dormir (cada día) o la que toma analgésicos opiáceos (cada día) o la que hace “atracones” de bebida con frecuencia tienen bastantes posibilidades de desarrollar una adicción a dichas sustancias. Si además son consumidoras habituales de diversas sustancias al mismo tiempo, la probabilidad de desarrollar adicción es todavía mayor. Cuando la persona ha desarrollado la adicción ya no podrá retornar a un consumo moderado, debido a que ha perdido la capacidad para controlarlo.

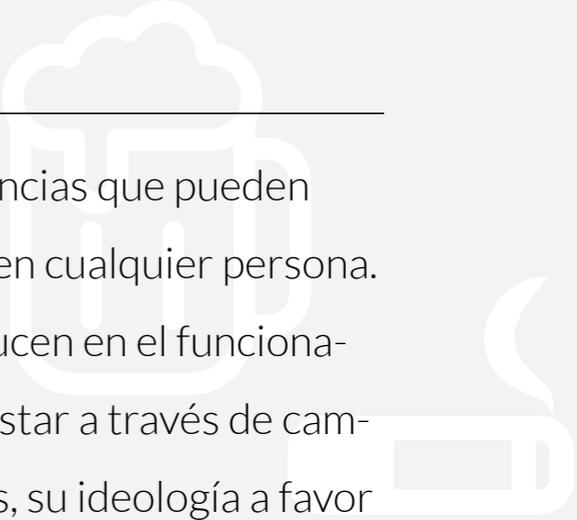
Cuando una enfermedad adictiva se encuentra en su etapa inicial, es decir, cuando una persona empieza a presentar “problemas” que se repiten y que son consecuencia del consumo reiterado de una determinada sustancia, todavía es posible detener el proceso de agravamiento progresivo de la adicción, mediante un tratamiento especializado, y prevenir o evitar las consecuencias negativas futuras, relacio-

nadas con su desadaptación familiar, laboral, social y con su salud (corporal y mental).

Las evidencias neurobiológicas sugieren que cualquier persona puede desarrollar una adicción, si se encuentra sometida a factores ambientales (como el estrés intenso y prolongado) o bien farmacológicos (como la administración de agonistas de los receptores dopaminérgicos), ya que tanto unos como otros pueden incrementar la vulnerabilidad hacia la adicción.

No solo las personas que desarrollan una adicción pueden sufrir las consecuencias negativas del alcohol o las drogas, ya que su consumo excesivo, tanto agudo como crónico puede ser perjudicial, sin que la persona haya desarrollado adicción. Además la proporción de personas que sufren las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol o drogas es muy superior a la de los que han llegado a presentar adicción.

Sin embargo, cuando la enfermedad adictiva se ha consolidado, sus consecuencias negativas serán cada vez más frecuentes y más graves y, si no responde a un tratamiento especializado de su adicción, las consecuencias pueden llegar a ser devastadoras, tanto para el propio paciente como para los familiares que conviven con él.



Alcohol, tabaco y drogas, son sustancias que pueden producir una **enfermedad adictiva** en cualquier persona. Los progresivos cambios que producen en el funcionamiento del cerebro se van a manifestar a través de cambios en sus respuestas emocionales, su ideología a favor de la sustancia adictiva, la “obsesión” por la búsqueda y el consumo de la sustancia y la “compulsión” que le lleva al consumo excesivo o descontrolado, de la sustancia. Y todo ello se encuentra fuera del control voluntario de la persona que ha desarrollado una adicción. Por tanto, se trata de una verdadera “Enfermedad del Cerebro”, que requiere de un tratamiento especializado, por parte de un equipo de profesionales expertos.

Los factores más importantes para la recuperación de la adicción son el esfuerzo personal del enfermo adicto y el tratamiento especializado. Si el paciente no se esfuerza por seguir las instrucciones de los expertos, es poco probable que se recupere de su adicción, pero si no recibe un tratamiento especializado, aunque consiga recuperarse es probable que su recuperación no sea estable.

Resulta muy difícil “resistirse” a consumir en determinadas situaciones y un primer consumo suele arrastrar a la recaída. Una recaída tardía puede ser devastadora en una persona que ya se encontraba en remisión estable de su adicción, ya que el descontrol puede ser todavía mayor que antes y puede verse rechazado por sus familiares.

Además, las decisiones del paciente adicto suelen ser cambiantes, lo cual le impide un claro avance hacia la recuperación. La enfermedad adictiva modifica no solo el comportamiento, sino también la manera de pensar, sus opiniones, actitudes y motivaciones, que pasan a ser cada vez más favorables hacia el consumo de la sustancia, de la cual es consumidora habitual.

La mayoría de enfermos adictos no siguen un tratamiento especializado. Toman sus propias decisiones y, en lugar de avanzar en el proceso de recuperación, se van “hundiendo” progresivamente, dado que las

consecuencias familiares, laborales y los trastornos médicos y psiquiátricos, que se van sumando a la adicción, contribuyen al empeoramiento progresivo de su enfermedad adictiva.

De todo ello se puede deducir que la mejor manera de prevenir una adicción es evitar iniciar el consumo de sustancias adictivas. Casi todas las personas que han desarrollado una adicción han empezado pensando que ellos podrían controlar el consumo de la sustancia y que, por tanto, ellos no desarrollarían la adicción. Tal vez porque desconocían la propia capacidad adictiva de la sustancia, de su patrón de consumo, o de determinados factores individuales o ambientales, que jugaron también algún papel, como por ejemplo, situaciones de estrés crónico o postraumático, victimización por malos tratos, determinados empleos en conexión con la venta y el consumo de sustancias adictivas y otros factores muy diversos.

Más información

Plan Nacional sobre Drogas

*Drugs, Brains, and Behavior:
The Science of Addiction* NIH

*Las drogas, el cerebro y el comportamiento:
La ciencia de la adicción* NIH
(Cast. Actualizado a noviembre 2014)

Las drogas y el cerebro, Las drogas.info

<http://www.helpguide.org/harvard/how-addiction-hijacks-the-brain.htm>

European Brain Council (EBC)

Revista ADICCIONES de SOCIDROGALCOHOL

Sociedad científica SOCIDROGALCOHOL

Sustancias adictivas

La encuesta EDADES 2013, publicada por el Plan Nacional sobre Drogas en marzo de 2015, incluye un total de 23 sustancias adictivas entre las que tienen el primer lugar alcohol, tabaco e hipnosedantes.

EDADES
Plan Nacional Sobre Drogas

1

El alcohol, el tabaco y las drogas son sustancias cuyo consumo reiterado puede generar un estado de "necesidad biológica" de auto-administrarse dicha sustancia y también importantes cambios en la "mentalidad" de la persona consumidora.

Comprender la peligrosidad del alcohol, el tabaco y las drogas, resulta más sencillo cuando se comprende bien el concepto de adicción.

2

3

Efectos como tolerancia y rebote van a producir cambios neuroadaptativos, que se pondrán de manifiesto al interrumpir o reducir sustancialmente el consumo habitual, en forma de síntomas de abstinencia.

La abstinencia aguda de una determinada sustancia genera un "estado de necesidad" que consolida la conducta adictiva e intensifica su consumo repetido

4

5

Tras una temporada de abstinencia continuada, un nuevo consumo de la sustancia adictiva puede disparar un estado de descontrol respecto a su auto-administración, que puede llevar a la sobredosis.

6

El consumo de diversas sustancias al mismo tiempo va a aumentar la gravedad de las sobredosis y las va a convertir en potencialmente mortales.

La conducta adictiva queda condicionada a determinados estímulos ambientales e individuales. Ante la presencia de dichos estímulos es probable que se pongan en marcha respuestas automáticas de búsqueda y consumo de la sustancia. Y tras un primer consumo es probable que se produzca el efecto de descontrol que le arrastre a la recaída.

7

8

Cuanto más grave es la adicción mayor es también el deterioro del autocontrol y la conducta de consumo de sustancias se convierte en más "robotizada". Por tal motivo resulta un contrasentido pedir a una persona que ha desarrollado una grave adicción que controle su consumo (por ejemplo de alcohol) y que beba con moderación.

Por el mismo motivo resulta poco razonable la expectativa de que una persona que tiene alcoholismo o adicción a otras drogas y que ha cometido diversos delitos no los vuelva a cometer en el futuro, si persiste en su consumo de alcohol o otras drogas.

9

10

Únicamente un tratamiento especializado del alcoholismo y/o de la adicción a drogas pueden prevenir la reincidencia en el delito, cuando dicho delito está directamente relacionado con el abuso de alcohol y/o drogas.

Capítulo 1:

Alcohol

Dr. Josep Guardia Serecigni.

Se calcula que un 3,4% de los ciudadanos europeos, unas 15 millones de personas, sufren adicción al alcohol o alcoholismo, que afectaría más a los hombres (5,4%) que a las mujeres (1,5%) (*Rehm y cols, 2012*)

El consumo excesivo de alcohol, que va asociado a consecuencias negativas, se puede manifestar a través de tres conductas diferentes:

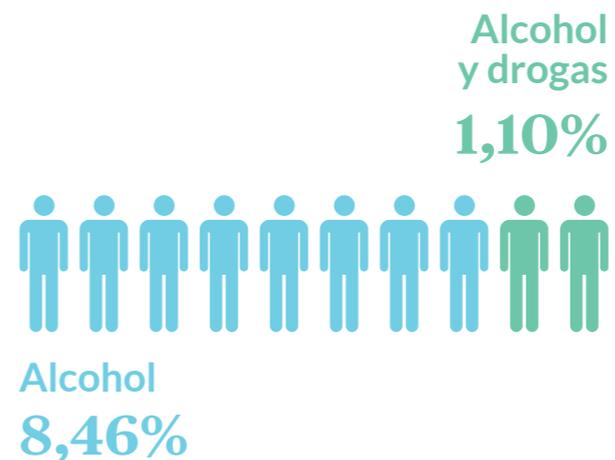
Adicción al alcohol

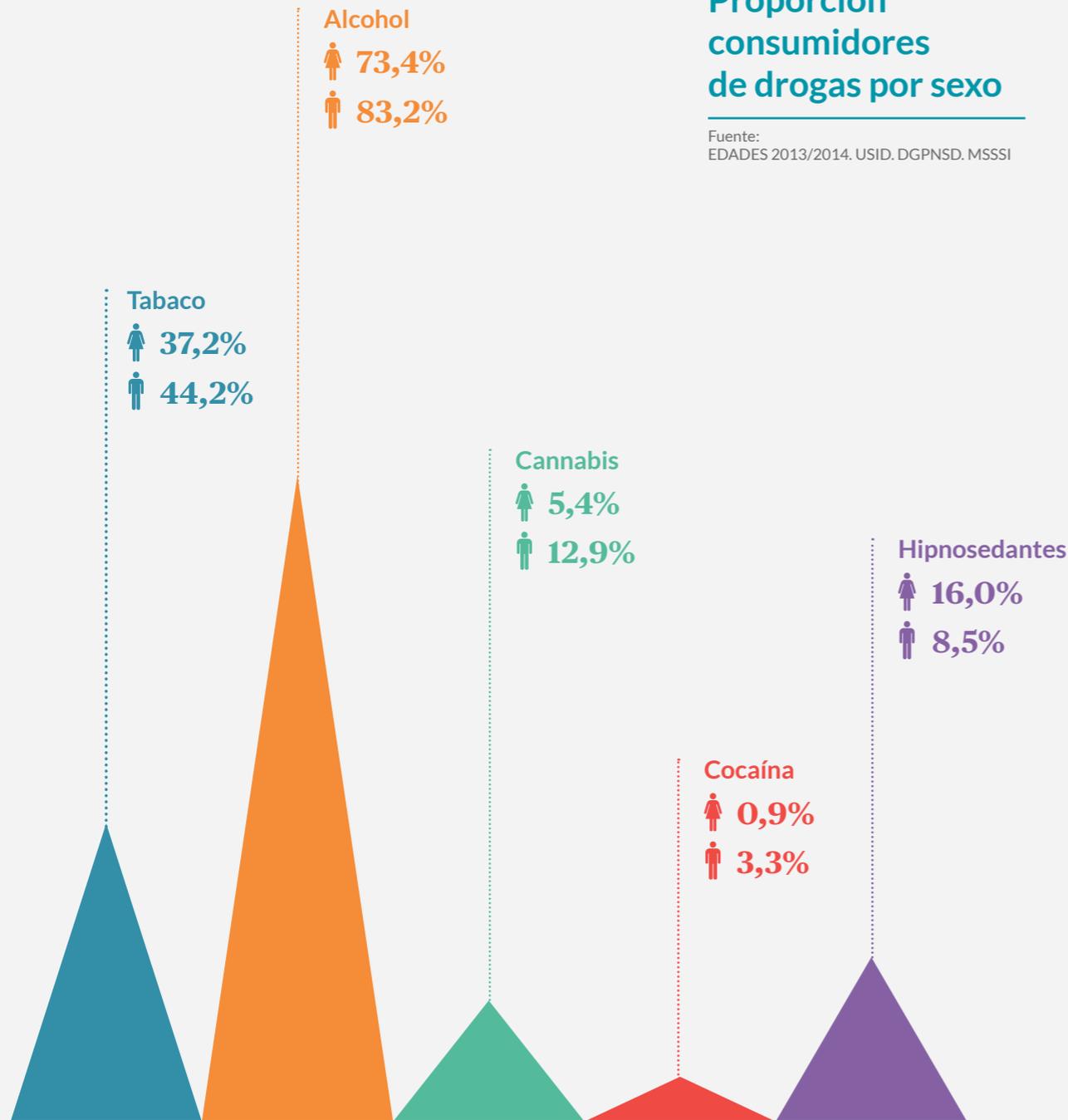
El alcohol es una sustancia que puede llegar a tener un poderoso efecto reforzador en determinadas situaciones, ya que a su efecto reforzador positivo, (que se experimenta como sensación de bienestar o recompensa cerebral), se añade otro efecto reforzador negativo (sensación de alivio de diversas formas de malestar, como pueden ser cualquier síntoma psiquiátrico o la propia abstinencia del alcohol). El impacto motivacional de este efecto reforzador es el que lleva a la repetición frecuente de su consumo y va forjando el condicionamiento adictivo. Tras su consumo repetido, (excesivo y continuado) se van a producir además cambios adaptativos, debidos al impacto repetido del alcohol sobre determinados sistemas de neurotransmisión que alteran progresivamente el funcionamiento de los circuitos que intervienen en el control de la conducta de búsqueda y consumo de alcohol, lo cual supone el trasfondo neurobiológico de la adicción al alcohol. La persona que ha desarrollado una adicción al alcohol (o ALCOHOLISMO) puede tener (o no tener) síntomas de abstinencia, cuando interrumpe bruscamente su consumo de alcohol, pero el síntoma que suele estar

siempre presente es un síntoma conductual que consiste en la dificultad para controlar el consumo de alcohol, que es la disfunción que le lleva a beber en exceso. Es decir, la persona que padece alcoholismo bebe en exceso porque no puede evitarlo, ya que poco o mucho tiene un deterioro en su capacidad para controlar su consumo de alcohol y no puede evitar seguir bebiendo en exceso, a pesar de que su consumo de alcohol le ocasiona consecuencias negativas.

Existen muy diversos niveles de gravedad del alcoholismo. Desde un alcoholismo de baja gravedad, (que sería lo más parecido al consumo excesivo de una persona que no ha desarrollado una adicción al alcohol), hasta un alcoholismo muy grave, (que sería parecido al de cualquier otra adicción grave como la de heroína, cocaína o metanfetamina). Además, el alcoholismo suele estar asociado a otros trastornos adictivos, médicos y psiquiátricos, que contribuyen a empeorar su gravedad de manera progresiva. Es decir, conforme la enfermedad alcohólica avanza y se cronifica, lo más probable es que su gravedad se intensifique. Por tanto, su detección precoz y su tratamiento especializado pueden detener el curso de la enfermedad, evitando el desarrollo de comorbilidades diversas y otras consecuencias negativas más graves, que inevitablemente se van a producir (más adelante), si la enfermedad sigue progresando. Los trastornos adictivos, psiquiátricos y médicos,

asociados al alcoholismo generalmente asumen el protagonismo diagnóstico, lo cual contribuye a que la adicción al alcohol sea una enfermedad infradetectada e infratratada. **En Estados Unidos el alcoholismo afecta a un 8,46% de la población general, la mayoría de personas que tienen problemas de drogas también los tienen con el alcohol y una elevada proporción de personas que presentan otros trastornos psiquiátricos (afectivos, de ansiedad, de personalidad o psicóticos), tienen al mismo tiempo alcoholismo.**





Consumo excesivo habitual de alcohol

El consumo excesivo habitual de alcohol, que se define como el que supera los 60 gramos/día para los hombres y los 40 gr/día para las mujeres está asociado a consecuencias negativas para la salud. Afecta al 15,3% de los hombres y al 3,4% de las mujeres europeas.

Las personas que sufren una adicción al alcohol hacen un consumo excesivo de alcohol porque no pueden evitarlo, pero muchas personas lo hacen porque desean hacerlo y porque nunca se han planteado que puede llegar a perjudicarles a largo plazo.

El consumo excesivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades, de una manera dosis-dependiente, es decir, a mayor cantidad de alcohol total bebido, mayor es el riesgo de dichas enfermedades que producen discapacidad.

Los costes sociales atribuibles al alcohol han sido cifrados en 155,8 billones de euros, sumando al impacto que el alcohol tiene sobre la persona que bebe y el impacto indirecto sobre las personas de su entorno. Y a todo ello habría que añadir los costes intangibles, es decir, el dolor y el sufrimiento que todo ello produce (Rehm y cols., 2012; 2013).

El consumo de alcohol por habitante suele ser más elevado en los países que tienen un nivel económico más elevado. Estos países suelen tener al mismo tiempo una mayor cantidad de personas que hacen un consumo intensivo de alcohol, que a nivel mundial afectaría a un 16% de personas mayores de 15 años, que toman bebidas alcohólicas.

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2012, 3,3 millones de personas fallecieron como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Representa un 5,9% del total de fallecidos y afecta más a los hombres (7,6%) que a las mujeres (4%) (WHO, 2014).

Los estudios, tanto clínicos como de laboratorio, han comprobado que el alcohol es una sustancia tóxica, arritmogénica, inmunodepresora, carcinogénica y teratógena. Por este motivo, su consumo excesivo puede causar a la persona que bebe diversas enfermedades del aparato digestivo, cardiovascular, neuropsiquiátricas, cánceres, infecciones, diabetes y lesiones (involuntarias o intencionadas). Mientras que las personas del entorno de la que bebe pueden sufrir también lesiones, malos tratos, negligencia o abandono, daños a la propiedad, temor a los comportamientos alterados de la persona que bebe y síndrome alcohólico fetal para los niños que han sufrido la exposición prenatal al alcohol.

Para las personas que beben cada día, el límite de consumo de riesgo se sitúa en los 40 gr/día para los hombres y 20 gr/día para las mujeres. Pero para las que no beben todos los días, se ha establecido un límite semanal en las 21 consumiciones para hombres y 14 para mujeres.

La “carga” de enfermedad atribuible al consumo excesivo de alcohol, se suele evaluar mediante los “Años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD). En 2004 se perdieron más de 4 millones de Años de vida ajustados por discapacidad y unos 95.000 hombres y 25.000 mujeres (entre 15 y 64 años) fallecieron por enfermedades causadas por el alcohol (total 120.000 personas). Equivale a 1 de cada 7 hombres y 1 de cada 13 mujeres fallecidos. Por tanto el alcohol se ha convertido en uno de los factores de riesgo de enfermedad y *mortalidad más importantes* (Rehm y cols., 2012).

La pérdida de la salud, que va asociada a un deterioro significativo en la calidad de vida, se evalúa mediante el concepto de los años de vida potenciales perdidos. En Estados Unidos se considera de 1 de cada 10 muertes prematuras y 1 de cada 10 años de vida potencial perdidos (en personas entre 20 y 64 años) son debidos al consumo excesivo de alcohol, siendo éste la 4ª causa de muerte prematura y una de las que se podrían prevenir. Esta mortalidad prematura contribuye también al descenso en la productividad de los trabajadores que padecen alcoholismo y sería responsable del 72% de los costes del consumo excesivo de alcohol, estimados en 223.5 billones de dólares en 2006.

Cualquier reducción del consumo de alcohol consigue también una reducción del riesgo de mortalidad, que sería más marcado en las personas que hacen un mayor consumo de alcohol.

Consumo intensivo de alcohol

Las personas que habitualmente tienen un consumo de bajo riesgo, pero ocasionalmente hacen “atracones” de bebida, (también llamado consumo intensivo de alcohol), pueden tener consecuencias negativas inmediatas, derivadas del efecto de intoxicación alcohólica aguda, la cual produce por un lado incoordinación motora y aumenta el riesgo de sufrir accidentes, caídas, lesiones, y por otro lado, alteraciones del comportamiento, las cuales aumentan la probabilidad de implicarse en discusiones, peleas, agresiones y conductas desinhibidas e imprudentes.

El consumo intensivo de alcohol o “atracones” de bebida (que consiste en tomar 4 o más consumiciones por ocasión), va asociado a consecuencias negativas inmediatas y se produce en casi uno de

cada 3 hombres y una de cada 6 mujeres menores de 35 años, pero también afecta a personas mayores.

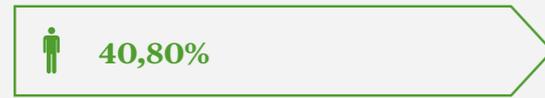
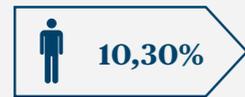
Las consecuencias negativas del estado de intoxicación alcohólica aguda, que se produce en los “atracones” de bebida, pueden llegar a ser devastadoras, tanto para la persona que ha bebido, como para las que sufren las consecuencias de su comportamiento alterado y para los familiares de ambas. Sin embargo, la percepción de estos riesgos del consumo intensivo de alcohol por parte de la población es mínima. Es decir, se produce una banalización de los potenciales graves riesgos del consumo intensivo de alcohol, lo cual dificulta la toma de conciencia sobre el problema e impide que cada persona tome medidas de auto-protección.

El 15,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alcohol en atracón en el último mes. Las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 29 años.

Proporción consumidores de drogas por edad

Fuente: EDADES 2013/2014. USID, DGPNSD, MSSSI

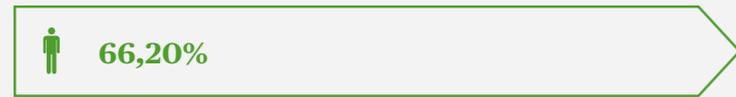
Botellón



Borracheras



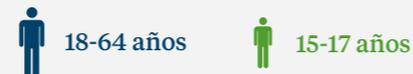
Alcohol



Tabaco



Cannabis



Diversos autores han demostrado que el consumo de alcohol no tiene ningún beneficio para la salud, aunque en pequeñas cantidades no resulta perjudicial para una persona adulta y sana. Los estudios que han encontrado una mortalidad ligeramente más prematura en las personas que no tomaban alcohol, en realidad se estaban refiriendo al grupo de los ex-bebedores, que son las personas que han tenido que dejar de beber, precisamente porque ya tenían una mala salud o bien una adicción al alcohol. Por tanto, la hipótesis de los supuestos efectos

cardio-protectores del alcohol carece de fundamento científico. En realidad es la reducción del consumo de alcohol la que puede mejorar la salud cardiovascular y disminuir la mortalidad prematura, ya que produce una reducción de la presión arterial y también de la masa corporal, que son las que sobrecargan la función del corazón (Holmes y cols, 2014; Guardia Serecigni, 2008).

La prevalencia de borracheras muestra una tendencia estable.

2 de cada 10 personas se han emborrachado en el último año.

El botellón se concentra en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 24 años.

Tratamiento del alcoholismo

La mayoría de personas que padecen una adicción al alcohol o alcoholismo no reciben tratamiento. Sin embargo, el tratamiento especializado del alcoholismo es eficaz cuando el paciente colabora y sigue las instrucciones del equipo de profesionales que le atienden.

Si se ampliara la cobertura de tratamiento a una mayor proporción de personas que sufren alcoholismo se produciría una reducción sustancial del daño relacionado con el consumo excesivo de alcohol. Si aumentara el número de enfermos en tratamiento hasta un 40%, se reducirían las muertes relacionadas con el consumo excesivo de alcohol en 11.740 personas en un año (10.040 hombres y 1.700 mujeres). Lo cual supondría una disminución del 13,3% de muertes atribuidas al alcohol en los hombres y un 9,3% en las mujeres.

Los tratamientos más eficaces, que son los que están basados en la farmacoterapia específica del alcoholismo, asociada a una intervención psico-social especializada, consiguen una reducción significativa en las tasas de mortalidad y también una mejora, tanto en la salud como en la calidad de vida; tanto del propio enfermo alcohólico, como de las personas que conviven con él. Recientemente hemos asistido a un cambio de paradigma en el tratamiento de los

pacientes alcohólicos de baja gravedad, que son la mayoría. La abstención de bebidas alcohólicas ya no es ahora la única opción de tratamiento, sino que los programas orientados a la REDUCCIÓN del consumo de alcohol, cuando los pacientes siguen las directrices de un profesional experto y la toma de un determinado medicamento, pueden detener el curso progresivo de esta enfermedad adictiva desde su fase inicial. Evitan así las consecuencias negativas que se van a presentar más adelante para la persona que no recibe tratamiento.

Disponemos de medicamentos eficaces y también de intervenciones psico-sociales que optimizan los resultados del tratamiento. Muchas personas consiguen detener el curso destructivo de la enfermedad alcohólica y muchas se recuperan y renormalizan su vida por completo. Sin embargo, a la población general no suele llegarle el testimonio de estas personas que se han recuperado del alcoholismo, ya que quien ha sufrido esta enfermedad evita hablar de ello, por temor a ser estigmatizada por el resto de la sociedad. Hoy en día, la población explica con normalidad, e incluso con orgullo, que se ha recuperado de un episodio de depresión o de un cáncer, pero nadie se habría atrevido a hacerlo en nuestro país hace 50 años. Nuestra sociedad, que por un lado elogia y promueve el consumo de alcohol en muy diversas situaciones de nuestra vida, por otro lado

condena y estigmatiza a las personas que tienen dificultades para controlar su consumo, que beben en exceso y que sufren sus consecuencias negativas. Probablemente el grave desconocimiento que existe sobre esta enfermedad adictiva y sobre sus grandes posibilidades de recuperación, cuando el enfermo recibe un tratamiento especializado, constituye un grave obstáculo para que muchas personas se beneficien del tratamiento y puedan recuperarse de esta enfermedad.

Prevención del alcoholismo

Ante las innumerables evidencias confirmatorias de que el consumo excesivo de alcohol va asociado a múltiples y muy diversas consecuencias negativas, muchos países han desarrollado las llamadas políticas de alcohol, es decir, determinadas estrategias orientadas a la reducción y limitación de la disponibilidad y la asequibilidad de las bebidas alcohólicas. Muchas evidencias científicas han puesto de relieve cuáles son las estrategias más eficaces para reducir el consumo de alcohol en la población general y también cuáles son ineficaces o incluso contraproducentes (contrapreventivas).

Las más eficaces son el aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, las limitaciones de la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y las

medidas para evitar la conducción bajo los efectos del alcohol. Pero además, una de las estrategias más útiles para detener y reducir cualquier epidemia es el tratamiento eficaz de los enfermos, ya que este elimina las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol, las cuales afectan no sólo al propio enfermo, sino de manera indirecta también a las personas de su entorno y a la sociedad en general, que también sufren las consecuencias de los accidentes, agresiones y otros incidentes causados por personas intoxicadas por el alcohol.

La realidad actual es que, salvo las medidas para evitar la conducción bajo los efectos del alcohol, las otras estrategias que han demostrado ser las más eficaces casi no se utilizan en nuestros medios. Y también que el porcentaje de pacientes alcohólicos que siguen un tratamiento especializado es mínimo, en comparación al de los que no han efectuado ningún tratamiento. Además, estrategias como la prevención en las escuelas o la simple divulgación de información sobre el alcohol, son las que han demostrado ser las menos eficaces o incluso contraproducentes, en algunos casos.

Consumo intensivo de alcohol

El consumo intensivo de alcohol es un patrón de consumo perjudicial que ha sido definido como la ingesta de 5 o más consumiciones de contenido alcohólico en poco rato (2 horas), cuyo equivalente serían 4 o más para mujeres. Durante un episodio de consumo intensivo de alcohol se acumulan elevadas concentraciones de alcohol en el cerebro y se produce un estado de intoxicación alcohólica aguda, que aumenta el riesgo de accidentes, caídas, lesiones, desinhibición de impulsos agresivos y consecuencias negativas inmediatas para la salud.

Durante estos episodios, las concentraciones de alcohol en la sangre y también en el cerebro aumentan progresivamente. La metabolización del alcohol por el hígado y su eliminación por la orina puede prolongarse durante unas 6 horas, cuando una persona ha ingerido una sola consumición pequeña (es decir, una copita de vino, de cava o de cerveza). Sin embargo, tras haber tomado varias copas en poco rato, la concentración de alcohol en el cerebro es mucho más elevada y el tiempo de eliminación más prolongado. El hígado procesa y metaboliza el alcohol a una velocidad constante de 10 gramos (una copita) cada hora, independientemente de la cantidad de alcohol ingerido. Es decir, la persona que bebe deprisa y no deja pasar una hora entre una copa y la siguiente, produce una mayor acumulación y por tanto un mayor impacto del alcohol sobre su

cerebro, tanto por lo que se refiere a su efecto inmediato de intoxicación alcohólica aguda (embriaguez), que se suele acompañar de alteraciones del comportamiento, como por su impacto repetido (crónico), que es el que va a producir cambios neuroadaptativos, que pueden abrir la puerta a los síntomas de adicción al alcohol (tolerancia aumentada, efecto de rebote, abstinencia, “necesidad” de beber alcohol y dificultad para controlar su consumo).

Cuando la concentración de alcohol en el cerebro es elevada, se produce un estado transitorio de intoxicación alcohólica aguda (o embriaguez), que cuando es muy intensa puede llevar a la pérdida de conciencia (coma etílico) o incluso a una parada cardio-respiratoria y la muerte. Cuando además la persona está tomando medicamentos o drogas que también enlentecen el funcionamiento del cerebro y dificultan la función respiratoria, como son los tranquilizantes, pastillas para dormir, calmantes del dolor, derivados del opio, heroína o metadona, el riesgo de sobredosis mortal es mucho mayor. El consumo intensivo de alcohol no forma parte de la cultura mediterránea sino que es característico de países anglosajones y recibe la denominación de “binge drinking”. En España casi un 30% de los hombres jóvenes, entre 15 y 34 años, hacen “atracones” de bebida o consumo intensivo de alcohol. La proporción disminuye progresivamente a mayores edades, pero todavía un 11% de los hombres entre 55 y 65 años de edad y

probablemente también de hombres de mayor edad mantienen este patrón de consumo perjudicial.

A partir del Estudio Nacional de consumo de Drogas y Salud de Estados Unidos sabemos que un 14% de los hombres y un 3% de las mujeres de más de 65 años de edad presentan consumo intensivo de alcohol (“Binge drinking”) (Blazer y Wu, 2009). En las personas mayores el consumo intensivo de alcohol aumenta el riesgo de inestabilidad a la marcha, caídas, accidentes, alteraciones del ritmo del corazón, hipertensión arterial e interacciones con diversos grupos de medicamentos, sobre todo los de tipo cardiovascular, tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos narcóticos.

La intoxicación aguda que produce el consumo intensivo de alcohol aumenta la probabilidad de que se produzcan conductas sexuales de riesgo, que aumentan la probabilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual y también de embarazos no deseados (Agardh y Cantor-Graae, 2012). Otras posibles consecuencias que lamentan posteriormente serían las lagunas amnésicas, conducir intoxicado, resultar lesionado, resultar agredido física o sexualmente, destruir objetos ajenos. Las sobredosis de alcohol atendidas en los servicios de urgencias han sufrido un progresivo aumento y concentraciones de alcohol en sangre que no serían mortales lo pueden llegar a ser cuando van asociadas a la toma de determinados medicamentos como pastillas

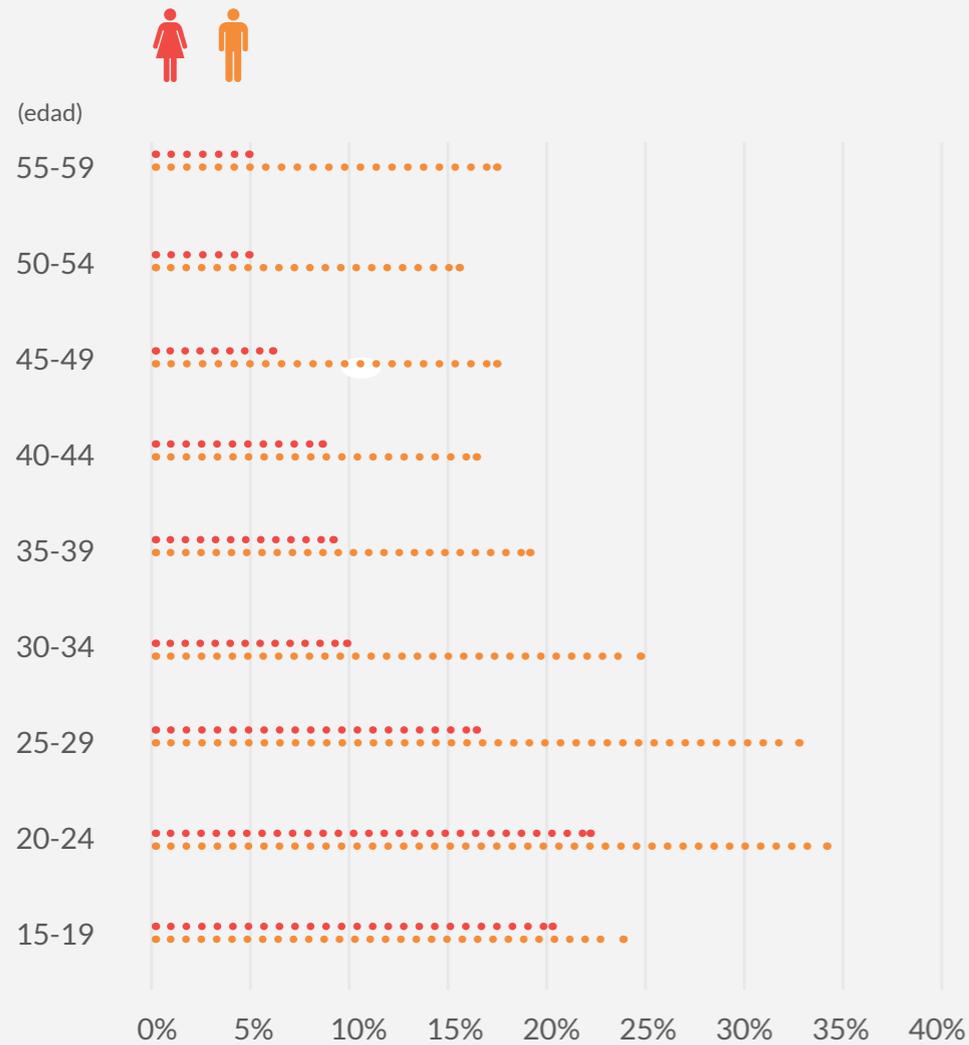
tranquilizantes, para dormir o analgésicos parecidos a la morfina (White y Hingson, 2013).

El impacto repetido y continuado que producen elevadas concentraciones de alcohol sobre el cerebro, dará lugar a cambios adaptativos en la neurotransmisión y en el funcionamiento de determinados circuitos cerebrales, los cuales intervienen en el control de la conducta de beber alcohol. Es decir, producirá una transición progresiva desde el consumo excesivo -pero controlado- de alcohol, a un consumo adictivo, con dificultades para controlar la cantidad de alcohol ingerido por ocasión. La mayoría de personas que tienen adicción al alcohol hacen consumos intensivos de alcohol (CIA), sin embargo, muchas personas que hacen CIA no tienen adicción al alcohol. Según los más importantes estudios epidemiológicos efectuados en Estados Unidos, como el estudio NESARC, los hombres jóvenes son los que presentan una mayor prevalencia de alcoholismo, en comparación con las personas de mayor edad (Grant y cols., 2006).

La persona que ha desarrollado una adicción al alcohol (alcoholismo), sigue haciendo consumos intensivos de alcohol pero, no porque decida hacerlo libremente, sino porque ha perdido la libertad de beber con moderación, debido a que “necesita” beber alcohol y/o “no puede controlar” la cantidad de alcohol ingerido por ocasión.

Binge Drinking

Fuente:
EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



Esta “dificultad para controlar” el consumo de alcohol, (que probablemente sea el síntoma cardinal del alcoholismo), es debida a una sensación subjetiva de “necesidad” de seguir bebiendo a partir de un primer consumo de alcohol. Y esta “necesidad” de beber puede ser todavía más intensa cuando una persona que tiene una adicción al alcohol ha dejado de beber una temporada y prueba a tomar una consumición alcohólica. Es el llamado “Efecto de Deprivación” que tiene un claro trasfondo neurobiológico que puede ser atenuado por la administración de fármacos antagonistas de los receptores opioides.

“¿Es bueno el alcohol para la salud?”
Guardia Serecigni J., Adicciones 2008.

“Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad”,
Guardia Serecigni J., Adicciones 2011.

“La reducción del consumo de alcohol. Un nuevo objetivo en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad”,
Guardia Serecigni J. Adicciones 2015. Vol 27 nº 1.

White A, Hingson R. The burden of alcohol use. Excessive alcohol consumption and related consequences among college students. Alcohol Research: Current Reviews. 2013:201-214.

REFERENCIAS

Blazer DG, Wu LT
The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1162-1169.

OMS, Los daños del alcohol.

Holmes y cols., BMJ 2014

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4091648/>

Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP.
The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. Alcohol Research & Health. 2006; 29: 79-89.16.

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. WHO. Geneva.

Guía de alcoholismo, SOCIDROGALCOHOL.

Capítulo 2:

Adicción al tabaco/nicotina

Dr. Francisco Pascual

El tabaco es la causa de morbilidad y mortalidad previsible principal en todo el mundo.

Las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco son principalmente las pulmonares y cardiovasculares, pero también una serie de cánceres, problemas en la boca (encías, dientes), alteraciones dermatológicas.

Introducción

El tabaco (*Nicotiana tabacum*) es una planta originaria de América y que llegó a España tras el descubrimiento de América (1492), donde era consumida como palos incandescentes por las tribus aborígenes dentro de sus rituales mágico-religiosos.

Rechazado en un principio (solo el diablo tiene el poder de expulsar humo por la boca) por la Santa Inquisición, pronto se convirtió en un negocio y fue comercializado en toda Europa, donde alcanzó fama al ser utilizado para tratar distintas enfermedades entre ellas la migraña e incluso enfermedades respiratorias.

A finales del siglo XIX, se fue descubriendo la nocividad de la sustancia y poniendo en tela de juicio su utilidad terapéutica.

Prevalencia

Según la OMS el tabaco produce alrededor de *6.000.000 de muertes anuales*, aproximadamente 1 muerto cada 6 segundos. Y en estos momentos el 26 por ciento de la población europea sigue fumando según el Eurobarómetro más reciente.

Según el informe de 2011 del Plan Nacional sobre Drogas, en ese mismo año, el 71,7% de las personas de entre 15 y 64 años en España había consumido tabaco al menos una vez en la vida. La edad media de inicio en el consumo fue de 16,5 años en 2011, manteniéndose constante en el tiempo.

El consumo de tabaco diario está más extendido entre los hombres en todos los tramos de edad y llega a su nivel máximo en el segmento de entre 35 y 44 años (38,1%) mientras que las mujeres muestran la mayor prevalencia en el tramo de entre 25 y 34 años (31%). La mayor diferencia entre sexos se encuentra

Adicción

en el tramo de 55 a 64 años (27,5% de los hombres frente al 16,3% de las mujeres) mientras que las proporciones aparecen más igualadas entre los 15 y los 24 años (28,7% de los hombres frente al 24,8% de las mujeres). El consumo diario medio de cigarrillos, entre los españoles de entre 15 y 64 años en el último mes, es de 13,6 cigarrillos. Por su parte, el hombre fuma más cantidad diariamente (14,6 cigarrillos) que la mujer (12,3).

En España cada año mueren más de 50.000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el consumo de drogas ilegales juntos.

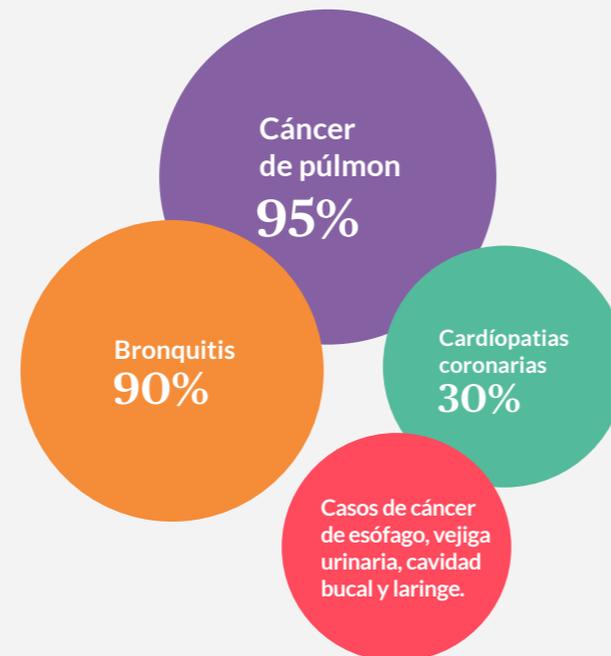
El tabaco se consume en forma de cigarrillos o de puros (sin papel de liar) aunque hubo una época que se esnifaba (rapé). Podemos destacar que se han encontrado en los cigarrillos alrededor de 4000 – 6000 sustancias (según estudios y tipos de tabaco). De entre estas sustancias algunas son aditivas, aromatizantes o sustancias que incrementan la capacidad de adicción, entre ellos polifenoles, urea, polonio, y un largo etcétera, con capacidad cancerígena muchos de ellos.

Pero dos sustancias van a destacar, el alquitrán, como principal inductor de neoplasias y la nicotina. Esta es una sustancia estimulante que una vez absorbida llega muy rápidamente al cerebro, actuando sobre los receptores nicotínicos específicos del SNC (Sistema nervioso central) y con gran capacidad adictiva y fuerte nocividad. Se sabe que una sola gota de nicotina puesta en el pico de un pájaro puede ocasionarle la muerte.

Por último y como producto de la combustión se genera monóxido de carbono, que provocará enfermedades cardiovasculares y sobre todo respiratorias.

El tabaco es la principal causa de morbimortalidad. Las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco son principalmente las pulmonares y cardiovasculares, pero también una serie de cánceres, problemas en la boca (encías, dientes), alteraciones dermatológicas.

- **Bronquitis crónica**
- **Enfisema pulmonar**
- **Cáncer de pulmón**
- **Hipertensión arterial**
- **Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio)**
- **Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias o embolias)**
- **Úlcera gastrointestinal**
- **Gastritis crónica**
- **Cáncer de laringe**
- **Cáncer bucofaríngeo**
- **Cáncer renal o de vías urinarias**
- **Impotencia sexual en el varón**



Tratamiento

El consenso científico y la evidencia, nos indica que el mejor tratamiento para el tabaquismo son los programas multicomponente en los que se incluyen enfoques psicológicos, el consejo breve y la psicoterapia principalmente con enfoque cognitivo conductual y apoyado con tratamiento farmacológico para evitar el síndrome de abstinencia y prevenir recaídas.

En estos momentos se puede recurrir al tratamiento sustitutivo de nicotina (chicles, parches o spray), el bupropión que realmente es un antidepresivo dopaminérgico/noradrenérgico que actuaría en el sistema de recompensa cerebral disminuyendo el craving; y por último la Vareniclina (el más efectivo de los tres), se trata de una antagonista, agonista parcial de los receptores nicotínicos que debido a su especificidad da muy buenos resultados, especialmente si se acompaña de psicoterapia de grupo o de apoyo.

Es necesario resaltar que en cualquier caso el tratamiento es conveniente mantenerlo entre 3 – 6 meses para evitar recaídas y que está bien acompañarlo de medidas higiénico dietéticas (ejercicio, pautas de actividades, nutrición) para evitar el malestar de la privación y el incremento de peso.

Prevención

En España se ha hecho un esfuerzo al proclamar una ley que regula el consumo en espacios cerrados y en espacios públicos, además de la edad para poder adquirirlo. No obstante la prevención escolar, sociocomunitaria y la implicación de la familia (con su factor ejemplificante) juegan un papel importante en la prevención y disminución de consumos. En el enfoque de la prevención y abordaje precoz del tabaquismo es imprescindible la labor de la Atención Primaria de Salud. Políticas de control (OMS)

Policonsumo

Al igual que el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaco acompaña al consumo de otras drogas, pero especialmente al cannabis con el que se suele mezclar, para preparar los “porros”

Recursos

Como recursos asistenciales, en primer lugar insistir en la Atención Primaria y dependiendo de comunidades autónomas, contar con recursos específicos, como las Unidades de Conductas Adictivas, las consultas de tabaquismo o Unidades de tabaquismo; estas últimas suelen estar vinculadas a los servicios de neumología hospitalarios.

En cuanto a recursos que se encargan de hacer advocacy, cabe destacar la CNPT, como entidad aglutinadora de inquietudes y necesidades de colectivos de profesionales, sociedades científicas y de los colectivos de afectados y que con su consenso e implicación han permitido promulgar la actual legislación (entre estas entidades se encuentra *SOCIDROGALCOHOL*).

Fuentes

OMS, Tabaco

Plan Nacional sobre Drogas, España

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT).

CNPT Recursos

TABAQUISMO, Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL

Tabaquismo

NIDA, Tobacco

Política de la UE sobre el tabaco

Eurobarómetros actuales y anteriores sobre el tabaco

Directiva sobre los productos del tabaco

Plan indicativo de aplicación de la Directiva sobre productos del tabaco

Guías

¿Es adictiva la nicotina?

Sí. La mayoría de los fumadores utilizan el tabaco regularmente porque son adictos a la nicotina.

La adicción se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de la droga, a pesar de las consecuencias negativas para la salud. Está bien documentado que la mayoría de los fumadores consideran el uso del tabaco un hábito dañino y expresan el deseo de reducir o discontinuar su uso. Cada año casi 35 millones de fumadores tratan de romper el hábito, pero, desgraciadamente, más del 85 por ciento de los que tratan de dejar el hábito sin ayuda recaen, la mayoría en una semana.

NIDA, Adicción al tabaco

Capítulo 3:

Benzodiacepinas y otros hipnosedantes

Dr. Gerardo Flórez

Las benzodiacepinas potencian la actividad del principal neurotransmisor inhibitor del cerebro, el GABA. Al tomar uno de estos agentes químicos se produce una inhibición generalizada de la neurotransmisión en el cerebro que producirá los siguientes efectos: relajación física y psíquica, reducción de la ansiedad, somnolencia y sensación de bienestar.

Tranquilizantes, Ansiolíticos, Somníferos e Hipnosedantes (GF)

Bajo este epígrafe se clasifica dos grupos de agentes psicoactivos depresores, es decir, sustancias que entorpecen el funcionamiento cerebral, que han sido aprobados y comercializados para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio. Uno de ellos, las benzodiacepinas, están a la cabeza de la prescripción de fármacos en nuestro país y su mal uso (al no seguir la prescripción médica) y abuso (generalmente dentro de un patrón de consumo de muchas sustancias psicoactivas adictivas) supone un importante reto de salud pública en nuestro país. Sus antecesores, los barbitúricos, son un grupo de fármacos con todavía más riesgos para la salud, por su alto riesgo de intoxicación y su elevada tolerancia y dependencia, pero su uso ha ido reduciéndose de forma significativa en nuestro medio.

Benzodiacepinas

Principalmente se toman por vía oral, pero hay presentaciones intramusculares e intravenosas que se reservan para el uso en centros sanitarios y se administran bajo la supervisión del personal sanitario competente. Sin embargo, cuando se hace un mal uso o abuso de ellas se consumen por vía oral, intravenosa o inhalada.

Las benzodiacepinas potencian la actividad del principal neurotransmisor inhibitor del cerebro, el GABA. Al tomar uno de estos agentes químicos se produce una inhibición generalizada de la neurotransmisión en el cerebro, que producirá los siguientes efectos: relajación física y psíquica, reducción de la ansiedad, somnolencia y sensación de bienestar. Esta misma inhibición puede suponer un gran problema en situaciones de abuso o mal uso, ya que existe un riesgo de inhibir de forma significativa los centros cerebrales que controlan la actividad respiratoria y cardiaca con el consiguiente riesgo de parada cardio-respiratoria y necesidad de reanimación. Personas con enfermedades en las que hay una predisposición a este fallo como en la Miastenia Gravis, el Síndrome de Apnea del Sueño, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cirrosis hepática con Encefalopatía y otras enfermedades cerebrales orgánicas tienen un mayor riesgo a la hora de presentar este problema.

Este enlentecimiento generalizado de la actividad cerebral se acompaña también de problemas secundarios a la somnolencia, la alteración de la memoria, reducción de las capacidades psicomotoras y ejecutivas. Todo ello incrementa el riesgo de accidentes laborales, domésticos y de tráfico. También aumenta el riesgo de realizar actos violentos e impulsivos o de ser víctima de ellos, incluyendo la agresión

En la siguiente tabla se presentan los principales aspectos a tener en cuenta en la biodinámica de las principales benzodiacepinas. Por un lado, su potencia, que se puede observar en la equivalencia de las dosis (dosis equivalente), y donde se puede apreciar la elevada potencia del Alprazolam (nom-

bre comercial Trankimazin) y principal miembro de esta familia en lo referente a los problemas de abuso. Por otro lado, la duración del efecto que depende de la vida media (semivida) y de la presencia de metabolitos activos, en este aspecto hay que destacar al Diazepam.

Fármaco	Semivida	Metabolitos activos	Dosis Equivalentes	Unión Proteínas plasmáticas
Alprazolam	9-20	No	1	70-75
Bromazepan	8-30	Sí	24	74
Clonazepam	19-60	No	2	86
Clorazepato	30-60	Sí	15	82
Diacepam	40-200	Sí	10	98
Flunitrazepam	15-24	No	1	77-88
Flurazepam	50-160	Sí	30	97
Halazepam	15-35	Sí	40	98
Ketazolam	30-100	Sí	15	96
Lorazepam	8	No	2	85
Lormetazepam	9-15	No	1-2	85
Midazolam	1,5-3	Sí	3	0.8-2
Quacepam	25-41	Sí	10-15	95
Triazolam	1,5-5	No	0,5	78-85

sexual. Especial mención debe recibir el uso de estos agentes psicoactivos en solitario o junto a otros tratamientos depresores del cerebro, especialmente el alcohol, en gestos o intentos auto-agresivos y suicidas.

Su consumo junto a opiáceos como la Heroína o la Metadona implica un alto riesgo de muerte por parada cardio-respiratoria.

En toda situación de intoxicación con descenso del nivel de conciencia, en que estén implicadas las benzodiacepinas, sería necesaria una evaluación por parte del personal sanitario para valorar el uso de un tratamiento “antídoto” que revierta el efecto en el cerebro, el Flumazenilo (Anexate).

Tolerancia

El consumo crónico de las benzodiacepinas, especialmente a dosis elevadas, produce un fenómeno de intensa tolerancia con un alto riesgo de síndrome de abstinencia. En cuestión de semanas para el efecto relajante e hipnótico, de meses para el efecto ansiolítico, y de años, por desgracia, para la afectación de las funciones cognitivas y motoras. El síndrome de abstinencia a estos tratamientos es muy similar al del alcohol, por lo que en grandes abusadores

Sobredosis

Las sobredosis de alcohol y benzodiacepinas pueden llevar al paciente a la muerte por la sinergia de sus efectos depresores sobre el sistema cardio-respiratorio.

Manual de adicciones para médicos especialistas en formación, SOCIDROGALCOHOL.

existe un riesgo de Delirium Tremens, convulsiones y muerte que obligaría a un ingreso hospitalario.

El consumo de estos agentes durante el embarazo aumenta la presencia de labio leporino en el recién nacido, junto a la presencia de un cuadro de enlentecimiento si el recién nacido está bajo los efectos de la sustancia al nacer, o de abstinencia si no lo está. También es importante recordar que las Benzodia-

cepinas pasan a la leche materna por lo que deben evitarse durante la lactancia. Un 10% de los consumidores crónicos de benzodiacepinas presentan la pérdida de control que caracteriza al fenómeno adictivo. El consumo de grandes dosis durante tiempos prolongados, el abuso de otras sustancias o la presencia de Trastornos de la Personalidad aumenta el riesgo adictivo.

El consumo crónico de estos agentes psicoactivos, especialmente a dosis altas se relaciona con una mayor incidencia de deterioro cognitivo y enfermedad de Alzheimer.

El seguimiento que el Plan Nacional Sobre Drogas realiza sobre el consumo de estas sustancias en la población general a través de su observatorio refleja un incremento paulatino en el consumo de las mismas. Tanto en la encuesta Edades (realizada a población de entre 15 y 64 años y sus últimos resultados son del 2011), como en la Encuesta Estudes (realizada a población de entre 14 y 18 años, resultados de 2012). Tanto en los consumos realizados alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días o a diario en los últimos 30 días. Este aumento es para uso de estos agentes conseguidos tanto con receta médica como sin ella. El consumo más elevado es en mujeres, sobre todo con prescripción médica. El consumo es más frecuente a partir de los

35 años, con una edad media de inicio en torno a los 30 años. En la población entre 14 y 18 años el consumo de estos agentes ha aumentado en la última encuesta Estudes aunque de una forma más discreta que en la población de 15 a 64 años, y sobre todo a expensas de las prescripciones facultativas. En la población adolescente sigue preocupando el uso de estas sustancias en situaciones de poli-consumo con un elevado riesgo de intoxicación.

Barbitúricos

Los agentes anteriores a las benzodiacepinas tienen un uso menos extendido y presentan un margen terapéutico muy estrecho. Esto implica más somnolencia, más riesgo de muerte por sobredosis, más tolerancia, más dependencia, más adicción y peor síndrome de abstinencia. Su uso ha ido en descenso y con ello el riesgo asociado. Aún así persiste un cierto uso del Fenobarbital y con ello existe un potencial de mal uso y abuso similar al de las benzodiacepinas pero con más riesgo.

Uso en España

Durante el periodo estudiado (1992-2006), la utilización de ansiolíticos e hipnóticos pasó de 32,73 DHD en 1992 a 69,92 en 2006, lo que supuso un incremento de un 113,6%. Es destacable que, pese a que la utilización de ansiolíticos e hipnóticos ha permanecido en niveles diferentes, sin embargo, los porcentajes de crecimiento han sido muy similares.

Los datos globales de consumo en España son similares a los de otros países de nuestro entorno. Pero hay una diferencia significativa. Habitualmente el porcentaje de benzodiazepinas hipnóticas (N05C2) es superior al de las ansiolíticas (N05B) en casi todos los países, mientras que en España el consumo de benzodiazepinas ansiolíticas (46,5 DDD 1000h /día) es superior al de hipnóticas (22,2 DDD 1000 h/día)

Uso de las benzodiazepinas en España, (1992-2006)

Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Benzodiazepinas

Un tipo de depresor del SNC que a menudo se prescribe para aliviar la ansiedad.

Valium® y Xanax® se encuentran entre las benzodiazepinas más recetadas.

Media Guide, NIDA, EEUU.

Las benzodiazepinas (BZD) tienen efectos adictivos. Diazepam, midazolam, triazolam, alprazolam, lorazepam, clordiazepoxido y bromazepam, mantienen las respuestas condicionadas a un nivel más elevado que el placebo, lo cual confirma su potencial de abuso.

Manual de adicciones para médicos especialistas en formación,

SOCIDROGALCOHOL.

Fuentes

SOCIDROGALCOHOL

Plan Nacional sobre Drogas, estudios.

Mecanismos de actuación, NIDA, EEUU.

Uso de las benzodiazepinas en España, 1992-2006). Ministerio de Sanidad y Política Social.

Agencia Española de Medicamentos Productos Sanitarios.

Capítulo 4:

Cannabis

Dr. Francisco Arias

España es uno de los países del mundo con mayor consumo de cannabis y un lugar de paso del hachís procedente del norte de África. Es la droga ilegal de mayor consumo en nuestro entorno y aunque se observa un leve descenso en su consumo, la edad de inicio en el consumo es cada vez más precoz.

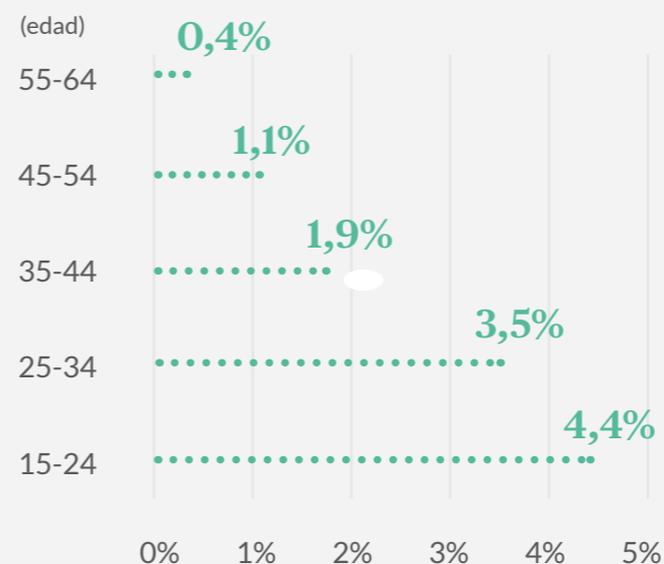
El cannabis se consume fundamentalmente fumado, como marihuana que hace referencia a las hojas y flores de la planta desecadas, o como hachís que procede de la resina secretada por la planta y que se fuma mezclada con tabaco. Menos habitual es el consumo por vía oral. El Δ9-Tetrahidrocannabinol (THC) es el principal componente psicoactivo de la planta. La potencia hace referencia a la cantidad de THC presente en la preparación.

España es uno de los países del mundo con mayor consumo de cannabis y un lugar de paso del hachís procedente del norte de África. Es la droga ilegal de mayor consumo en nuestro entorno y aunque se observa un leve descenso en su consumo, la edad de inicio en el consumo es cada vez más precoz. El inicio precoz en el consumo está relacionado con un mayor riesgo de desarrollar dependencia, alteraciones cognitivas y psiquiátricas y peores consecuencias sociolaborales. Además existe una escasa percepción de riesgo sobre esta droga. Aunque no es una droga tan adictiva como la heroína o la cocaína, su amplio uso lleva a que exista un alto número de adictos que pueden sufrir consecuencias graves como los cuadros psicóticos, el más grave de todos ellos. Aunque no es tan dañina como las drogas por vía intravenosa, es una de las más nocivas respecto a posibles consecuencias psiquiátricas. Además es posible que induzca a un mayor consumo de alcohol.

Las clasificaciones psiquiátricas más recientes definen con precisión los síntomas de abstinencia de cannabis, que suelen aparecer en las personas que consumen esta droga con frecuencia y en cantidades moderadas o elevadas. Por otro lado, cada vez se le da más importancia a los cambios cognitivos y motivacionales producidos por el consumo de cannabis, que inciden directamente en el menor rendimiento académico y laboral de los consumidores.

Porcentaje de consumidores de cannabis de riesgo* entre la población general

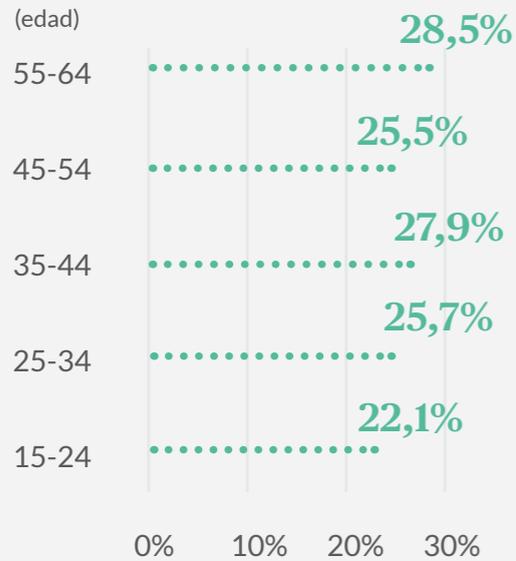
Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



Hacen consumo problemático de cannabis, el 2,2% de la población (15-64 años), la proporción no es constante y disminuye con la edad.

Porcentaje de consumidores de cannabis de riesgo* entre los que han consumido cannabis en el último año

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



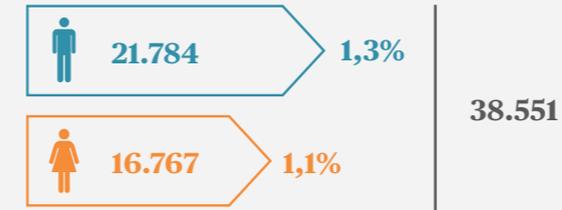
El 25% de los que han consumido en el último año presentan consumo problemático. Esta proporción es constante en todos los grupos de edad.

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

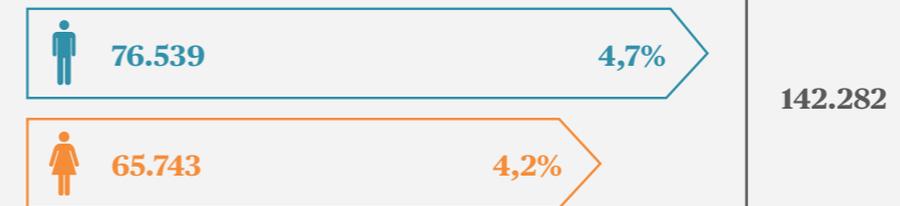
Incidencia anual de consumo de sustancias psicoactivas en población de 15 a 64 años (tasa por 1000 habitantes y número de personas). España 2013.

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

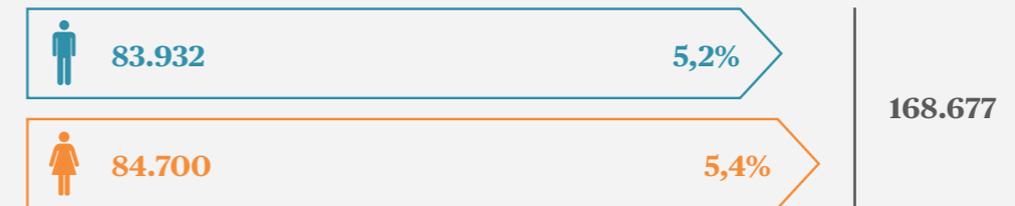
Cocaína



Tabaco



Cannabis



En el último año previo a la encuesta comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas (5,3 por cada mil encuestados), tabaco 142.282 (4,4/1.000) y cocaína en polvo 38.551 (1,2/1.000)

El número de personas que empezaron a consumir cannabis supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco.

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

ASPECTOS CLAVE

La Cannabis sativa es una planta dióica, es decir, se distinguen plantas masculinas y femeninas.

Las mayores concentraciones de $\Delta 9$ -THC (tetrahidrocannabinol, principal componente psicoactivo del cannabis) se encuentran en los brotes florecidos y, en menor cantidad, en las hojas. Las semillas no tienen $\Delta 9$ -THC.

Los brotes y las hojas de la planta femenina secretan una resina que podría ser una reacción adaptativa para proteger la semilla del calor. El hachís hace referencia al producto obtenido de ese exudado resinoso con alta concentración de $\Delta 9$ -THC.

La variedad de la planta usada con fines recreativos tiene una concentración de $\Delta 9$ -THC de 2-5%. Con las mejoras de cultivo y mejoras genéticas se han obtenido plantas con mayor concentración de $\Delta 9$ -THC, de hasta un 20%.

La potencia de la planta depende de la variedad de la planta, las condiciones de cultivo (humedad, temperatura), condiciones de almacenaje (con luz aumenta la degradación del $\Delta 9$ -THC) o lugar de producción.

En Europa el consumo procede principalmente de la planta cultivada en el norte de África que pasa a través de España, por lo que España es el país con mayor número de incautaciones y también uno de los países de mayor consumo de cannabis. Por otro lado, van creciendo las exportaciones desde Afganistán.

En el cannabis se han identificado más de 400 sustancias diferentes, de las cuales unas 60 pertenecen químicamente al grupo de los cannabinoides. El primer cannabinoide aislado fue el cannabidiol y posteriormente el cannabidiol (CBD), pero se observó que estos no eran los responsables de los efectos psicoactivos hasta que se caracterizó el $\Delta 9$ -THC en 1964. El $\Delta 9$ -THC y el cannabidiol constituyen el 95% de los principios activos de la planta. El cannabidiol está poco presente en las plantas para consumo recreativo y se considera que puede contrarrestar algunos efectos del $\Delta 9$ -THC, describiéndose efectos ansiolíticos y antipsicóticos.

Los consumidores de marihuana suelen fumar cigarrillos de hojas y flores secas de la planta sin tabaco. El hachís hace referencia al preparado obtenido de la resina, que se fuma mezclado con tabaco. El aceite de hachís es poco popular y hace referencia a un líquido viscoso que se obtiene tras hervir el hachís en un disolvente, filtrarlo y dejar evaporar el disolvente que puede ser éter o alcohol y suele fumarse en pipa de vidrio.

Los cannabinoides son muy liposolubles por lo que permanecen mucho tiempo en el organismo depositados en el tejido graso. Las vías fundamentales de administración son la respiratoria por su mayor rapidez de absorción y, por lo tanto, una percepción más rápida de los efectos subjetivos, y la vía oral (por ej. recetas con cannabis) a pesar de que por esta vía, el THC está sometido a un bajo y variable grado de absorción intestinal y un importante metabolismo de paso hepático, con lo que solo un pequeño porcentaje del THC administrado pasaría a sangre.

La vida media de eliminación es sobre 30 horas, pudiéndose detectar metabolitos en orina durante 2-4 semanas

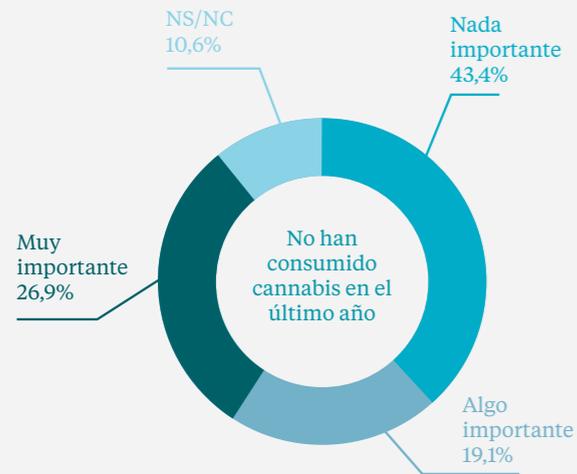
El $\Delta 9$ -THC atraviesa la placenta y pasa a la leche materna. Los cannabinoides actúan sobre un sistema endógeno denominado sistema cannabinoide. El descubrimiento de este sistema de neurotransmisión es reciente, pero ha llevado al desarrollo de múltiples investigaciones sobre sus funciones fisiológicas y su potencial terapéutico, además de aclarar los mecanismos de actuación del cannabis. Este sistema tiene un papel relevante en el desarrollo cerebral y regula funciones fundamentales como el apetito, el metabolismo energético, la analgesia, el control motor, diversos procesos neuroendocrinos, neurovegetativos (temperatura, emesis) o el sistema

de recompensa cerebral. En 1990 se identificó el primer receptor cerebral cannabinoide (receptor CB1) y en 1994 el primer ligando endógeno, la anandamida.

El tratamiento de la dependencia de cannabis consiste fundamentalmente en psicoterapia, no hay fármacos eficaces, en la actualidad, con esta finalidad.

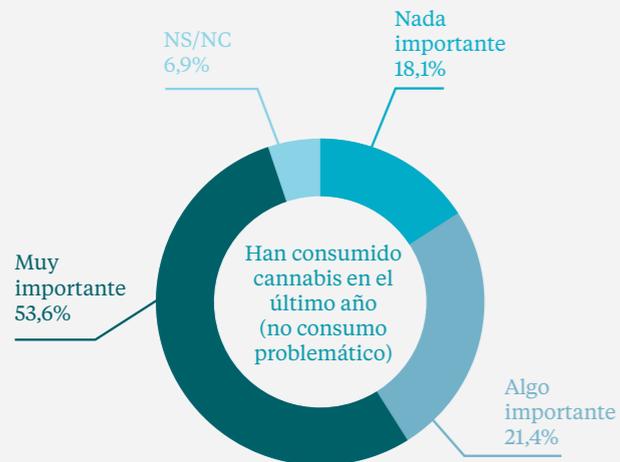
Consumo de cannabis 15-34 años

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



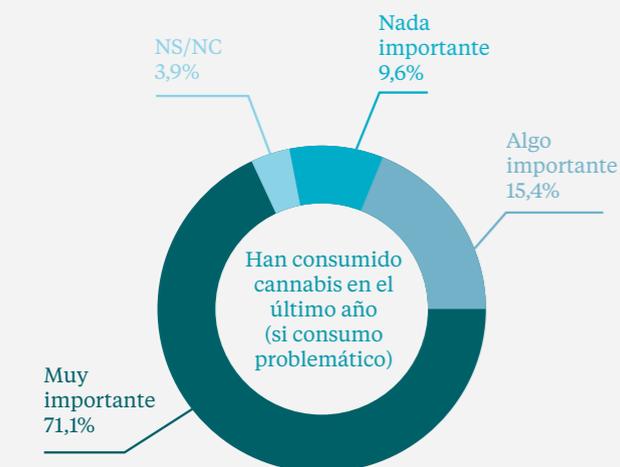
Porcentaje de personas que creen que la legalización de cannabis es una medida nada/algo o muy importante, según su consumo de cannabis.

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

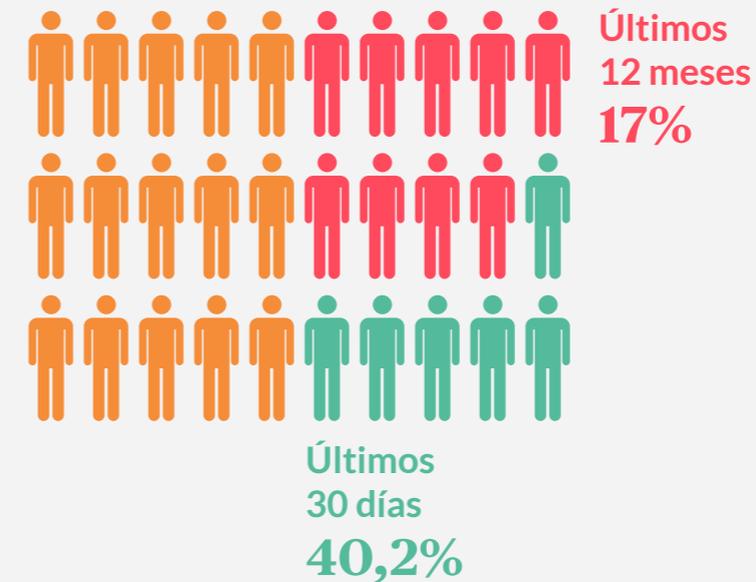


Consideran más importante la legalización del cannabis aquellas personas que lo consumen especialmente las que hacen consumo problemático. Casi 9 de cada 10 personas que hacen un consumo problemático* de cannabis consideran que su legalización es algo/muy importante.

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



Alguna vez en la vida
40,2%



El número de personas (15-64 años) que realizan un consumo problemático de cannabis es 687.000

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI

Cannabis

La prevalencia del consumo de cannabis desciende ligeramente, aunque aumenta la proporción de consumidores que lo fuman a diario. El 9,2% de los encuestados lo ha probado alguna vez en el último año (frente al 9,6% del estudio anterior) y el 6,6% alguna vez en el último mes (7% en 2011/12). El 1,9% lo consume a diario (1,7% en la anterior encuesta).

Por edades, **la prevalencia del consumo en todos los rangos se concentra en la franja comprendida entre los 15 y los 34 años**. Así, el 40,2 % de los jóvenes entre los 15 y los 34 años ha probado esta sustancia alguna vez en la vida, el 17% lo ha consumido en el último año y el **12,2% de este grupo de población lo ha hecho en el último mes**.

Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

El 25% de los que consumieron cannabis en el último año realizaron un consumo problemático.

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas 2013/2014

(publicada marzo 2015).

Fuentes

PNSD. Cannabis. Consumo España.

<http://www.seic.es/conoce-la-seic>

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/PublicacionesEMCDDA.htm>

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeCannabis.pdf>

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/publicaciones/home.htm>

<http://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-marihuana>

NIDA. Marihuana adictiva.

Capítulo 5:

Cocaína

Dra. Enriqueta Ochoa

Se obtiene de las hojas del arbusto de la coca (Erythroxylon coca), planta originaria de los Andes y que se cultiva, principalmente, en América del Sur (Colombia, Bolivia y Perú).

Epidemiología del consumo en España

La cocaína en polvo (clorhidrato) es la segunda droga ilegal más consumida.

La prevalencia anual de consumo es 2,2% en 2011 (3,6% en varones y 0,9% en mujeres).

Las proporciones más elevadas de consumidores se encuentran entre los 15-34 años.

La edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo es de 20,9 años.

La vía predominante de administración es la intranasal o esnifada (76,7%), seguida de la fumada (14,3%) y la inyectada (6,1%).

Los consumidores de cocaína en los últimos 12 meses, además de tabaco y alcohol, han consumido también en alta proporción en el mismo período: cannabis (81,6%), éxtasis (27,5%), anfetaminas (29,6%), o alucinógenos (20,8%). (encuesta EDADES).

Farmacología de la cocaína

La benzoilecgonina (metabolito de la cocaína) puede ser detectada en orina durante los 3-4 días después del último consumo. También se detecta en cabello, saliva y sudor.

Mecanismo de acción

- Es una amina simpaticomimética de acción indirecta. No actúa directamente sobre receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino que aumenta la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica.
- Es un inhibidor de los procesos de recaptación de noradrenalina y dopamina, aumentando su biodisponibilidad.
- Este aumento de dopamina interviene en la euforia que produce la cocaína y está implicada en el mecanismo de adicción.
- El aumento de noradrenalina se relaciona con algunos efectos farmacológicos y complicaciones agudas de la cocaína (aumento de presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor,...).

Acciones farmacológicas

En sistema nervioso simpático y aparato cardiovascular

- Vasoconstricción periférica
- Aumento de la presión arterial
- Taquicardia
- Aumento de la fuerza de contracción cardíaca
- Midriasis
- Temblor
- Sudoración
- Aumento de la producción de calor
- Aumento de la temperatura corporal

En sistema nervioso central (SNC)

Potente estimulante. Sus efectos dependen del tipo de consumidor, ambiente, dosis y vía de administración.

A dosis bajas produce:

- Elevación del estado de ánimo
- Aumento del tono vital y de energía
- Disminución del apetito
- Insomnio
- Aumento del rendimiento intelectual y físico
- Disminución de la sensación de fatiga

- Hiperactividad motora, verbal e ideatoria
- Incremento de los placeres en alerta

A dosis más altas

y/o en personas predispuestas aparecen:

- Alteraciones de la percepción
- Alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa
- Pseudoalucinaciones táctiles, auditivas y visuales
- Conducta estereotipada
- Bruxismo
- Convulsiones

Complicaciones asociadas al consumo

Ansiedad, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales y táctiles, alteraciones de la percepción y reacciones paranoides.

Psicosis por cocaína:

1. No hay diferencias significativas según el patrón de consumo, en cuanto a la cantidad de cocaína y el tiempo de dependencia, en la edad o la raza.
2. Mayor predisposición en varones y en los que consumen por vía intravenosa.
3. Influyen factores de vulnerabilidad individual, predisposición genética.
4. Suele estar precedida de un periodo en el que el paciente se muestra con ánimo disfórico y suspicaz. Después aparecen ideas delirantes paranoides que son típicamente de persecución, perjuicio y celos. Son habituales los trastornos perceptivos en forma de ilusiones y alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, por este orden. Puede cursar con agresividad y agitación. Suele ser autolimitada, y cede sin tratamiento en las horas siguientes al cese del consumo.

Daño neuropsicológico en diversas funciones cognitivas y ejecutivas.

La toxicidad cardiovascular es la principal causa de morbi-mortalidad. Pueden presentarse palpitaciones, bradicardia o taquicardia, arritmias como fibrilación auricular, taquicardia ventricular y fibrilación ventricular (muerte súbita), hipertensión e infarto de miocardio. El riesgo de infarto de miocardio durante el consumo se eleva hasta 24:1 y no tiene relación con la vía, frecuencia de administración o dosis. El consumo simultáneo de cocaína y alcohol produce mayor toxicidad cardiaca.

1. Los accidentes cerebrovasculares (ACV) más asociados al consumo son el infarto cerebral, la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular; y suceden por incremento brusco de la presión arterial.

2. Embarazo

Efectos tóxicos en el feto, infartos cerebrales en el feto y retraso del crecimiento, síndrome del niño inquieto, malformaciones

Intoxicación por cocaína que precisa tratamiento ante la presencia de signos

Cardíacos: taquicardia, arritmias, palpitaciones, angina, hipertensión arterial

Respiratorios: respiración entrecortada, neumotórax

Neurológicos: cefalea, convulsiones, TIA, hemorragia cerebral, hipertermia, vértigo, infarto cerebral

Psiquiátricos: euforia, alerta excesiva, insomnio, ideas paranoides, delirio, ansiedad

No existen antagonistas de la cocaína

No existe tratamiento farmacológico específico, por lo que el tratamiento es de tipo sintomático y de apoyo.

Abstinencia de cocaína

Tras la interrupción (o disminución) del consumo prolongado, aparece un estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotora. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la

actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

El síndrome de abstinencia a cocaína no tiene tratamiento específico. Se realiza un tratamiento sintomático: ansiedad, craving, trastornos afectivos o comportamentales que se presenten (ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes...).

Dependencia de cocaína en la clínica

Consumo compulsivo de cocaína alternado con breves periodos de abstinencia.

Deseo patológico de consumo que se incrementa durante la abstinencia.

Trastornos conductuales en relación al consumo.

Incremento de conductas compulsivas.

Ciclos de consumo y abstinencia según el patrón apetencia-euforia-disforia-anhedonia-apatía-idea-ción autoagresiva, que solo disminuyen después de muchas semanas de abstinencia.

Retraimiento, inhibición social e ideación paranoide.

Déficits cognitivos en memoria, atención y orientación.

Trastornos del sueño.

Trastornos de la alimentación.

Cefaleas crónicas y duraderas.

Lesiones de mucosa nasal en inhaladores y de mucosa orofaríngea en fumadores de base/crack.

Abandono de las obligaciones laborales y sociales.

Deterioro y desestructuración familiar.
Consumo abusivo de otras sustancias, preferentemente alcohol.

Uso continuado de cocaína a pesar de ser consciente de las consecuencias negativas que le produce.

Dependencia: Tratamiento

La desintoxicación es generalmente ambulatoria. En ocasiones, por la gravedad del policonsumo, su situación psicosocial o su comorbilidad se realiza tratamiento hospitalario.

Prevención de las recaídas.

Individualizar el tratamiento.

La combinación de terapias farmacológicas y psicoterapéuticas se considera el tratamiento de elección.

Tratamiento psicológico

El tratamiento cognitivo-conductual es el de elección para el abordaje de los dependientes de cocaína.

El entrenamiento en habilidades es eficaz e influye en la evolución y el resultado del tratamiento.

La prevención de recaídas es eficaz en modalidad individual o grupal y es compatible con diversos enfoques de tratamiento.

Como fase preliminar del tratamiento, el abordaje motivacional aumenta la retención y el cumplimiento de indicaciones.

El tratamiento familiar y de pareja mejora los resultados a largo plazo.

Tratamiento farmacológico

No existe un tratamiento específico para la dependencia de cocaína. Se utilizan:

Antidepresivos, para el tratamiento de síntomas afectivos, ansiosos o trastornos del sueño.

Anticomiciales, en especial aquellos con un posible perfil de actuación sobre la impulsividad, han ofrecido también resultados positivos.

Antipsicóticos, si presenta ideación paranoide.

Disulfiram, si se presenta con dependencia de alcohol asociada, si bien su efecto beneficioso sobre el consumo de cocaína se ha descrito como independiente del efecto sobre el alcohol.

Metilfenidato, en aquellos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbido.

Tratamientos en fases preliminares que incluyen la inmunoterapia, están en periodo de evaluación.

Fuentes

Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Luis Caballero Martínez. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas 2005.*

Cocaína. Informe de la comisión clínica. Plan Nacional sobre Drogas. 2007.

Alteraciones de funciones cognitivas y ejecutivas en pacientes dependientes de cocaína: estudio de casos y controles. Agustín Madoz-Gúrpide, Enriqueta Ochoa Mangado. Rev Neurol 2012; 54 (4): 199-208.

Capítulo 6:

Opiáceos

Dr. Juan J. Fernández

Los opiáceos, como la heroína, son sustancias que actúan sobre el organismo de manera semejante a la morfina. La dependencia de los opiáceos es una afección crónica que exige tratamiento prolongado. La sociedad actual suele estigmatizar a quienes padecen dependencia de la heroína u otros opiáceos.

Los opiáceos, como la heroína, son sustancias que actúan sobre el organismo de manera semejante a la morfina. La dependencia de los opiáceos es una afección crónica que exige tratamiento prolongado. La sociedad actual suele estigmatizar a quienes padecen dependencia de la heroína u otros opiáceos. Esta situación viene a agravarse por la falta de conocimiento acerca de lo que en realidad es una enfermedad grave, para la que existe tratamiento médico eficaz. Se trata de un problema social y de salud pública de escala mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que 13-14 millones de personas consumen opiáceos y son más de nueve millones las consumidoras de heroína. En Europa Occidental se calcula que un millón de personas consumen estas drogas por vía intravenosa.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es ayudar a los pacientes a controlar sus síntomas para que puedan reducir los riesgos a los que se enfrentan, controlar su dependencia y reinserarse socialmente. La medicación y el apoyo psicológico suelen actuar conjuntamente, puesto que ambos constituyen aspectos clave del proceso terapéutico general. Al inicio del tratamiento es importante paliar los síntomas de la abstinencia, y después es necesario evitar las

recaídas para mantener sus efectos. En ocasiones, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, puede ser necesario reanudar el tratamiento previo en caso de producirse una recaída.

Metadona y buprenorfina

Son varios los medicamentos que pueden ayudar a abordar los diversos aspectos del proceso de tratamiento, desde paliar los síntomas de abstinencia hasta evitar las recaídas y calmar el ansia de consumir. La metadona y la buprenorfina son dos medicamentos eficaces para tratar la dependencia de los opiáceos. De hecho, ambas sustancias son opiáceos que actúan sobre los mismos receptores neuronales que otras sustancias (como la heroína o los analgésicos de prescripción médica). Estos medicamentos bloquean los efectos de la heroína y alivian los síntomas de abstinencia y la ansiedad por consumir heroína y el comportamiento negativo asociado, facilitando que estas personas reciban asistencia. La metadona activa los receptores opiáceos del cerebro y los estimula para que bloqueen las señales de dolor y los sentimientos de euforia asociados al consumo de opiáceos. Al actuar sobre los mismos receptores que otras sustancias opiáceas, la metadona evita los síntomas de abstinencia que aparecen cuando se dejan de consumir estas drogas y, por

tanto, también el deseo irrefrenable de consumirlas. La buprenorfina es un fármaco relativamente nuevo para el tratamiento de esta enfermedad. Este fármaco está también disponible en combinación con otro principio activo, la naloxona, que sirve para disuadir del uso incorrecto del tratamiento. Otro fármaco utilizado en la deshabituación es la naltrexona, que boquea el efecto de los opiáceos y así acaba extinguiendo el deseo de consumir. No obstante, al no tener efecto inicial e inmediato sobre la disminución del deseo de consumo, suele ser abandonado con bastante frecuencia.

Como sucede con muchas otras enfermedades, el tratamiento de la dependencia de los opiáceos suele ser largo. El tratamiento de sustitución de opiáceos a largo plazo, conocido como tratamiento de mantenimiento, es el enfoque más habitual y es el más eficaz. La desintoxicación a corto plazo tiene una elevada tasa de recaídas y puede acarrear graves consecuencias sociales y para la salud. Según un informe de Naciones Unidas, “El tratamiento de mantenimiento por sustitución es una de las opciones de tratamiento más eficaces para la dependencia de los opiáceos. Permite disminuir el elevado coste de la dependencia de los opiáceos que deben afrontar las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto, puesto que reduce el consumo de heroína, las muertes asociadas, los comportamientos de riesgo

asociados a la infección por VIH y la delincuencia”. Además, el apoyo y las terapias psicosociales pueden desempeñar un importante papel a la hora de animar a los pacientes a iniciar y recibir tratamiento para la dependencia de los opiáceos y evitar las recaídas.

Numerosos grupos de apoyo, profesionales sanitarios, organismos públicos etc. trabajan para mejorar el tratamiento y las políticas destinados a las personas con dependencia de los opiáceos, ya sea por medio de iniciativas de reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas, de la investigación y el desarrollo de medicamentos, colaborando como voluntarios, etc. Todos ellos necesitan de la colaboración de los profesionales del periodismo para transmitir mensajes positivos sobre los beneficios del tratamiento de la adicción.

La sociedad actual suele estigmatizar a quienes padecen dependencia de la heroína u otros opiáceos.

Esta situación viene a agravarse por la falta de conocimiento acerca de lo que en realidad es una enfermedad grave para la que existe tratamiento médico eficaz. Como en muchos otros ámbitos de la vida, el estigma asociado a la dependencia de los opiáceos puede impedir que las personas soliciten ayuda y reciban tratamiento.

Guía para una comunicación responsable sobre la dependencia de los opiáceos y su tratamiento. Documento resultado del I Seminario de formación para periodistas, organizado por SOCIDROGALCOHOL, junio 2009.

El lenguaje

La actividad periodística sobre el tema de los opiáceos debería atender a algunas recomendaciones:

- No basar su historia exclusivamente en fuentes policiales: hable con los profesionales y grupos de apoyo para recabar más información, solicite la opinión de los grupos de apoyo locales que trabajan para hacer que cambie la situación para los pacientes.
- No emplee expresiones exageradas o despectivas para describir a los pacientes con dependencia de opiáceos o su tratamiento: trate de utilizar expresiones como: “personas con dependencia”, “personas que consumen drogas” o “pacientes”, en lugar de “adictos”, “drogadictos”, “delincuentes drogadictos” o “yonquis”. “tratamiento para la dependencia de opiáceos”, “tratamiento de sustitución” y “tratamiento con medicación de apoyo” son expresiones aceptables para referirse a los tratamientos. Es preferible emplear expresiones como “deshabitación” en lugar de “desintoxicación”, que implica una recuperación inmediata y repentina, y que no resulta ser demasiado efectiva.
- No trate de manera semejante las noticias relacionadas con el tratamiento de la dependencia de los opiáceos y las noticias sobre la delincuencia.
- No deje que las noticias sobre personajes famosos distorsionen las informaciones sobre una enfermedad grave con un tratamiento eficaz.



Opiáceos y comunicación

Con frecuencia hay un uso erróneo y exagerado de la terminología empleada para describir el tratamiento y la medicación empleada:

Falta de descripción del modo en que funcionan los tratamientos.

Tendencia a ofrecer una visión errónea de los pacientes calificándolos de drogadictos, delincuentes o “yonquis”, en lugar de personas con una enfermedad grave que puede tratarse médicamente.

Falta de explicación sobre las ventajas que ofrece el tratamiento. Informaciones centradas de manera desorbitada en la delincuencia asociada.

Descripción del tratamiento de la dependencia de los opiáceos como “ofrecer drogas a los consumidores de drogas”.

Afirmar que el tratamiento para la dependencia de los opiáceos ha fracasado cuando los pacientes no logran dejar de consumir.

Equiparar los tratamientos médicos a las drogas ilegales.

Obviamente, tanto los detalles que en ellos se relatan como el tono y el estilo general de los artículos pueden tener un gran impacto sobre las personas que los leen. El uso de expresiones inapropiadas puede crear una percepción errónea de la enfermedad, por ejemplo, dando por hecho que las opciones farmacológicas bastan por sí solas para tratar la enfermedad. La visión alejada de la realidad que se ofrece de la prescripción o el propósito de la medicación en la terapia puede tergiversar su importante contribución al bienestar de los pacientes. En ocasiones, el tratamiento se presenta incluso como

parte del problema (“ofrecer drogas a los adictos”). Calificar a los pacientes de “delincuentes” o “yonkis” en vez de personas con un problema de salud puede hacer que no soliciten el tratamiento. El hecho de dar un eco desmedido a las actividades ilegales puede tener un impacto negativo sobre la disponibilidad y el acceso a los tratamientos. Equiparar los tratamientos para la dependencia de los opiáceos y las drogas ilícitas merma los esfuerzos de los profesionales sanitarios que ofrecen tratamiento y presenta una imagen distorsionada del objetivo y el uso adecuado de estos tratamientos.

Las preguntas periodísticas podrían ser:

¿Qué sucedería si se tratara de mí o de alguien cercano?

Utilice un tono que anime a los pacientes y sus familias a solicitar tratamiento y apoyo

¿Quién sale beneficiado con este reportaje?

Utilice una terminología que presente los hechos con objetividad y exactitud y, a ser posible, evite dar un tono sensacionalista. Incluya estadísticas locales actualizadas y objetivas sobre la relación coste-beneficio en el ámbito social y de la salud de los programas de tratamiento para la adicción a los opiáceos y el número de pacientes que han logrado superar su adicción gracias al tratamiento, la tasa de éxitos de los programas de tratamiento. El tratamiento eficaz redundará en beneficio de toda la sociedad.

No hay epidemia de heroína actualmente en España

“No hay una epidemia de heroína ahora en España”, indicó el Dr. Josep Guardia Serecigni, psiquiatra, consultor sénior en Psiquiatría de la Unidad Conductas Adictivas del Hospital Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), en su intervención “Sobredosis, ¿existe una epidemia nueva de heroína?” en el primer **Simposio científico sobre Opiáceos** organizado por la sociedad científica SOCIDROGALCOHOL en Cartagena (Murcia). La reunión abordó desde la realidad en los centros asistenciales hasta las terapias de sustitución y el tratamiento médico de los derivados opiáceos. (29 mayo 2014).

La mayoría de sobredosis se producen como consecuencia de una dosis elevada de medicamentos “calmantes” del dolor (derivados de la morfina, la codeína y otros) y/o de medicamentos tranquilizantes o para dormir, como las benzodiazepinas. Estos medicamentos asociados a un “atacón” de bebida, es decir, un consumo intensivo de alcohol, pueden producir una sobredosis mortal, debido a una parada de la respiración y del corazón.

Fuentes

Guía para una comunicación responsable sobre la dependencia de los opiáceos y su tratamiento. Documento resultado del I Seminario de formación para periodistas, organizado por SOCIDROGALCOHOL, junio 2009.

Guía Clínica para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona, SOCIDROGALCOHOL, 2010.

Guía clínica para el tratamiento de la dependencia a opiáceos, SOCIDROGALCOHOL, Fernández Miranda J.J. (coord.), 2007.

Plan nacional sobre Drogas, Opiáceos

FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, (www.fad.es)

OED: Observatorio Español sobre Drogas.

Observatorio Europeo sobre Drogas

Heroin drug profile EMCDDA.

Cambio radical

En la última década, se ha producido un cambio radical en la vía predominante de administración de la heroína. La vía inyectada ha sido sustituida por la vía fumada. Este cambio ha tenido importantes consecuencias en el control de los daños asociados al consumo de heroína por vía inyectada (infección HIV y otras enfermedades infecciosas, sobredosis, etc.)

Heroína. V Informe de la Comisión Clínica, Plan Nacional sobre Drogas, 2009

Heroína

La heroína es droga poderosa entre los opiáceos, produce euforia y sentimientos de relajación. Se ralentiza la respiración y aumenta el riesgo de grave enfermedad infecciosa, especialmente cuando se toma por vía intravenosa. Otros opiodes son: morfina, OxyContin, Vicodin, y Percodan.

Sobre heroína en el mundo y en EEUU:
National Institute on Drug Abuse NIDA.

Capítulo 7: **Anfetaminas y otros psicoestimulantes**

Según el Observatorio Europeo para las drogas, las anfetaminas son sustancias sintéticas que se presentan generalmente en forma de polvo blanco.

La anfetamina está asociada a un uso terapéutico limitado, pero la mayor parte de su producción se efectúa en laboratorios clandestinos.

Epidemiología

Según la encuesta EDADES publicada en marzo de 2015, el consumo de anfetaminas se detecta en el 0,6% de las personas que han consumido en los últimos 12 meses. El dato permanece estable. La edad media de inicio es 20,8 años.

Según el Observatorio Europeo para las drogas, las *anfetaminas* son sustancias sintéticas que se presentan generalmente en forma de polvo blanco. La anfetamina está asociada a un uso terapéutico limitado, pero la mayor parte de su producción se efectúa en laboratorios clandestinos.

La *metanfetamina* tiene un notable poder adictivo. Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo.

El *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*, editado por SOCIDROGALCOHOL, indica que “el efecto principal de las anfetaminas es el de liberación de dopamina y noradrenalina de sus lugares de almacenamiento, además de un efecto parecido al de la cocaína”.

El *alcance en Estados Unidos* de la metanfetamina alcanza valor de epidemia. Los datos provenientes de las salas de emergencia y de los programas de tratamiento demuestran el creciente impacto del abuso de la metanfetamina en el país.

Como con otros estimulantes similares, su abuso se produce en forma de manera episódica, con ciclos de consumo intensivo seguidos de un estado transitorio de gran agotamiento (“binge and crash”). Debido a que los efectos placenteros de la metanfetamina desaparecen antes de que su concentración en la sangre baje significativamente, los consumidores intentan prolongar la sensación de euforia mediante su reiterada auto-administración.

La estructura de la metanfetamina es similar a la de la anfetamina y a la del neurotransmisor dopamina, pero es muy diferente a la de la cocaína. Aunque estos estimulantes tienen efectos conductuales y fisiológicos similares, hay algunas grandes diferencias en los mecanismos básicos de cómo funcionan. En contraste con la cocaína que el cuerpo elimina rápidamente, metabolizándola casi por completo, la metanfetamina tiene una acción mucho más prolongada y un porcentaje mayor de la droga permanece inalterado en el cuerpo. El resultado es que la metanfetamina se mantiene más tiempo en el cerebro, lo que conduce a la prolongación de los efectos

Efectos

Se cree que la mayoría de los efectos placenteros de la metanfetamina son el resultado de la liberación de cantidades sumamente altas de dopamina. La dopamina, una sustancia que está involucrada en la motivación, la experiencia del placer y la función motora, es un mecanismo de acción compartido por la mayoría de las drogas de abuso. También se cree que la liberación elevada de dopamina producida por la metanfetamina contribuye a los efectos nocivos de la droga sobre las terminales nerviosas en el cerebro.

La metanfetamina está asociada con una cultura de comportamiento sexual de riesgo, tanto entre hombres que tienen sexo con otros hombres como entre las poblaciones heterosexuales. Este vínculo puede deberse al hecho de que la metanfetamina y otros estimulantes psicomotores pueden incrementar la libido.

estimulantes de la droga. El abuso crónico de la metanfetamina cambia de forma significativa el funcionamiento del cerebro. Los estudios no invasivos de neuroimagen del cerebro humano han mostrado alteraciones en la actividad del sistema dopaminérgico que están asociadas con una disminución en el rendimiento motor y un deterioro en el aprendizaje verbal. Asimismo, estudios recientes en personas que han abusado de metanfetamina por periodos prolongados también revelan cambios graves de estructura y función en las áreas del cerebro asociadas con las emociones y con la memoria. Esto podría explicar muchos de los problemas emocionales y cognitivos que se observan en los abusadores crónicos de metanfetamina.

El consumo de metanfetamina, incluso en pequeñas cantidades, puede resultar en muchos de los mismos efectos físicos de otros estimulantes como la cocaína o la anfetamina, incluyendo una prolongación del estado de vigilia, mayor actividad física, disminución del apetito, aumento de la frecuencia respiratoria, aceleración de la frecuencia cardíaca, irregularidad del latido del corazón, aumento en la presión arterial e hipertermia.

Actualmente no existen medicamentos específicos que contrarresten los efectos de la metanfetamina o que prolonguen su abstinencia y reduzcan el

abuso de esta droga por alguien adicto a la misma. Sin embargo, hay varios medicamentos, que han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de EEUU para otras enfermedades, que también pueden resultar útiles en el tratamiento de la adicción a la metanfetamina.

Metilfenidato: Derivado de la piperidina, de estructura similar a la anfetamina, actúa principalmente bloqueando el transportador de la dopamina. Impide así la recaptación de dopamina y noradrenalina del espacio sináptico. Los diferentes estudios realizados han mostrado que, a pesar de un cierto efecto beneficioso sobre el craving de cocaína, no produce una reducción del consumo de cocaína y presenta el riesgo de su potencial adictivo.

Fuentes

Monografía sobre drogas recreativas, SOCIDROGALCOHOL 2003

Plan Nacional sobre Drogas

NIDA

Lasdrogas.info

EMCDDA

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe.

Treatment options for amphetamines users

Methamphetamine drug profile

What are amphetamines?

Capítulo 8: **Juego patológico** **y adicciones comportamentales**

Con frecuencia, el juego patológico y el alcoholismo aparecen de manera simultánea o sucesiva en una misma persona, o incluso en generaciones sucesivas de familiares.

La clasificación diagnóstica de trastornos psiquiátricos de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su 5ª edición (DSM-5) define el juego patológico como una conducta adictiva de juego problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativos y que se caracteriza por un mínimo de 4 de los siguientes comportamientos: (1) necesidad de apostar cantidades de dinero crecientes; (2) sentirse nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego, (3) esfuerzos repetidos para reducir, controlar o abandonar el juego sin éxito; (4) pensamientos rumiativos en relación a las apuestas; (5) suele apostar cuando tiene malestar emocional; (6) intenta siempre recuperar las pérdidas; (7) miente para ocultar su grado de implicación en el juego; (8) ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o su carrera profesional, a causa del juego; (9) pide dinero a los demás para aliviar su situación económica desesperada, provocada por el juego.

La problemática del juego patológico aún no dispone de un corpus científico extenso y ha sido incorporada a las adicciones de forma reciente. Sus efectos se dejan sentir: el VI Informe “Percepción social sobre el juego de azar en España 2015”, realizado por la Fundación Codere y la Universidad Carlos III de Madrid, presentado en junio 2015, detalla que de los 650.000 españoles que juegan *online* habitualmente,

hay entre 30.000 y 50.000 en riesgo de juego “patológico”, mientras que en su modalidad presencial esa cifra puede llegar hasta los 100.000 individuos.

En el informe anterior, elaborado igualmente por IPOLOG y Universidad Carlos III (Madrid), *V Percepción social sobre el juego de azar en España 2014*, se indica que “El número de jugadores *online* ha descendido entre 2012 y 2013. Coincide en este dato la información de la Dirección General de Ordenación del Juego sobre el número de jugadores activos cada mes, que ha pasado de 469.000 en diciembre de 2012, a menos de 300.000 en diciembre de 2013. Los datos obtenidos a través de nuestra encuesta muestran un descenso de quienes declaran haber jugado *online* en los tres últimos meses, desde el 4,2% en 2012 al 3,3% en 2013, es decir, de casi 1,5 millones a 1,15. El impacto de la crisis durante 2013 ha sido determinante en esta evolución”.

El *EGBA (European Gaming Betting Association)* defiende la autorregulación pero indica que los problemas con el juego afectan a alrededor del 0,5 por ciento de europeos. En Europa, la tasa de problemas con el juego es habitualmente considerada entre 0,5 a 3 por ciento de la población.

En España el juego por Internet ha sido considerado como un problema grave. Se supone que, después de las

tragaperras, los juegos de Internet suponen ya el mayor problema. Según algunos expertos, en unos pocos años el juego *online* puede presentar un nivel de consultas mayoritario. La Unidad de Atención al Juego Patológico del Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS) de Girona detectó (mayo 2015) una tendencia al alza en adicciones al juego y apuestas por Internet, aunque la adicción a las máquinas tragaperras sigue siendo el principal problema de los nuevos casos que recibe.

Juego responsable (?)

En España, *la Memoria del análisis de impacto normativo del Real Decreto de comunicaciones comerciales en las actividades de juego y de juego responsable (2015)* recomienda el juego responsable y lo define como “El conjunto de elementos que configuran la oferta y el consumo del juego, que propician una decisión informada y sensata al respecto por parte de los consumidores, y conducen a reducir el riesgo de surgimiento de conductas de juego desordenado, problemático, compulsivo o patológico”. Dado que estas recomendaciones no tienen en consideración las verdaderas características de este trastorno mental llamado juego patológico, no resultan de utilidad para ayudar a las personas que han desarrollado esta enfermedad adictiva.

Adicción sin sustancia

Un editorial de la Revista ADICCIONES de SOCIDROGALCOHOL planteaba los retos para el tratamiento del *juego patológico* porque la ludopatía es una forma de adicción sin droga. Las adicciones no se limitan exclusivamente a las conductas problemáticas generadas por algunas sustancias químicas, como los opiáceos, los estimulantes, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. Para *Enrique Echeburúa* (Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco): “La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía. La indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente”.

Comorbilidad con alcohol

El *Manual de adicciones para médicos en formación*, (SOCIDROGALCOHOL, 2010), indica que se ha comprobado repetidamente que el consumo de alcohol puede propiciar el inicio de un episodio de juego y sobretodo el descontrol o la dificultad de detener

dicho episodio, a pesar de estar perdiendo mucho dinero. La ingesta de dos consumiciones de alcohol puede contribuir a aumentar el deseo de apostar dinero y que las personas que, cuando beben, lo hacen de manera compulsiva (“binge drinkers”) presentan un bajo rendimiento en los test de atención sostenida, memoria episódica y capacidad de planificación. Unos déficits cognitivos que pueden contribuir decisivamente a la pérdida de control sobre la conducta de apostar dinero.

El consumo de bebidas alcohólicas aparece en mayor frecuencia en los hombres y aquellos que toman alcohol mientras juegan es más probable que presenten un juego problemático, en comparación a los que no toman alcohol.

A partir de los datos del estudio *NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions)* se ha comprobado que la *comorbilidad psiquiátrica* que con mayor frecuencia va asociada al juego patológico es el alcoholismo (73,2%), seguido de los trastornos de personalidad (60,8%), del estado de ánimo (49,6%), de ansiedad (41,3%) y en quinto lugar del abuso de otras drogas (38,1%). Por tanto, el tratamiento del juego patológico tendría que incluir la evaluación y el tratamiento concomitante de la comorbilidad psiquiátrica y adictiva asociadas.

Tratamiento

Afortunadamente se han desarrollado en los últimos años vías de actuación para hacer frente a este problema y existen las propuestas terapéuticas de las asociaciones.

El tratamiento para las personas con ludopatía comienza con el reconocimiento del problema. Los jugadores patológicos suelen negar que tienen un problema o necesitan tratamiento. Las opciones de tratamiento incluyen terapia cognitivo-conductual (TCC), grupos de apoyo de autoayuda y tratar otros tipos de adicción, como el abuso de sustancias y la dependencia del alcohol. Pocos estudios se han realizado sobre los medicamentos para el tratamiento de la ludopatía. Al igual que la adicción al alcohol o las drogas, el juego patológico es un trastorno a largo plazo que tiende a empeorar sin tratamiento.

Prevención

La exposición al juego puede aumentar el riesgo de desarrollar el juego patológico. La exposición pública al juego, sin embargo, sigue aumentando en forma de loterías, juegos de azar electrónicos e Internet, y los casinos.

La investigación sobre juego patológico en la unidad de Ludopatía del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid fue presentada por Ángela Ibáñez Cuadrado, Jefe Sección del Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal (*IRYCIS, CIBERSAM.*) en las ***Jornadas Nacionales de SOCIDROGALCOHOL celebradas en Murcia en 2013.***

Su ponencia sobre Investigación sobre juego patológico indicaba que ***“desde el punto de vista conceptual, nuestro grupo propone desde hace más de 15 años el modelo de ludopatía como una adicción, conceptualización que ha sido recientemente reconocida en el DSM-5”***

S. Jiménez Murcia presentó en las Jornadas Nacionales de SOCIDROGALCOHOL celebradas en Murcia 2013 su investigación sobre la Eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en el juego patológico.

Indicaba que: *“La literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos para el juego patológico es reciente y limitada. Hasta el momento, no se ha descrito un tratamiento único para intervenir sobre esta patología. Estudios de revisión y meta analíticos, sobre los resultados de los tratamientos psicológicos para reducir la conducta de juego, han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que demuestra mayor eficacia, tanto a corto como medio-largo plazo. En la ponencia se presentarán distintos estudios de investigación sobre la eficacia de la TCC, en el tratamiento del juego patológico, realizados en la Unidad de Juego Patológico, del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Universitario de Bellvitge”*

APP del Plan nacional sobre Drogas

La **aplicación gratuita para dispositivos móviles** (teléfonos inteligentes y tabletas) del Plan Nacional Sobre Drogas es una herramienta de información y concienciación dirigida principalmente a la población en general que quiera conocer de manera rigurosa los riesgos de las drogas y otras adicciones sin sustancias.

Fuentes

Plan Nacional sobre Drogas, Boletín Nº 53, febrero 2014

Guía Clínica de intervención psicológica en adicciones, SCIDROGALCOHOL.

Pathological gambling

Compulsive gambling

Las ludopatías, web especializada

<http://www.cop.es/colegiados/M-13641/index.htm>

V Informe Percepción social sobre el juego de azar en España 2014

Guía Clínica, actuar ante el juego patológico, Junta de Andalucía (2007)

Manual de Intervención en Juego Patológico, Servicio Extremeño de Salud, 2008

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (Fejar)

Capítulo 9: **Drogas emergentes**

El mundo de las drogas de abuso y sustancias psicoactivas se encuentra en continua evolución. El conocimiento de las tendencias actuales, sustancias utilizadas, patrones de uso, toxicidad, así como el diagnóstico y tratamiento, es imprescindible para los profesionales implicados en su abordaje clínico-terapéutico y de prevención.

En la *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España* (ESTUDES) 2012, el cuestionario pregunta por los consumos de alucinógenos, haciendo también referencia a sustancias como “LSD”, “ácido”, “tripi”, “setas mágicas”, “mescalina”, “ketamina”, “special-k”, “ketolar” o “imalgene”. No obstante, existen preguntas adicionales sobre la “ketamina” y las “setas alucinógenas” de forma aislada, en la sección correspondiente a nuevas sustancias. El 3,1% de los entrevistados manifiesta haber consumido alucinógenos alguna vez en su vida, el 2% lo hizo en los últimos 12 meses y el 1% en los últimos 30 días. Son por tanto las drogas que tienen un consumo más excepcional por parte de la población.

El cuestionario de ESTUDES para estudiantes de secundaria pregunta también por los consumos de inhalables volátiles y hace también referencia a “colas”, “pegamentos”, “disolventes”, “poppers”, “nitritos” o “gasolina”. En 2012, el 1,9% de los estudiantes había consumido inhalables volátiles alguna vez en su vida, el 1,2% lo hizo en los últimos 12 meses y el 0,8% en los 30 días previos a ser encuestado.

El consumo experimental (alguna vez en la vida) continúa la tendencia decreciente iniciada en 2006, mostrando un descenso de casi medio punto porcentual, registrándose descenso tanto entre las mujeres como entre los hombres, que partían de prevalencias

superiores. Los consumos en el último año y el último mes se mantienen estables y se constituyen como las cifras de prevalencia más bajas de toda la serie histórica correspondiente a este grupo de sustancias. La edad de inicio en el consumo de inhalables volátiles es la más baja de entre todas las sustancias estudiadas (13,4 años) y es notablemente inferior en el caso de las chicas (12,6 años) que en el de los chicos (13,8 años).

Al igual que en el caso de la heroína, las prevalencias de consumo de inhalables volátiles no aumentan proporcionalmente con la edad del encuestado como ocurre para otras sustancias. Tomando como referencia el consumo en el último año, las cifras más elevadas se registran a los 16 (1,4%) y 17 años (1,3%) y no a los 18 años (1,1%).

Junto a la presencia de las sustancias de abuso “legales”, y de las clásicas ilegales, se han ido introduciendo y expandiendo otras sustancias de características muy diversas: sustancias a legales, party-pills, legal highs, etc. Las sustancias son muy diversas: Plantas, hierbas, semillas, hongos, vitaminas y minerales, fármacos de uso legal o sus copias, sustancias químicas de uso legal, sustancias químicas sintéticas no autorizadas.

Internet ha desempeñado un papel importante en la extensión de este fenómeno. Existe una cantidad enorme de información en la red sobre la obtención,

síntesis, identificación, consumo, efectos y comercialización de este tipo de sustancias y de drogas de abuso.

Algunos daños

En general, bajo los efectos de cualquiera de estas sustancias, es probable desarrollar conductas hostiles y de riesgo, como conducción temeraria de vehículos o relaciones sexuales no protegidas. Algunas sustancias, como el GHB o la ketamina, son consideradas, en algunos países, como sustancias facilitadoras de la comisión de delitos sexuales. Las demandas de tratamiento se suelen producir en los servicios de urgencias, debido a estados de intoxicación con alteraciones del comportamiento y otros síntomas psiquiátricos transitorios, pero son muy poco frecuentes en los centros de drogodependencias.

Drogas de club

Las *drogas de club* constituyen un grupo farmacológicamente heterogéneo de compuestos psicoactivos que tienden a ser objeto de abuso por parte de adolescentes y adultos jóvenes en los clubes nocturnos, bares, fiestas “rave” o en el contexto de la música “trance”. El gamma hidroxibutirato (GHB), el Rohipnol y la ketamina son algunas de las drogas de este grupo; también lo son la MDMA (éxtasis) y la metanfetamina.

Policonsumo

Hay dos hechos relevantes: el fenómeno del policonsumo de drogas de abuso y sustancias psicoactivas, sobre todo en la población joven; y la escasa percepción del riesgo intrínseco del consumo de diversas sustancias a la vez, tanto si son drogas sintetizadas en laboratorio, como bebidas alcohólicas, otras drogas o medicamentos. Algunos gráficos muy interesantes se publican en el *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*, editado por SOCIDROGALCOHOL en 2010.

Datos

No existen datos suficientes. Pero nos podemos orientar por las cifras que anualmente facilita el Observatorio Europeo. Aunque el consumo de nuevas sustancias psicotrópicas parece estar limitado, su ritmo de aparición no ha disminuido. Los informes al Sistema de alerta rápida de la UE indican un aumento tanto de la variedad como de la cantidad de estas sustancias en el mercado europeo. En 2014, se detectaron 101 nuevas sustancias psicotrópicas y es interesante observar cómo las que entran en el mercado, son sobre todo cannabinoides, estimulantes, alucinógenos y opiáceos sintéticos que imitan las sustancias establecidas. En el informe 2015, el EMCDDA presenta nuevos datos. *Observatorio Europeo sobre Drogas, Informes*

Fuentes

Plan Nacional sobre Drogas, Observatorio Español sobre Drogas

NIDA for teens

NIDA, Emerging Trends

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)

NIDA, Drogas emergentes, Cast.

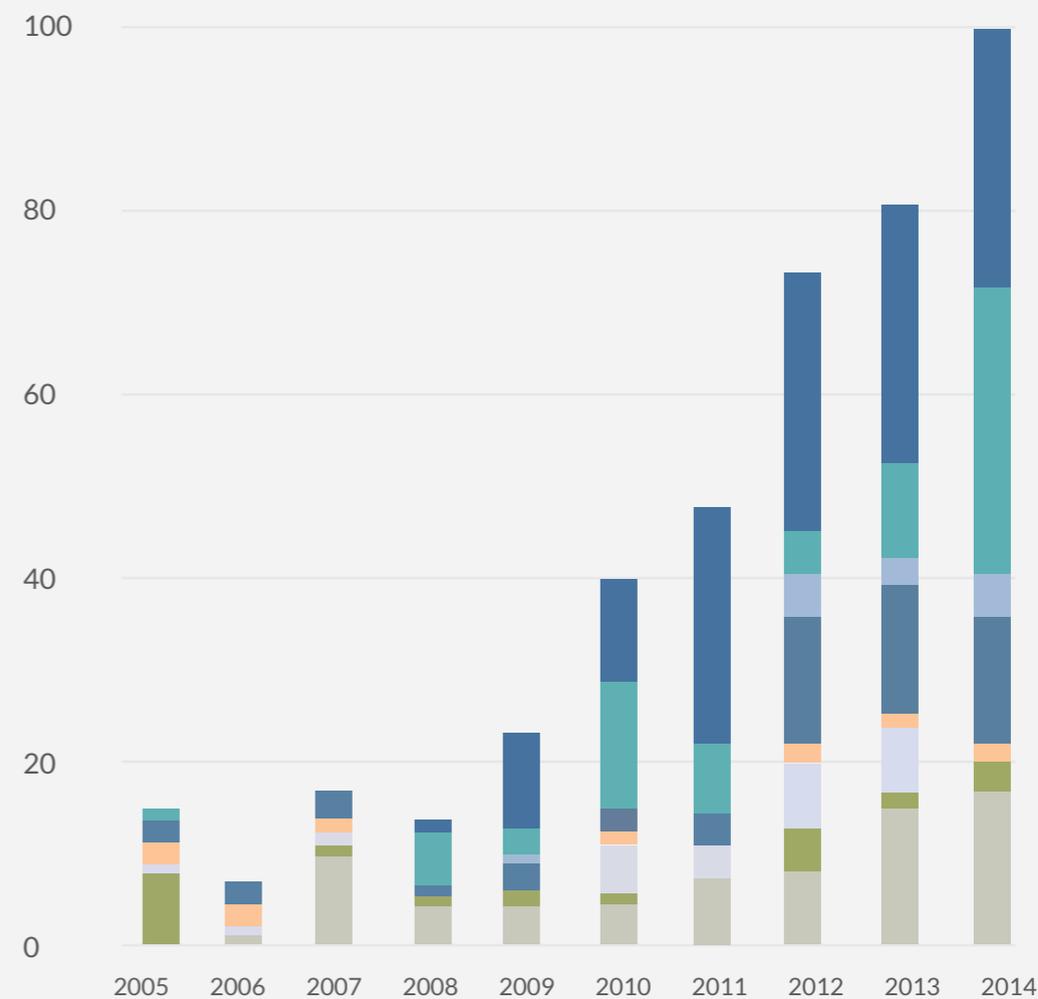
European Drug Report 2015: Trends and Developments

PND, Informe drogas emergentes, 2011



Número y categorías de nuevas sustancias psicotrópicas notificadas al Sistema de alerta rápida de la UE

Fuente: EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



Capítulo 10: **Prevención**

Los daños personales y sociales del abuso de sustancias plantean las posibilidades de la prevención. La prevención es una disciplina reciente y con perfiles no muy definidos. Eso hace que todo tipo de instituciones y expertos inicien programas de prevención (por ejemplo, alcohol y menores o botellón) sin que posteriormente exista un seguimiento y evaluación de los resultados.

Los programas de prevención generalmente están diseñados para su uso en un entorno particular, como en el hogar, en la escuela o en la comunidad, pero se pueden adaptar para su uso en diversos ámbitos.

Documento de consenso

SOCIDROGALCOHOL elaboró un *Documento de Consenso sobre Prevención* en abril 2012 que fue posteriormente ampliado con aportaciones de diferentes expertos.

La situación

El uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas es un problema no sólo para la salud pública, sino que también tiene repercusiones en otras áreas como la comunidad, la familia y la seguridad pública. Supone una importante carga para la sociedad de forma directa (adicción, sobredosis...), o indirecta (accidentes de tráfico o laborales, suicidios, violencia, rendimiento escolar y laboral, hepatitis C, Sida...). Sin embargo la percepción social sobre la importancia de las drogas está descendiendo en muchos países, posiblemente porque hay menos alarma social, que cuando el problema principal era el consumo de heroína. En el conjunto europeo, España está entre los países de mayor prevalencia para distin-

tas drogas ilegales (cocaína, cannabis, éxtasis...). Especialmente preocupante es el consumo diario de cannabis entre los jóvenes españoles, con diferencia el más alto de Europa.

Cada vez sabemos más sobre las bases genéticas de las adicciones, pero no hay ninguna duda acerca de la importancia clave que tienen factores ambientales como el mantenimiento de condiciones de fácil accesibilidad y elevada disponibilidad para las drogas, las estrategias directas o encubiertas de su promoción por parte de la industria, los factores sociales como son las normas permisivas, así como los factores familiares e individuales, para explicar tanto la iniciación en el uso de alcohol, tabaco y otras drogas, como el desarrollo de problemas asociados a su consumo.

El tabaco y el alcohol son sin duda los problemas principales en cuanto a consecuencias sobre la salud, relacionados también con el hecho de que son las drogas con diferencia más consumidas y porque su consumo está muy estrechamente relacionado con el consumo de cannabis y cocaína.

La prevención

Los objetivos de la prevención de las drogodependencias son:

- Reducir la prevalencia de consumo de las diferentes drogas.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y dependencia de las mismas.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
- Establecer medidas de control que limiten la oferta y promoción del alcohol, tabaco y otras drogas, especialmente cuando van dirigidas a menores de edad.
- Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas, siempre considerando las limitaciones que tienen los propios individuos en función de la edad, la vulnerabilidad personal u otras circunstancias.

- Potenciar los factores de protección y disminuir los riesgos para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar estilos de vida saludables
- Reducir los costes sociales y sanitarios evitables relacionados con el uso de drogas (mortalidad prematura, morbilidad, accidentabilidad vial, violencia, costes de atención sanitaria y social, etc.).

Entornos de prevención

Existen entornos más idóneos para realizar la prevención como es la escuela o la familia, porque de una forma relativamente fácil es posible llegar a amplios grupos de población. Pero tanto si se realiza en estos contextos como en otros, hay que asegurarse de que se utilicen programas preventivos que hayan demostrado su efectividad/eficiencia, lo cual muchas veces no es así. La movilización comunitaria y de la familia son claves para el éxito de las políticas de drogas. Un ejemplo claro y reciente ha sido la aprobación de la ley que prohíbe el uso del tabaco en lugares públicos, donde la concienciación de los ciudadanos, más que la aplicación de sanciones, han sido la clave del éxito. En la actualidad, en los países desarrollados, gran parte del consumo tiene que ver

con la vida recreativa nocturna. Por tanto, incidir en la forma de diversión en la vida recreativa es básico para reducir el consumo de sustancias.

Actuaciones

- Sensibilizar a la opinión pública sin alarmismos, pero con claridad, sobre la situación del uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas y de sus consecuencias.
- Centrarse en aquellas cuestiones que pueden despertar una mayor comprensión del público y de los que toman decisiones sobre políticas, como pueden ser, por ejemplo, el consumo de menores, el alcohol y sus consecuencia (conducción de vehículos, violencia doméstica...), la influencia negativa del cannabis en los estudios de los adolescentes, etc.

Las políticas sobre drogas requieren un balance entre control y reducción de la oferta, prevención, reducción del daño y tratamiento. La asignación de recursos muchas veces se hace en función de presiones sociales, intereses corporativos, prejuicios sobre la eficacia o las prioridades. Dado que cada vez hay más programas preventivos evaluados correctamente, es importante establecer cuáles son las medidas más rentables no sólo desde la perspectiva de la salud pública y de los otros beneficios sociales,

sino también, y de forma muy importante, desde su perspectiva económica.

Se ha de considerar la evidencia de efectividad obtenida en todos los contextos socioculturales donde se aplican medidas de regulación: del mercado (precio, accesibilidad, disponibilidad y control de las estrategias de promoción); de los contextos de uso (regulación en lugares públicos, políticas normativas en los centros educativos y de ocio) y de programas de promoción y capacitación (refuerzo democrático, empoderamiento comunitario, habilidades parentales de gestión familiar, capacitación de padres, programas de habilidades para la vida en el medio educativo, y actuaciones de reducción de riesgos en zonas de ocio donde se produce el consumo).

Programas que funcionan

Aunque queda bastante por investigar, desde hace años se sabe bastante sobre los programas que funcionan y los que no. Se pueden destacar los principios de la prevención en drogodependencias del National Institute on Drug Abuse, NIDA, EEUU, o los que ha elaborado el *Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Existen también distintas inicia-

tivas de sociedades científicas, de organismos nacionales y distintos informes del propio *Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA)*, donde se crean criterios de funcionamiento de programas y se generan bases de datos con programas preventivos que funcionan.

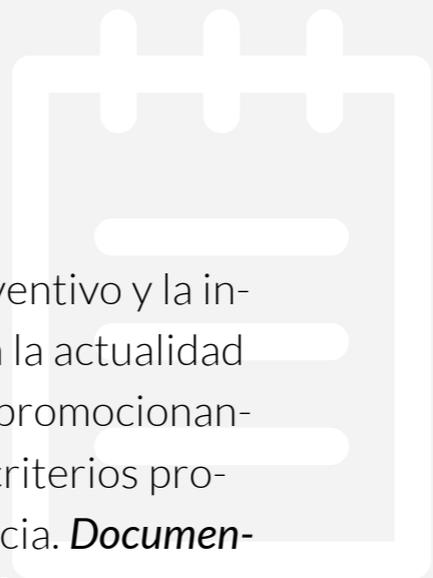
La prevención puede reducir la proporción de personas que desarrollan un consumo problemático o una adicción a las drogas.

Recursos

Debemos reconocer que el esfuerzo preventivo y la intervención temprana son insuficientes en la actualidad en España. Por ello es importante seguir promocionando una prevención de calidad basada en criterios profesionales, en la evaluación y en la evidencia. **Documento de Consenso de SOCIDROGALCOHOL, 2012.**

Según algunos datos, en el período 2000-2004 España se gastaba 9 euros de dinero público por persona para atender problemas relacionados con las drogas, que corresponde al 0,07 del PIB, frente al 0,66 (que son 139 euros) de Holanda, el 0,47 de Suecia o el 0,35 del Reino Unido. EMCDDA (2004). Public expenditure on drugs in the European Unit 2000-2004. Lisboa.

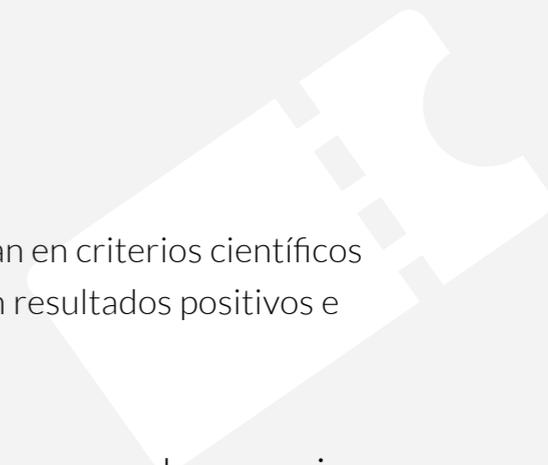
En: www.emcdda.europa.eu.



Actividades preventivas

Muchas actividades preventivas no se basan en criterios científicos y, por tanto, es muy improbable que tengan resultados positivos e incluso pueden tener efectos negativos.

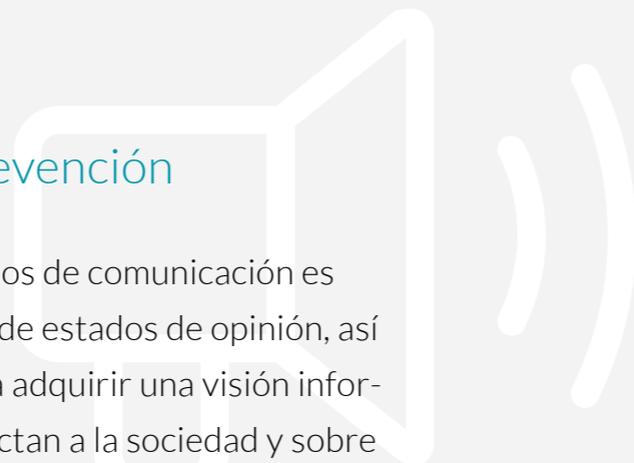
Una de las actividades 'preventivas' que muchos municipios españoles han adoptado ha sido el de organizar actividades recreativas nocturnas paralelas a las organizadas por la industria. No está comprobado que estas estrategias hayan sido eficaces, de acuerdo con los conocimientos actuales que tenemos sobre prevención.



Medios de comunicación y prevención

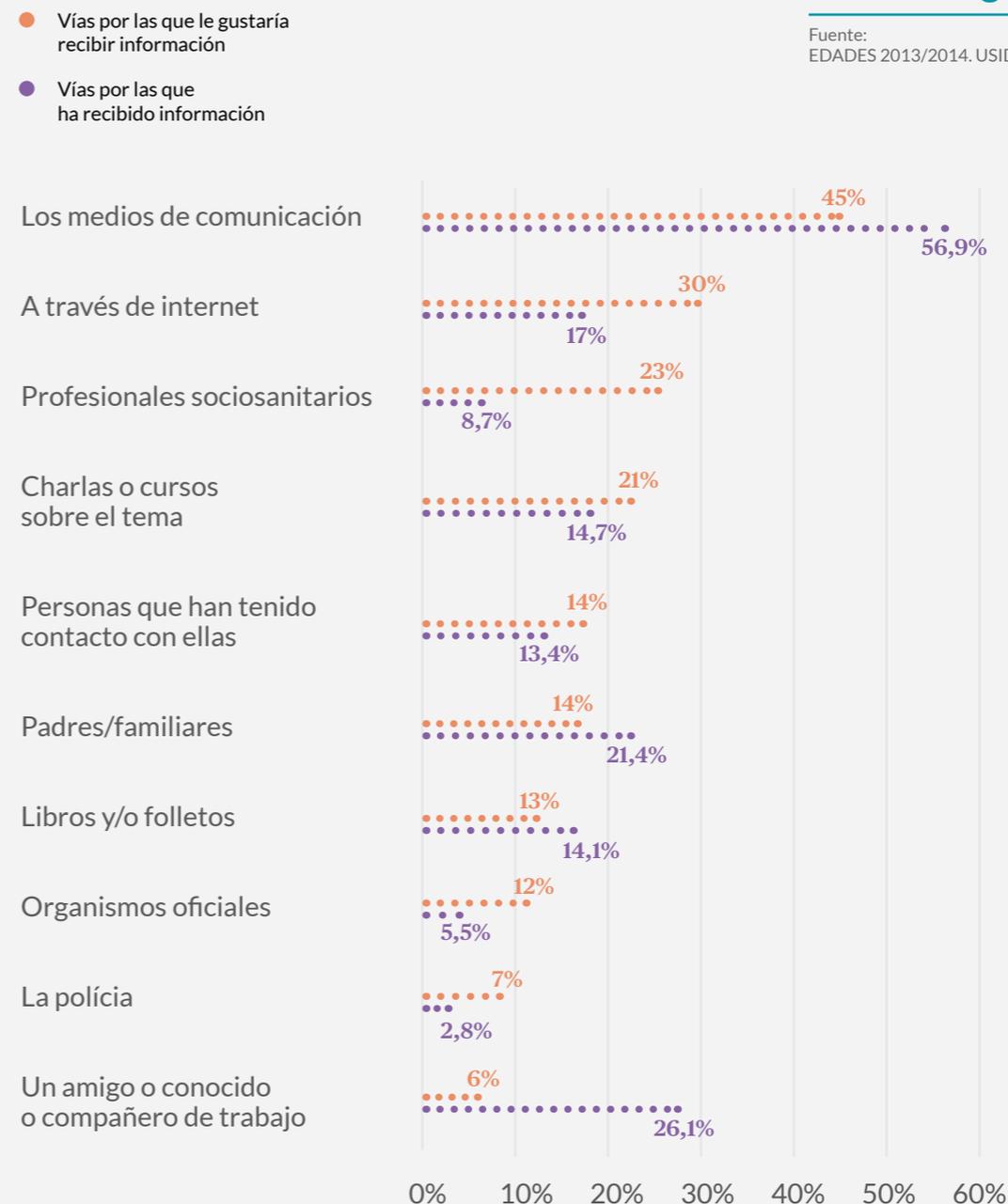
En la sociedad actual, el papel de los medios de comunicación es clave a la hora de contribuir a la creación de estados de opinión, así como a la formación de la ciudadanía para adquirir una visión informada sobre los principales temas que afectan a la sociedad y sobre los factores que los determinan. La principal fuente de información sobre drogas de los jóvenes españoles (al igual que el resto de europeos) es Internet, con un 64%, que ha desplazado ampliamente a los medios habituales (TV, prensa escrita...) con un 14% (The Gallup Organization, 2011). Sin embargo, posiblemente los medios de comunicación especializados en jóvenes tengan una influencia determinante creando modas y estilos de vida. Se pueden obtener buenos resultados cuando se utilizan los medios de comunicación para llevar a cabo campañas de prevención y/o promoción de salud para conseguir cambios significativos, directos o indirectos, en la población.

En la última encuesta EDADES del Plan Nacional sobre Drogas, publicada en marzo de 2015, más de la mitad de la población encuestada indica que recibe su información sobre drogas por los medios de comunicación.



Información sobre drogas

Fuente:
EDADES 2013/2014. USID. DGPNSD. MSSSI



Los programas de prevención son rentables

Los programas de prevención con bases científicas pueden ser *costo-efectivos*. Al igual que en investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en prevención, un ahorro de hasta \$10 en el tratamiento de alcohol o de otras sustancias.

En España, la prevención de drogas está organizada y financiada por el Plan Nacional sobre Drogas y el ámbito de las comunidades autónomas. Existe una iniciativa prometedora (***web de Prevención basada en la evidencia***, de SOCIDROGALCOHOL) que estableció un inventario de los programas basados en la evidencia para España, similar a la Lista Verde en Alemania que está ahora bajo amenaza debido a la falta de financiación.

Las escuelas siguen siendo los espacios preferidos para el trabajo de prevención universal en las comunidades autónomas, con una amplia variedad de programas. ***EMCDDA, Spain***



Fuentes y documentos

Plan Nacional sobre Drogas, área de prevención.

Servicio PAD, Madrid Salud.

Prevención basada en la evidencia. Web creada por SOCIDROGALCOHOL que incluye la información disponible y evaluaciones de programas de prevención.

EMCDDA (2004). Public expenditure on drugs in the European Unit 2000-2004. Lisboa.

En: www.emcdda.europa.eu.

Wakefield, M. A., Loken, B. y Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behavior. *Lancet*, 376, 1261-1271.

Fuentes internacionales

NREPP es un registro en línea de búsqueda de intervenciones en más de 340 sustancias de abuso.

ESPAD

Cochrane Reviews.

Recursos generales y fuentes

La principal fuente de datos en España es el ***Plan Nacional Sobre Drogas***. En su web se clasifican distintas categorías. Dispone de los estudios periódicos realizados con las encuestas EDADES y los resultados de las encuestas ESTUDES. Está disponible también la Encuesta de Salud y Consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP).

Algunos Media Guide

NIDA Media Guide EEUU (Actualizado septiembre 2014).

Drugscope Media Guide UK (2011).

Guía sobre drogas 2007, Plan Nacional sobre Drogas 2007.

Cómo mejorar la información sobre drogas y otras adicciones

Proyecto Hombre, 2007.

Actuar es posible, Medios de comunicación y drogodependencias,

Plan Nacional sobre Drogas, 2000.

Proyecto Hombre (2010), *¿Cómo mejorar la información sobre drogas y otras adicciones? Guía de estilo periodístico para ampliar y mejorar la información en materia de drogas y otras adicciones.*

Guide de données et d'information sur la maladie mentale et la toxicomanie 2014

Guía para una comunicación responsable sobre la dependencia de opiáceos, 2009, Socidrogalcohol.

PND

La principal fuente de datos en España es el *Plan Nacional Sobre Drogas*. En su web se clasifican distintas categorías. Dispone de los estudios periódicos realizados con las encuestas EDADES y los resultados de las encuestas ESTUDES. Está disponible también la Encuesta de Salud y Consumo de Drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP). El *Centro de Documentación e Información* dispone de un amplio banco de datos y publica cada día un resumen de prensa sobre drogas y adicciones en España y Latinoamérica.

La web también dispone de un *listado de enlaces* con las principales fuentes relacionadas con drogas y adicciones.

SOCIDROGALCOHOL

www.socidrogalcohol.org

Adicciones. Revista científica de SOCIDROGALCOHOL

La *Asociación nacional de Informadores de Salud (ANIS)* organiza sesiones de formación para periodistas y presenta en su web convocatorias, agenda y notas de prensa de interés.

Es el foro en España para los temas relacionados con la información y la salud.

<http://www.anisalud.com/>

Publicaciones especializadas

Adicciones, Revista Científica de SOCIDROGALCOHOL

Revista In dependientes

Revista Dependências (portugués)

Health and Addictions/Salud y Drogas

ADDICTION, www.addictionjournal.org

Recursos

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)

CNPT / Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

Drogomedia. *El Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (CDD)* dispone de un excelente banco de datos sobre adicciones y drogas. Publica cada día el boletín Gabia OVD con resúmenes de prensa.

Guía sobre drogas, Plan Nacional sobre Drogas, 2007.

Actuar es posible. Medios de comunicación y drogodependencias
Plan Nacional sobre Drogas, 2000.

Prevención de la A a la Z: glosario sobre prevención del abuso de drogas
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud -CEPS- (2004).

Legislación y Planes de las Comunidades Autónomas.

Guía de fuentes: drogas, Unidad de coordinación de la Guardia Civil.

Recursos internacionales

Organización Mundial de la Salud

Comisión Europea, Salud Pública

Comisión Europea: *Young people and drugs*, Flash Eurobarometer 401, agosto 2014.

Drugscop

European Drug Report 2015. Observatorio Europeo sobre Drogas, Informes

Eurocare

Europad

European Foundation of drugs helplines (FESAT).

Groupe Pompidou - Lutte contre l'abus et le trafic de drogues.

Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. MILDT.

NIDA. Hechos y cifras.

Algunas Entidades e Institutos

Asociación Española de Estudios en Drogodependencias, AESED.

Centro de Documentación sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos “Dr. Emilio Bogani Miquel”, (CENDOC BOGANI).

Comisión Interamericana para el control de abuso de drogas, CICAD, OEA.

Energy Control.

Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID).

Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD).

Instituto para el estudio de las adicciones.

Sociedad Española de Investigación sobre cannabinoides

FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

Fundación Salud y Comunidad.

Fundación Vivir sin Drogas

Proyecto Hombre

Red Iberoamericana de ONG que trabajan en adicciones, RIOD.

Asociación para el estudio de las adicciones, Society for The Study of Addiction (SSA).

Los expertos

Muchas veces, para la preparación de un reportaje o una información, es necesario acudir a fuentes como portavoces y expertos. Se puede acudir inicialmente a sociedades científicas con servicio de prensa, como SOCIDROGALCOHOL, que se encargarán de facilitar el contacto con la persona adecuada en función de la pregunta.

Para tener un buen catálogo de nombres propios lo mejor es conservar los programas de los últimos congresos especializados. En las Jornadas de SOCIDROGALCOHOL, por ejemplo, aparecen los nombres propios más relevantes cada año por sus aportaciones a la investigación, sea clínica, básica o epidemiológica, con un breve currículo e indicación de su lugar de trabajo. Por otra parte, la mayoría de los artículos publicados en las revistas científicas, por ejemplo la revista ADICCIONES, indican el correo electrónico del autor para poder dirigirse a él personalmente.

Información con rigor científico

Los últimos artículos científicos se indexan en PubMed que es la fuente fiable más importante del mundo sobre medicina y adicciones. El funcionamiento es sencillo aunque muchos artículos son de pago y solamente es accesible el resumen.

PubMed Med.

MedlinePlus dispone asimismo de artículos científicos fiables (en español).

Otras Webs



The National Institute on Drug Abuse (NIDA) es el instituto de investigación del gobierno federal de EEUU cuya misión es liderar la ciencia sobre el consumo de drogas y la adicción. El NIDA financia más del 85 por ciento de la investigación mundial sobre los aspectos sanitarios del uso indebido de drogas y la adicción.

Eng: <http://www.drugabuse.gov/>

Esp: <http://www.drugabuse.gov/es/en-espanol>



La European Federation of Addiction Societies (EUFAS) tiene como objetivo promover la educación y el logro de un alto nivel de conocimiento y comprensión en el campo de las adicciones para mejorar la atención de la adicción en los países europeos. La sociedad científica SOCIDROGALCOHOL es miembro fundador de EUFAS.

<http://www.eufas.net/>



The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) es uno de los 27 institutos y centros que forman parte de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en EEUU. El NIAAA apoya y lleva a cabo investigaciones sobre el impacto del consumo de alcohol sobre la salud humana.

<http://www.niaaa.nih.gov/>



La WPA es una asociación de sociedades psiquiátricas nacionales dirigidas a aumentar los conocimientos y habilidades necesarias para el trabajo en el campo de la salud mental y la atención a los enfermos mentales. Sus sociedades miembros son actualmente 135 en 117 países y representa a más de 200.000 psiquiatras.

<http://www.wpanet.org/>



Es una Organización No Gubernamental para prestar un servicio integral, tanto de prevención como de asistencia, a cuantas instituciones, personas físicas o jurídicas lo soliciten, en todo lo relacionado con las conductas adictivas.

<http://www.ieanet.com/>



The International Society of Addiction Medicines es una organización internacional de médicos fundada en 1998 para el avance de los conocimientos sobre la adicción vista como una enfermedad tratable.

<http://www.isamweb.com/>



La RIOD (Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que Trabajan en Drogodependencias) es una organización sin ánimo de lucro que engloba a las principales ONG de Iberoamérica que trabajan en la el ámbito de las drogas, tanto en prevención, tratamiento, incorporación sociolaboral, investigación y formación.

<http://www.riod.org/index.php>



La Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides (SEIC) es una sociedad científica constituida por investigadores que trabajan en el campo de los cannabinoides desde diferentes disciplinas y metodologías.

<http://www.ucm.es/info/seic-web/>



El ICRS es una organización apolítica, no religiosa dedicada a la investigación científica en todos los campos de los cannabinoides, que van desde estudios bioquímicos, químicos y fisiológicos del sistema cannabinoide endógeno a los estudios sobre el potencial abuso de cannabis recreativo.

<http://cannabinoidsociety.org/>



La RED DE TRASTORNOS ADICTIVOS (RTA) es una estructura organizativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo constituida por distintos grupos de investigación biomédica cuyo objetivo es investigar los orígenes de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social.

<http://redrta.es/index.php>



La SFA se interesa en la prevención, la terapéutica, la evaluación y todo lo que concierne al alcohol, especialmente policonsumos y codependencias. Fue creada en 1978 y publica “Alcoologie et Addictologie”.

<http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

Anexo.

Drogas y adicciones. Cuadros.

<http://www.emcdda.europa.eu/countries/spain>

Glosario

Glosario de Términos de Alcohol y Drogas

El glosario de términos de Alcohol y Drogas es el título de la traducción al Español de la publicación editada por la Organización Mundial de la Salud: “**Lexicon of Alcohol and Drug Terms**”, que elaboró el Ministerio de Sanidad y Consumo (2009).

NIDA, Glosario

Generalitat de Catalunya. Glosario. Cast.

Prevención de la A a la Z: glosario sobre prevención del abuso de drogas, Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud

Abstinencia (Withdrawal). La abstinencia aguda de una determinada sustancia genera un “estado de necesidad” que consolida la conducta adictiva e intensifica su consumo repetido.

Abstinencia de cannabis. Se caracteriza por síntomas de irritabilidad, agresividad, nerviosismo, insomnio, pesadillas, pérdida de apetito o de peso, intranquilidad y un bajo estado de ánimo tras el cese del consumo, pero no se presenta de forma manifiesta en muchos consumidores de cannabis.

Abuso (abuse). El abuso de sustancias o drogas es un problema de salud pública serio que afecta a casi todas las comunidades y familias de algún modo. El término “trastorno por consumo de alcohol” ha sustituido a “abuso de alcohol” en el DSM-5.

Acetaldehído (Acetaldehyde). Es un metabolito tóxico del alcohol. El alcohol (etanol) es oxidado a acetaldehído, principalmente por el enzima alcohol-deshidrogenasa.

Adicción. El consumo repetido, con dosis progresivamente crecientes, causa un gran impacto sobre el cerebro, el cual se adapta progresivamente a la/s sustancia/s, para poder seguir funcionando con normalidad. La enfermedad adictiva se caracteriza por dos síntomas fundamentales: un estado de necesidad biológica de auto-administrarse la sustancia (o sustancias diversas) de la cual se ha desarrollado adicción, y la dificultad para controlar el consumo de dichas sustancias. La adicción es una enfermedad crónica con elevada tendencia a la recaída, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de sustancias (alcohol, tabaco, drogas) y por cambios neuroquímicos en determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos del cerebro.

Adicción sin sustancia. Son adicciones comportamentales.

Adicciones comportamentales. Conductas adictivas sin la mediación de una sustancia. Por ejemplo, juego patológico, adicción a compras, adicción a teléfonos inteligentes, redes sociales, etc.

Administración, vía de (administration, method of). Las vías de administración de sustancias condicionan la velocidad con la que llegan al cerebro. Las más directas, la inhalación de vapores y la vía intravenosa, son también las que tienen un mayor potencial adictivo.

Agonista (agonist). Un compuesto químico que activa un determinado receptor específico y produce una respuesta biológica.

Al-Anon (Al-Anon). Véase grupos de ayuda mutua.

Alcohol (alcohol). El etanol es la molécula farmacológicamente activa del alcohol. Se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. Además de usarse para el consumo humano, el etanol se utiliza como combustible, como disolvente y en la industria química.

Alcohólicos Anónimos (Alcoholics Anonymous).

Véase grupos de ayuda mutua.

Alcoholemia. Concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Puede obtenerse también una estimación aproximada bastante precisa a partir del aire espirado. El riesgo de accidente aumenta a partir de la primera copa, todavía por debajo del límite legal para conducir.

Tasa de Alcoholemia		
Tipo de Conductor	En sangre	En aire respirado
Conductores en general	0,5g/l	0,25mg/l
Noveles y profesionales	0,3g/l	0,15mg/L

Alcoholemia. Concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Puede obtenerse también una estimación aproximada bastante precisa a partir del aire espirado. El riesgo de accidente aumenta a partir de la primera copa, todavía por debajo del límite legal para conducir.

Alcohólicos Rehabilitados CAARFE. La Confederación de Alcohólicos, Adictos en Rehabilitación y Familiares de España (CAARFE) es una organización conformada por más de cien asociaciones de pacientes adictos y sus familiares de todo el territorio español, y sin ánimo de lucro.

Alcoholímetro. Aparato para medir la cantidad de alcohol presente en el aire espirado por una persona.

Alcoholismo (alcoholism). El alcoholismo es una enfermedad adictiva que se caracteriza por la dificultad para controlar el consumo de alcohol y que tiene una elevada tendencia a la recaída. El alcoholismo puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Los episodios de abuso o dependencia del alcohol tienden a prolongarse y pueden agravarse con el paso de los años pero muchas personas pueden conseguir la

remisión del alcoholismo gracias a un tratamiento especializado.

Alucinación. Es un trastorno de la percepción que se puede presentar en la esfera visual, auditiva o táctil. La persona que sufre una alucinación tiene una percepción que para ella es real pero que objetivamente no lo es. Por ejemplo ver “bichos” o notarlos en contacto con la piel, oír voces o ruidos.

Alucinógeno (hallucinogen). Debido a su naturaleza impredecible, su uso puede ser particularmente peligroso. Los alucinógenos principales son la dietilamina del ácido lisérgico (LSD), peyote, psilocibina y la fenciclidina (PCP).

Alucinosis. La Alucinosis alcohólica es un trastorno psicótico cuyo síntoma cardinal es la presencia de alucinaciones visuales o auditivas, que pueden ir acompañadas de interpretaciones delirantes. Se puede producir también en personas adictas a la cocaína.

Anfetamina (amfetamine, amphetamine). La *anfetamina* es un tipo de droga estimulante del Sistema Nervioso Central. Se presenta en forma de pastillas o cápsulas de diferente forma y color. Produce sensaciones de alerta, confianza y aumenta los niveles de energía y autoestima. Hace desaparecer la sensación de hambre y de sueño. Es una sustancia que tiene un elevado potencial adictivo, sobretodo por vía intravenosa.

Ansiedad. La ansiedad es una palabra que describe los sentimientos de preocupación, nerviosismo, miedo, aprensión, intranquilidad o inquietud. El trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad constante que no está relacionada con ningún evento ni situación en particular, o que está desproporcionada con respecto a lo que se esperaría.

Antagonista (antagonist). Es una molécula que se fija en su receptor específico pero, a diferencia del agonista, no produce ninguna respuesta biológica. Por tanto, interfiere o bloquea el posible efecto de los fármacos o drogas que actúan como agonistas.

Antidepresivo (antidepressant). Medicamentos que pueden prescribir los médicos para el tratamiento de la depresión. Estos medicamentos ayudan a mejorar la forma en que el cerebro utiliza ciertas sustancias químicas naturales, llamadas neurotransmisores, como serotonina, noradrenalina y dopamina.

Atracones de bebida. Consumo intensivo de alcohol. Binge drinking. Se acostumbra a denominar consumo en atracón (binge drinking) a tomar 5 o más bebidas para los hombres y 4 o más bebidas para las mujeres en un intervalo de 2 horas. Es la forma de consumo de alcohol con mayor efecto perjudicial.

AUDIT. Es el cuestionario de detección de consumo de alcohol más utilizado actualmente en todas las especialidades de la medicina.

Benzodiacepinas (benzodiazepines). Son medicamentos que se prescriben como tranquilizantes o para conciliar el sueño, pero pueden generar efectos de rebote, tolerancia, abstinencia y adicción.

Buprenorfina. Medicamento opiáceo, que tienen un complejo efecto agonista-antagonista, utilizado para el tratamiento de la adicción a la heroína.

Bupropion: Es un medicamento antidepresivo que tiene además algún efecto sobre el receptor nicotínico y se puede utilizar para la cesación tabáquica.

Cafeína (caffeine). Es una molécula que pertenece al grupo de las xantinas que actúan como estimulantes del sistema nervioso central. Ingerido por vía oral produce una leve

estimulación pero la cafeína inyectada puede producir crisis convulsivas. Se encuentra en el café, el chocolate, la cola y otros refrescos, y el té. Su consumo excesivo (más de 500 mg al día), sea crónico o agudo, y la toxicidad resultante reciben el nombre de cafeinismo.

CAGE: Es un test utilizado para la detección del alcoholismo, que ha sido superado por el Cuestionario AUDIT.

Cannabis (Cannabis). Término genérico utilizado para referirse a los diferentes alcaloides psicoactivos de la planta de la marihuana (cáñamo), Cannabis sativa. Se puede consumir en forma de hojas de marihuana, bhang, ganja o hachís (derivado de la resina de los tricomas florales de la planta) y aceite de hachís. El cannabis contiene al menos 60 cannabinoides, algunos de los cuales tienen actividad biológica. El componente más activo es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC), que puede detectarse en la orina junto con sus metabolitos hasta varias semanas después del último consumo de cannabis (habitualmente fumado).

CIE 10. Sistema de clasificación diagnóstica de trastornos médicos y psiquiátricos de la Organización Mundial de la Salud.

Cigarrillos electrónicos. Instrumento que vaporiza nicotina y se ha promovido como alternativa al tabaco fumado. No hay ninguna evidencia científica que justifique su utilidad para dejar de fumar, pero cada vez hay más evidencias sobre los riesgos para la salud por los componentes que utilizan para volatilizar la nicotina.

Cocaína (cocaine). Alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca. Es un potente estimulante del sistema nervioso central que se utiliza con fines no médicos para producir euforia o para mantenerse despierto; su consumo repetido provoca adicción, sobre todo cuando se administra por vía intravenosa o por inhalación de sus vapores como sucede con la preparación llamada “crak”. La cocaína, o “coca”, se acostumbra a comercializar

bajo la apariencia de un polvo blanco formado por microcristales, a menudo adulterada con diferentes azúcares o anestésicos locales.

Codependiente (codependent). Persona muy vinculada al enfermo adicto, cuya vida transcurre a merced de las vicisitudes que la enfermedad le ocasiona al adicto.

Comorbilidad (Comorbidity). Presentación simultánea de patologías diversas, como por ejemplo la psiquiátrica y la adictiva.

Comorbilidad psiquiátrica. Presencia de uno o varios trastornos psiquiátricos en una persona que padece uno o varios trastornos adictivos.

Comunidad terapéutica (therapeutic community). Equipamiento residencial para personas que desean recuperarse de la adicción y necesitan una mayor cobertura terapéutica que la que les ofrece el tratamiento ambulatorio. La persona puede estar ingresada durante meses y el quitamiento puede estar en el medio rural o urbano.

Conducción bajo los efectos del alcohol (drinking-driving). Conducir tras haber tomado 2 o más consumiciones de contenido alcohólico (una y media o más si es una mujer) supone transgredir el código de la circulación, ya que la persona supera el límite legal para conducir.

Consumo de riesgo de alcohol. Beber con frecuencia y durante bastante tiempo por encima de los límites de consumo de bajo riesgo (40 gr/día para hombres; 25 gr/día para mujeres) va asociado a un mayor riesgo de sufrir accidentes y hasta más de 60 enfermedades.

Convenios, internacionales sobre drogas (Conventions, international drug). Son los acuerdos de los diversos estados sobre la ilegalidad de determinadas sustancias, consi-

deradas como drogas. Agencia de Naciones Unidas: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (*UNODC*).

Craving. Estado de “necesidad” biológica o de deseo intenso e imperioso de auto-administrarse la sustancia de la cual se ha desarrollado adicción.

Cristal. Es una de las denominaciones de la metanfetamina.

Daño cerebral. Afectación del cerebro como consecuencia de diversos agentes, entre los cuales se encuentran el alcohol y algunas drogas.

Delirio (delirium). Estado confusional y alucinatorio de causa orgánica.

Delirium Tremens. Es el delirium característico del alcoholismo, que suele producirse como manifestación añadida a un grave síndrome de abstinencia del alcohol.

Dependencia. Es un término sinónimo al de Adicción.

Depresión. Es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste, lloroso, desesperanzado o irritable, junto con otros síntomas.

Depresor (depressant). Una sustancia depresora es la que produce un enlentecimiento del cerebro.

Deshabitación. Tratamiento de la segunda parte del proceso de recuperación de la enfermedad adictiva, que tiene por objetivo la reducción de la intensidad del condicionamiento adictivo y que ayuda a consolidar la recuperación.

Desintoxicación (detoxification). Tratamiento de la primera parte del proceso de recuperación de la enfermedad adictiva cuyo objetivo es la superación del síndrome de abstinencia que puede aparecer tras la retirada de la sustancia (de la cual se ha desarrollado adicción).

Despenalización (decriminalization). Cambio legal que deja de castigar la posesión de pequeñas cantidades de determinadas drogas, destinadas a uso propio.

Diazepam (diazepam). Medicamento utilizado como tranquilizante o para conciliar el sueño que tiene una duración muy prolongada en el cerebro y puede producir adicción.

Distimia. Depresión crónica que no llega a ser muy grave.

Disulfiram (Antabus) (disulfiram, Antabuse). Fármaco utilizado para el tratamiento de deshabitación del alcoholismo que bloquea la enzima acetaldehído-deshidrogenasa y produce una acumulación de un metabolito tóxico del alcohol, el acetaldehído.

Dopamina. Un de los más de 100 neurotransmisores que tiene relación con motivación, estrés, ánimo, recompensa y otras.

Droga (drug). Sustancia química que puede producir adicción.

Droga de diseño (designer drug). Drogas sintéticas fabricadas en el laboratorio que pretenden tener determinados efectos que en principio se promocionan como atractivos.

Droga ilegal (illicit drug). Las sustancias que tienen penalizados su cultivo, elaboración, distribución y venta.

Droga legal (licit drug). Las sustancias que se pueden cultivar, elaborar, distribuir y vender sin limitaciones legales pero que tienen efectos adictivos, como alcohol, tabaco, tranquilizantes y calmantes del dolor derivados del opio.

DSM-5. Clasificación diagnóstica psiquiátrica de la *Asociación Americana de Psiquiatría*.

Exposición prenatal al alcohol. Impacto del alcohol sobre el embrión o el feto, cuando la madre toma bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Endorfina (endorphin). Uno de los neurotransmisores que enlazan con los receptores opioides, fabricados por el propio organismo y segregado en cantidades muy pequeñas.

Esnifar. Auto-administración de una droga por vía inhaladora.

E-cigarrillos: cigarrillos electrónicos.

Espectro Síndrome alcohólico Fetal (FASD). Trastornos sutiles del aprendizaje y el comportamiento que pueden aparecer en los niños que han sufrido exposición prenatal al alcohol.

Estimulante (stimulant). Droga que produce una aceleración en el funcionamiento del cerebro.

Estramonio. Alcaloide que se obtiene de la planta Datura y que actúa sobre los receptores de la acetil-colina.

Etanol (ethanol). Véase alcohol.

Farmacología. Es la ciencia que estudia los medicamentos.

Glosario. La OMS publicó en 1994 un Lexicon of Alcohol and Drug Terms, editado en castellano por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Los autores del original fueron Thomas Babor, Robert Campbell, Robin Room, John Saunders.

Grupo de autoayuda o ayuda mutua (self-help group). Uno de los recursos no profesionales de recuperación de las personas que sufren una adicción.

Guía clínica. Recopilación actualizada del conocimiento científico, basada en los estudios clínicos clasificados en función de su importancia en la toma de decisiones necesarias para el tratamiento de una determinada enfermedad, como por ejemplo el *alcoholismo*.

Habitación (habituation). Repetición de un comportamiento que produce un efecto de acostumbamiento, pero que tiene una menor intensidad que el condicionamiento.

Hachís (hashish). Véase cannabis. Hace referencia a la resina de la planta con una alta concentración de THC que se suele consumir fumada mezclada con tabaco.

Heroína (heroin): Alcaloide semi-sintético, derivado de la morfina.

Hipnosedantes. Medicamentos utilizados como tranquilizantes o para conciliar el sueño.

Hongos alucinógenos (mushrooms). Determinados hongos, como el psilocibe que pueden inducir cuadros alucinatorios.

Inhalante (Inhalant). Véase sustancias volátiles.

Insomnio. Trastorno del sueño que puede consistir en la dificultad para conciliar el sueño, despertar nocturno, despertar matutino prematuro u otras alteraciones del sueño normal.

Intervención breve (brief intervention). Intervención psicoeducativa de pequeña intensidad de las personas que presentan un consumo de riesgo de alcohol, con el objetivo de ayudarles a reducir su consumo de alcohol.

Intervención precoz (early intervention). Estrategia terapéutica que combina la detección precoz del consumo de riesgo o perjudicial de sustancias y su tratamiento. Se ofrece o se proporciona tratamiento antes de que el paciente sea consciente de que el consumo de sustancias podría causarle problemas.

Intoxicación (intoxication). Estado debido a la administración de una sustancia psicoactiva, que causa alteraciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en el juicio, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas

Intoxicación alcohólica. La intoxicación etílica aguda es el trastorno relacionado con el alcohol más frecuentemente atendido en los servicios de Urgencias. Incluyen ingesta reciente de alcohol, cambios psicológicos, conducta sexual inapropiada, agresividad, incapacidad de realizar actividades laborales y sociales, labilidad con cambios en el estado de ánimo, alteraciones cognitivas.

Juego Patológico (ver ludopatía). Es un trastorno en el que la persona se ve obligada, por una urgencia psicológicamente incontrolable, a jugar. Está considerado un trastorno de características psicológicas. Es un trastorno que llega a afectar de forma negativa la vida personal y familiar.

Kava (kava). Bebida preparada con las raíces del arbusto Piper methysticum, muy utilizado en el sur del Pacífico, tanto en ceremonias como en reuniones sociales. El principio activo es la kawaina, que, como el kava, se consume de forma habitual y produce euforia y sedación ligeras. El consumo masivo puede causar dependencia y problemas médicos.

Ketamina. Potente agente hipnótico y analgésico, produce un estado de inconsciencia llamado “anestesia disociativa” caracterizado por el mantenimiento de los reflejos y movimientos coordinados pero no conscientes. Se usa habitualmente mezclada con otras sustancias.

Khat (*khat*). Planta conocida como Catha Edulis cuyo principio activo más importante es la catinona. Provoca una estimulación simpaticomimética.

Legalización (*Legalization*). El debate sobre la legalización de las drogas surge con frecuencia en los medios de comunicación. Según el Plan Nacional sobre Drogas, “El único enfoque posible, desde una perspectiva responsable, debe ser el de la salud comunitaria y en el caso de nuestro país, la ejecución de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009- 2016” en *ADICCIONES* 2013 - Volumen 25 - Número 1.

Límite legal alcohol conducción (Ver Alcoholemia).

LSD (*LSD*). LSD (dietilamida del ácido lisérgico-d) es una de las sustancias químicas más potentes que alteran el estado de ánimo. Fue descubierta en 1938 y se fabrica a partir del ácido lisérgico, que se encuentra en el cornezuelo, un hongo que crece en el centeno y otros granos.

Ludopatía (*gambling*). El Juego Patológico (o ludopatía) ha sido definido por múltiples autores como enfermedad o trastorno adictivo. Está incluida en el DSM V y en el CIE. La ludopatía según el DSM-V se caracteriza por una conducta de juego perjudicial y recurrente.

Marihuana (*marijuana, marihuana*). Hojas y flores desecadas de la planta que se consumen fumadas.

Metadona (*methadone*). El mantenimiento con metadona es el tratamiento más estudiado en la dependencia de opiáceos. La aparición recientemente de la asociación buprenorfina/naloxona como una nueva posibilidad terapéutica en el tratamiento de la adicción a opiáceos abre nuevas expectativas.

Mindfulness. El mindfulness puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Como procedimiento terapéutico busca, ante todo, que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados.

Morfina (*morphine*) Véase opioide.

Nalmefeno. La reducción del consumo de alcohol, con la ayuda de nalmefeno, es un nuevo objetivo de tratamiento que aporta claras ventajas para los pacientes alcohólicos de baja gravedad, que siguen bien las instrucciones de este nuevo objetivo terapéutico. Este nuevo enfoque del tratamiento aproxima la recuperación del alcoholismo al modelo de las enfermedades médicas. Conduce a la remisión clínica y también a la desaparición de las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol.

Naloxona (*naloxona*). Medicamento antagonista de los receptores opioides de acción corta, que se administra por vía parenteral y que se utiliza como antídoto para revertir una sobredosis de heroína u otros opiáceos.

Naltrexona. Medicamento antagonista de los receptores opioides de acción prolongada, que se administra por vía oral o en forma de inyectable de acción retardada, que se ha utilizado para el tratamiento tanto de la dependencia de heroína como de la dependencia del alcohol.

Neurolépticos (neuroleptic). Son fármacos para el tratamiento de los trastornos psicóticos o bipolares.

Nicotina (nicotine). Es un alcaloide que contiene el tabaco, que tiene propiedades adictivas y que contribuye decisivamente a que el tabaco sea una sustancia con un elevado poder adictivo.

Nivel de alcohol en sangre (blood alcohol level (BAL). Ver alcoholemia.

Oniomanía. La oniomanía o compra compulsiva es un trastorno psicológico cuyo síntoma es un deseo desenfrenado por comprar sin una necesidad real, frecuente en personas que padecen trastornos del estado de ánimo.

Opiáceo (Opiate). Alcaloide presente en el opio. La heroína, la morfina o la codeína son ejemplos de opiáceos.

Opioide. Agente endógeno que se une a receptores opioides situados principalmente en el sistema nervioso central.

Patología Dual (ver: Comorbilidad psiquiátrica).

PCP. La PCP (*fenciclidina*) se comenzó a conocer en los años cincuenta como un anestésico intravenoso. La PCP se fabrica ahora ilegalmente en laboratorios y se vende en la calle con nombres como polvo de ángel, ozono, chifladura, y combustible de cohete.

Percepción de riesgo. El consumo abusivo de sustancias tiene consecuencias sociales que a menudo se ven minimizadas porque determinadas drogas, legales o ilegales, producen poca percepción del riesgo real.

Planta alucinógena (hallucinogenic plant). El consumo de hongos y plantas alucinógenas se ha ido extendiendo hasta popularizarse como droga de abuso. Principal planta involucrada: Datura Stramonium. Otras son atropa belladonna, ayahuasca, hyoscyamus niger, valeriana officinalis, myristica fragans, ephedra fragilis.

Policonsumo. Todos los datos conocidos para los últimos años apuntan al consumo simultáneo de varias drogas (policonsumo) como conducta más prevalente en nuestro país. En relación con esto es preciso señalar que el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

Polimedición (abuso) (polydrug use (abuse). El poliabuso de sustancias es el consumo simultáneo de diversas drogas entre las cuales se encuentran casi siempre alcohol y tabaco, asociados o no a otras drogas.

Política de alcohol (alcohol policy). Conjunto de decisiones de la UE, de los países, de las CCAA, sobre estrategias de protección a menores, prevención y regulación de consumo. Las estrategias de alcohol están coordinadas por el *Plan Nacional sobre Drogas*.

Polvo de ángel (angel dust). Véase PCP.

Potencia del cannabis. Hace referencia a la concentración de THC en la planta, cuanto más THC, más potente y mayores efectos psicoactivos, pero también mayor riesgo de consecuencias adversas.

Psicosis inducida por cannabis. Hace referencia a los cuadros psicóticos que aparecen en los consumidores de cannabis, generalmente con una duración de días o pocas semanas.

Prevención. La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y

ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo.

Prevención, evaluación. Las iniciativas de prevención, basadas en criterios científicos y profesionales, son esenciales para establecer una dinámica que favorezca la aplicación de políticas y programas basados en la evidencia. Pero han de ser correctamente *evaluadas*.

Priming. El efecto “priming” es el deseo que aparece tras el consumo de pequeñas cantidades de la sustancia de la cual se ha desarrollado adicción, o bien de otras que causan el mismo efecto sobre el sistema de recompensa cerebral (“priming” cruzado).

Problemas Relacionados con el alcohol (Alcohol related problems). El consumo excesivo de alcohol produce alteraciones del comportamiento de las personas que causan problemas familiares, laborales, económicos, sociales, sanitarios, mentales y otros.

Psicodélico (Psychedelic). Estado de euforia acompañada de trastornos perceptivos provocado por drogas alucinógenas.

Psicofármaco (psychopharmaceutical). Medicamentos psiquiátricos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central y que se usan para el tratamiento de los trastornos mentales.

Psicotrópico (psychotropic). Cualquier sustancia química, ya sean drogas o medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central.

Rehabilitación. Proceso de tratamiento que tiene por objetivo la recuperación de la enfermedad adictiva y la prevención de recaídas. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento llamada de desintoxicación. Se compone de un tratamiento médico que suele estar acompañado por una intervención psicológica individual o grupal. Otra

opciones son los grupos de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido.

Revista ADICCIONES. La revista *ADICCIONES* nace el año 1989, como iniciativa de la sociedad científica SOCIDROGALCOHOL, respondiendo a una necesidad interna de dotar a los socios de un órgano de expresión científica. Publica artículos científicos que están indexados en las más importantes bases de datos del mundo.

Síndrome Alcohólico Fetal (FAS). Es un conjunto de malformaciones diversas que se pueden manifestar como cardiopatías, retraso mental y alteraciones características de los rasgos faciales, que son consecuencia de la exposición prenatal al alcohol. El consumo de alcohol durante el embarazo es la principal causa conocida de defectos congénitos y trastornos del desarrollo en la UE.

Síndrome amotivacional. Intensa apatía, desmotivación y descuido personal, que puede aparecer como consecuencia del consumo crónico de cannabis y que suele remitir, aunque no siempre, tras la abstinencia de cannabis.

Síndrome de abstinencia (protracted withdrawal). Síntomas de alteración del sistema nervioso central y periférico, que se producen cuando se suspende bruscamente o se reduce sustancialmente la dosis habitual diaria de determinadas sustancias adictivas, como alcohol, tabaco, benzodiacepinas, cannabis, heroína y otras.

Sobredosis (overdose). Consumo de cualquier droga o medicamento en una cantidad tan elevada que puede llegar a poner en peligro la vida de una persona.

SOCIDROGALCOHOL. Primera y más importante sociedad científica española para el estudio de las adicciones. Publica numerosos documentos y organiza las principales Jornadas Nacionales de expertos cada año y una Escuela de Otoño anual para formación de profesionales.

Sustancia o droga psicoactiva (psychoactive drug or substance).

Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales.

Tabaco (tobacco). El *consumo* de tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y mortalidad en el mundo. La inhalación pasiva del humo puede causar enfermedades graves y la muerte. El *Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)* es la organización que agrupa al movimiento de prevención del tabaquismo en España.

Tabaquismo pasivo (passive smoking). Afecta a aquellas personas que, sin ser fumadoras, están expuestas con frecuencia al aire contaminado por el humo de tabaco. Hoy se sabe que los fumadores pasivos presentan, con mayor frecuencia que los que no lo son, alteraciones respiratorias, cardíacas, otorrinolaringológicas e incluso cáncer de pulmón.

Terapia cognitivo-conductual. Es una de las diversas intervenciones psicológicas especializadas para el tratamiento de las enfermedades adictivas.

THC Tetrahidrocannabinol (THC Tetrahydrocannabinol). Tetrahidrocannabinol o Δ9-THC es el cannabinoide natural presente en la planta Cannabis sativa responsable de la mayor parte de sus efectos psicoactivos.

Tolerancia. La condición que requiere dosis cada vez mayores de la droga para poder obtener el mismo efecto que cuando se la usó por primera vez; a menudo lleva a la dependencia física.

Toxicomanía (toxicomanie). Un término sinónimo al de Adicción.

Tranquilizante (Tranquillizer). Los depresores del SNC, a veces conocidos como sedantes o tranquilizantes, son sustancias que pueden disminuir la actividad cerebral. Esta pro-

iedad hace que sean útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del sueño. Las benzodiazepinas pueden desarrollar tolerancia, dependencia o adicción.

Trastornos debidos al consumo de sustancias (substance use disorders). Grupo de enfermedades que están relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas. Una amplia variedad de trastornos de distinta intensidad y forma clínica, pero que tienen en común el consumo de una o varias sustancias psicoactivas.

Trastorno psicótico inducido por el alcohol o las drogas (psychotic disorder, alcohol-or drug-induced). Agrupación de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia de abuso, pero que no son el resultado único de una intoxicación aguda.

Tratamiento farmacológico. Determinadas adicciones como el alcoholismo, el tabaquismo y la dependencia de heroína, disponen de diversos medicamentos (cada una de ellas), que han demostrado ser eficaces, bien sea para su tratamiento de desintoxicación o bien para el de prevención de recaídas.

Tratamientos biopsicosociales. Modelo que entiende la salud como un conjunto integrado de factores biológicos, psicológicos y sociales. El paradigma biopsicosocial es también adecuado para el tratamiento de las adicciones.

UBE, Unidad de bebida estándar (standard drink). La UBE es una forma de cuantificar la cantidad de consumo de alcohol. En España, una UBE contiene 10 gramos de alcohol puro, mientras que en otros países se cuantifica desde 8 hasta 15 gramos de alcohol. En España, un UBE equivale a: 1 caña o copa (250 ml) de cerveza (5% de alcohol), 1 vaso pequeño o copa (100 ml) de vino o cava (12% alcohol), ½ copa (50 ml) de vinos generosos (18% de alcohol) del tipo de jerez o vermut, ½ copa, un chupito o medio combinado (25 ml) de destilados (40-50% de alcohol) del tipo coñac, anís, ginebra, ron, vodka o whisky.

UDR (Unidad de Deshabitación Residencial). Son centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción, mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado,

Vareniclina. Principio activo no nicotínico para dejar de fumar. Actúa reduciendo el efecto de la nicotina en el cerebro. La vareniclina permite iniciar el tratamiento mientras el paciente aún sigue fumando.

Vigorexia. La vigorexia es un trastorno mental asociado al consumo de diferentes sustancias incluyendo fármacos con toxicidad orgánica y mental importante y a consumo de drogas de abuso. La vigorexia es un trastorno en el cual una persona constantemente se preocupa por parecer demasiado pequeña y débil. Es el consumo de sustancias con fines recreativos (alucinógeno, euforizante, relajante) que plantean problemas de adicción.

Vulnerabilidad. Determinadas drogas (psicoestimulantes, opiáceos) producen sensibilización del sistema dopaminérgico y pueden aumentar la vulnerabilidad hacia el alcoholismo y las recaídas. El consumo de cocaína produce un claro aumento del consumo de alcohol. Los ex bebedores tienen asimismo una mayor vulnerabilidad a la depresión.

Anexo - Propuesta de Consenso

Los medios de comunicación y las adicciones

Oviedo, 11 abril 2015

Este Documento se ha elaborado a partir de las mesas que han discutido, en las Jornadas de Logroño 2015 de SOCIDROGALCOHOL y las aportaciones realizadas tras el Congreso de ANIS (Oviedo, 11 abril 2015). Se han añadido las aportaciones que nos han llegado hasta el momento.

Con la finalidad de superar el estigma, sería conveniente que las personas que sufren una adicción, -independientemente de que la sustancia problema sea alcohol, tabaco, tranquilizantes, analgésicos u otras drogas-, sean considerados como personas enfermas y evitar el criterio erróneo de que son personas que tienen alguna debilidad personal, como poca “fuerza de voluntad”.

Los periodistas deberían acudir a las fuentes científicas antes de informar sobre aspectos relacionados con alcohol, tabaco, tranquilizantes y otras drogas, con la finalidad de que los contenidos informativos no incurran en la tendencia a expresar opiniones más especulativas que científicas y basadas en tópicos o creencias erróneas. Sin embargo, se ha de tener presente que los periodistas, muchos de ellos, trabajan en empresas con prioridades publicitarias y muy jerarquizadas a la hora de decidir el espacio o el titular destinado a una noticia. Por otra parte, los profesionales de las adicciones podrían transmitir los conocimientos que tienen un fundamento científico en lenguaje más divulgativo y pedagógico. Asimismo, los expertos que trabajan en alguna administración pública deberían ser libres de comunicar situaciones y dificultades.

Información con base científica. Los medios de comunicación tratarían de transmitir una información veraz sobre las conductas adictivas, y además, podrían actuar como divulgadores de la información científica, con la

finalidad de ampliar y mejorar la información que tienen los ciudadanos sobre la salud. Transmitir mensajes que destacan los aspectos positivos del alcohol y otras drogas, o que pueden disparar la curiosidad para experimentar con el alcohol y otras drogas, o que banalizan sus consecuencias negativas, no va a favor de la salud ni de reducir la epidemia de las conductas adictivas, sino en sentido contrario. Convendría destacar las potenciales consecuencias negativas para el consumidor de alcohol, tabaco y otras drogas, así como también las consecuencias negativas para las personas del entorno del consumidor y sobre todo para sus familiares (conflictos domésticos, malos tratos, accidentes, desempleo, pobreza, etc.). Se podría destacar el aspecto positivo de las posibilidades de tratamiento especializado y rehabilitación, con efectos personales y sociales visibles. El asociacionismo para la rehabilitación ha demostrado ser un elemento importante y socialmente eficaz. En las informaciones también debe tenerse en cuenta la perspectiva de género, puesto que existen diversas tipologías de conductas en relación a las adicciones.

Banalización

El contenido de la información puede inducir a banalizar las posibles consecuencias negativas del consumo de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, el concepto de “drogas recreativas” tiende a generar la imagen de que tomar drogas va asociado a “pasarle bien” y no contem-

pla las probables consecuencias negativas. Por ejemplo, el consumo de cigarrillos, bien sean de tabaco o de cigarrillos electrónicos, suele conducir a la adicción a la nicotina.

Las drogas y las adicciones tienen características propias, en función de las particularidades de cada enfermo adicto. Por tanto, el impacto que tienen en cada persona puede tener consecuencias diversas y específicas. Además, conviene tener en cuenta el frecuente poliabuso de sustancias. Es decir, el abuso de una droga suele estar acompañado por una o varias sustancias más. Por ejemplo, el abuso de drogas suele estar acompañado por atracones de bebida y el abuso de alcohol suele estar acompañado por el de tabaco, tranquilizantes y otras conductas adictivas, tanto químicas como comportamentales.

La interpretación de los datos de cualquier estudio puede tener muchos matices. Sería recomendable que los profesionales de los medios de comunicación se pongan en contacto con expertos para que les asesoren en esta tarea y, al mismo tiempo, los expertos tendrían que colaborar con los medios de comunicación para que puedan difundir acertadamente a la población general los mensajes más apropiados para la promoción de la salud, citando además sus fuentes lo más detalladamente posible para poder evaluar la solidez de las evidencias difundidas.

Es importante cuidar el lenguaje visual. Un debate crítico sobre el alcohol (en la televisión) no debería ser ilustrado con imágenes de fondo de una discoteca, de la licorería, la barra de un bar o de personas bebiendo o intoxicadas por la bebida, que tienen comportamientos que parecen divertidos. Estas imágenes -que son muy parecidas a las que utiliza la publicidad sobre las bebidas alcohólicas- están precisamente diseñadas para inducir al consumo de alcohol y además tienen un mayor impacto en los jóvenes y adolescentes. Los productores y guionistas de los medios audiovisuales deberían hacer un esfuerzo para no incitar, en televisión y cine, a consumos que la evidencia científica ha asociado a graves daños para la salud de todos.

El fenómeno de la drogadicción tiene consecuencias negativas para las personas que conviven con el adicto y también para toda la sociedad. En consecuencia, los expertos y los periodistas tendrían que subrayar los “efectos colaterales” del consumo individual (violencia doméstica, accidentes de tráfico, etc.), de manera parecida a los procedimientos utilizados para el tabaco en los que se han definido claramente las consecuencias negativas para los fumadores pasivos y también las limitaciones a su consumo, en relación con los derechos de los no fumadores.

Su colaboración es importante para conseguir un Documento de Consenso. Puede añadir a continuación los elementos o matices que usted desearía que se incorporen al documento general. Puede hacerlo de forma anónima, pero sería muy importante que indicara su profesión.

Muchas gracias.

Puede enviar sus comentarios al correo electrónico:
SOCIDROGALCOHOL@socidrogalcohol.org

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



Financiado por:

