

Conceptos fundamentales en drogodependencias

M. Martín del Moral y P. Lorenzo Fernández

INTRODUCCIÓN

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada desde la Antigüedad en numerosos pueblos y culturas. Pero el fenómeno de la drogadicción sólo ha alcanzado una extraordinaria importancia, por su difusión, consecuencias sociales y sanitarias, en las últimas décadas. Esta expansión se encuentra enmarcada en las propias características de la sociedad industrial y de consumo. En los dos últimos siglos, el hombre ha pasado de recolectar las plantas silvestres cuyo consumo tiene consecuencias a nivel de su psique, a obtener y estudiar sus principios activos, purificar dichos principios activos, modificar sus estructuras químicas para aumentar sus efectos, cultivar estas plantas para lograr una gran producción y, finalmente, sintetizar en el laboratorio moléculas afines con el propósito de crear componentes de mayor acción y abaratar los costes de su fabricación.

La progresiva manipulación galénica ha supuesto la masificación del consumo de estas sustancias, perdiéndose todo el halo mágico-religioso que durante decenas de siglos las acompañó y mantenía su ingesta restringida a ciertas personas (rango social, posición religiosa, actividad laboral, etc.) y/o a ciertos momentos (en la guerra, en las ofrendas divinas, en ciertos actos médicos, etcétera).

El fenómeno de la drogodependencia es muy complejo; en él convergen dimensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) junto con otras de tipo sociológico, cultural, antropológico, ideológico, de política mundial,

etc. Resulta difícil estudiar una de ellas sin tener en cuenta las implicaciones derivadas de las demás.

En la mayoría de los países conviven drogas aceptadas a nivel social, cuya producción, venta y consumo están legalmente permitidos, junto a otras que están sancionadas. En España y, en general, en los países desarrollados, un elevado número de personas son adictas a drogas ilícitas, pero un número mayor aún lo son a drogas lícitas: tabaco y alcohol. El consumo de estas últimas no sólo está permitido, sino fomentado por la publicidad que de estos productos se realiza.

Las sustancias adictivas más consumidas en España son, y no es de extrañar, el alcohol y el tabaco, que ocasionan cuantitativamente los mayores problemas sanitarios. Entre las drogas ilegales, los derivados del cáñamo (hachís, marihuana y aceite) siguen siendo los más consumidos, pero la que todavía produce problemas sanitarios y sociales más graves es la heroína. No obstante, en la última década ha comenzado un cambio de "gustos", mostrando las encuestas epidemiológicas un incremento persistente, año tras año, en el consumo de cocaína y manteniéndose los alucinógenos y drogas de síntesis en valores preocupantes. El consumo de cocaína en la encuesta de consumo del 2006 está muy por encima del que se realiza de heroína (Fig. 1). Las repercusiones en la salud física y mental, y las sociales de este incremento, están haciéndose cada vez más evidentes en las salas de urgencias, en las unidades psiquiátricas y en el seno familiar y laboral. Estos cambios se deben, en parte,

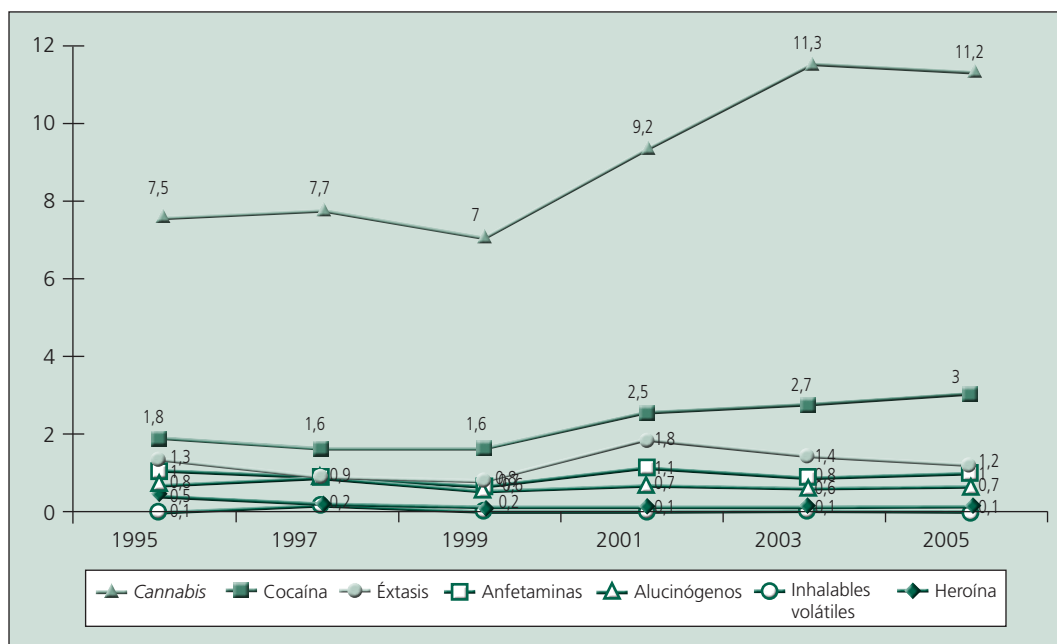


Figura 1. Datos epidemiológicos del consumo de drogas ilegales en España (prevalencia de consumos, en tanto por ciento, en los 12 meses previos). Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED), Encuesta domiciliaria (población entre 15-64 años) sobre abuso de drogas en España.

a que los consumos se realizan con un afán estimulante dentro de un contexto grupal lúdico y, por otro lado, a la escasa percepción de riesgo que se tiene de estas sustancias frente a la imagen de marginalidad proyectada del consumo de heroína. Entre los jóvenes se piensa que, por la forma de consumo (esnifada, fumada, vía oral), por sus efectos en el post-consumo (escasas sensaciones desagradables) y por como se las presentan los proveedores (nuevas “modalidades” y “diseñadas”), estas drogas (cocaína, alucinógenos, de síntesis) no producen daño ni adicción a diferencia de las “viejas y conocidas drogas” (véase [Capítulo 41](#)). Además, la tendencia es al policonsumo, lo cual complica enormemente el abordaje médico, psicológico y social de este fenómeno.

Todos estos hechos deben tenerse muy presentes en los futuros programas de prevención.

La drogodependencia viene considerándose desde la década de los años setenta como una auténtica epidemia y como uno de los más

graves problemas socio-sanitarios, debido al coste que representa en términos de vidas, comorbilidad con patologías somáticas y psiquiátricas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral, conflictos familiares, etc. Esta epidemia sigue en alza en los inicios del siglo XXI.

DROGA Y DROGAS DE ABUSO

El término de **droga** es amplio y ambiguo. Se utilizó en la farmacología clásica para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza. Para otros designa un producto que se deriva de algún tipo de manipulación química. En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS), manteniendo un criterio clínico, la definió como “*toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones*”. De esta manera, droga viene a ser sinónimo de fármaco y así continua utilizándose en la literatura inglesa (*drug*). En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles serían

las sustancias que producían dependencia y declaró como **droga de abuso** *“aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”*.

Una definición más poética de droga la describe como *“sustancia capaz de modificar la realidad, favoreciendo la fantasía humana o evadiéndole de la dura existencia cotidiana para, más tarde, dominarle por entero hasta quebrantar sus fuerzas y su salud”*.

Actualmente, y desde la perspectiva médica y científica, se utiliza el vocablo droga para definir a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (*carácter psicotropo o psicoactivo*).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (*acción reforzadora positiva*).
3. El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (*dependencia física y/o psicológica*).
4. No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por tanto, en el contexto que nos ocupa, el término droga se aplica a *“aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”*. Es equivalente al concepto de droga de abuso.

Algunos autores estiman que el consumo de la sustancia debe estar asociado con la existencia de una *nocividad social* para poder considerar dicha sustancia como una droga. La nocividad social puede establecerse a tres niveles: el *familiar*, el *laboral* y el *personal*. A nivel *familiar* produce disputas y graves conflictos de relación, abandono de responsabi-

dades, disgregación, etc. A nivel *laboral* se traduce en disminución de rendimientos, incremento de la accidentabilidad, absentismo, etc. A nivel *personal* hay deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, actos delictivos, proselitismo hacia el consumo, etc. En este contexto, diversas sustancias como la cafeína, la teína e, incluso, el tabaco no podrían considerarse como drogas.

En la última década, los autores anglosajones han reemplazado el término droga por el de **sustancia psicoactiva**, justificando dicha sustitución por el hecho de que muchos productos con capacidad de producir trastorno por abuso o dependencia se dan de forma natural (*cannabis*) o que no están fabricados para el consumo humano (pegamento); esta iniciativa se ha seguido también por otros autores a nivel mundial.

USO, HÁBITO, ABUSO Y DEPENDENCIA

La delimitación de los conceptos de uso, hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida. Particularmente, el concepto de abuso es muy controvertido. Desde una perspectiva cultural, no cabe ninguna duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera como abuso; mientras que fumar hachís se acepta. Por tanto, es un comportamiento sin componentes sociales de abuso para este grupo humano. En definitiva, parece que no podemos apartarnos de la pesada losa de siglos de historia que hace que nos sintamos, a la vez próximos y lejanos ante estas sustancias, teniendo cada pueblo una con la que se identifica más y que está profundamente enraizada en sus costumbres. Por ello, analizar el consumo de las drogas desde una perspectiva neutral y científica resulta difícil. La OMS, desde los años cincuenta, está haciendo esfuerzos en este sentido, y otras aso-

ciaciones médicas también se han unido al mismo. A continuación, describimos estos conceptos en el consenso actual.

El **uso** de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica, sencillamente, *consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc.* En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

El **hábito** sería *la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos*. Hay, por tanto, un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Durante mucho tiempo se consideraron como prototipo de sustancias productoras de hábito el tabaco (la nicotina), la cafeína, la teína, etc. Hoy en día, tanto la OMS, en su sistema de clasificación de enfermedades (CIE-10, 1992) como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM-IV-TR, 2000) califican el hábito de fumar como una auténtica dependencia de la nicotina (véase Capítulo 31). Sin embargo, el consumo de cafeína sigue siendo controvertido, y mientras en el DSM-IV-TR han resuelto considerarla no productora de dependencia, en la CIE-10 se sostiene lo contrario.

El **abuso** se define por el Real Colegio de Psiquiatras Británico como *“cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”*. En definitiva, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Para la OMS encierra cuatro criterios diferentes; en los tres primeros, la relación entre uso y abuso se establece, principalmente, por un diferencial cuantitativo, mientras que en el

cuarto, y último, el diferencial es de tipo cualitativo.

1. **Uso no aprobado:** cuando el consumo está legalmente sancionado. Por ejemplo, son los casos de consumos cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (*doping*), etcétera.
2. **Uso peligroso:** indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de conducir un vehículo). Puede estar o no sancionado legalmente. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.
3. **Uso dañino:** se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas; por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas (para el feto), mujeres en período de lactancia (para el lactante), etcétera.
4. **Uso que provoca una disfunción:** describe un “patrón desadaptativo de consumo”, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social. Esta acepción de abuso es equiparable con el de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas de la DSM-IV-TR.

El **sistema DSM-IV-TR (2000)** señala los siguientes criterios para diagnosticar un **trastorno por abuso de sustancias psicoactivas**:

- A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los apartados siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o bajo rendimiento relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con el cónyuge acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

El abuso, que de por sí tiene implicaciones médicas y sociales por sus consecuencias adversas recurrentes y significativas, es una circunstancia de riesgo evolutivo al siguiente paso que es la dependencia. No obstante, bastantes consumidores pueden mantener un patrón de “simple” abuso durante largo plazo que parece tener relación con características de la persona (psicológicas y psicopatológicas). Desde la cuarta revisión de la DSM (1994), los diagnósticos de abuso y dependencia se encuentran en un plano de igualdad, ambos como categorías principales y con entidad propia. No siempre fue así, en el DSM-III-R (1987), el diagnóstico de abuso se formulaba

por exclusión del de dependencia, es decir, quedaba el trastorno por abuso como una alternativa residual cuando no se cumplían los criterios correspondientes de trastorno por dependencia (Tabla I).

El **sistema CIE-10 (1992)** no recoge esta terminología como tal y define, en su lugar, **consumo perjudicial** como aquella “*forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)*”. Los criterios que se señalan para su diagnóstico son:

- a) Existencia de consecuencias sociales adversas (detenciones policiales, problemas matrimoniales, deterioro del rendimiento laboral, etcétera).
- b) Lo anterior o la reprobación por terceros no es, por sí solo, suficiente para este diagnóstico.
- c) Las intoxicaciones agudas no son, tampoco, por sí solas o por sí mismas suficientes para considerarlas “daño de salud”.
- d) No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia.

La **drogodependencia** fue definida, como tal, por primera vez por la OMS en 1964 como “*estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad*”.

Más tarde, en 1969, la OMS catalogó la drogodependencia como una enfermedad maligna, progresiva y transmisible.

En 1982, la OMS definió la dependencia como “*síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancia(s) psicoactiva(s) determinada(s), frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes*”. Su catalogación

Tabla 1. Comparación entre los criterios diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV-TR* y CIE-10

DSM-III-R (1987)	DSM-IV-TR (2000)	CIE-10 (1992)
<i>Abuso</i>		<i>Consumo perjudicial</i>
(1) Uso continuado/recurrente a pesar de los problemas derivados (médicos, legales, familiares, interpersonales) (patrón desadaptativo de consumo)	(1)	Afectación de la salud física/mental (sobredosis, hepatitis, etc.) Existencia de consecuencias sociales adversas Reprobación de terceros
<i>Dependencia</i>		
(1) Uso reiterado en situaciones físicamente peligrosas	(2)	
(2) Incumplimiento de obligaciones básicas: escuela, trabajo, familia	(3)	
<i>Dependencia</i>		<i>Dependencia</i>
(3) Ingesta en cantidad o tiempo superior al pretendido	(1)	Vivencia de compulsión (deseo irresistible)
(4) Deseo de abandonar o controlar consumo sin éxito	(2)	Prioridad en el consumo de la droga
(5) Inversión considerable de tiempo en la "droga"	(3)	Disminución de la capacidad de control
(6) Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas	(4)	Abandono de otros intereses o actividades
(7) Uso continuado a pesar de conocer los problemas derivados (médicos, legales, familiares, interpersonales)	(5)	Persistencia en el consumo a pesar de conocer los perjuicios
<i>Dependencia fisiológica</i>		
(8) Tolerancia	(6)	Tolerancia
(9) Síndrome de abstinencia	(7)	Síndrome de abstinencia

* Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2000) de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas no se modifican respecto al DSM-IV (1994).

como síndrome nos remite a un cuadro determinado, clínicamente, por un grupo de síntomas y signos que no tienen por qué estar presentes en su totalidad en el mismo momento ni con la misma intensidad.

Según la APA (DSM-IV-TR), *"la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella"* y añade que *"existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia"*. En este sentido, la dependencia no es absoluta, sino un elemento cuantitativo de distinta magnitud y, en el extremo del espectro, la dependencia se asocia a "consumo compulsivo".

Se destaca, desde la OMS y la APA, que la dependencia da lugar a una pérdida total de libertad, pues la persona se encuentra superada, controlada, en definitiva, esclavizada

por la sustancia psicoactiva; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto.

Clásicamente, se han descrito dos tipos de dependencia: la **física** y la **psicológica**. En la actualidad se añade un tercer tipo: la **social**. Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por unas causas específicas que se exponen más adelante. No obstante, las tres tienen en común la conducta final del dependiente: "obtener y consumir la droga" y no pueden considerarse como parcelas separadas, sino complementarias e interactuantes en una misma persona.

Una definición más precisa debe determinar el *tipo de dependencia*: alcohólica, opiácea, cocaínica, anfetamínica, barbitúrica, benzodiazepínica, etc. Cuando se utilizan, por lo menos, tres tipos de compuestos (exceptuando la nicotina) sin predominio de ninguno se habla de polidependencia (criterio DSM-IV-TR).

A efectos prácticos, se pueden considerar sinónimos los términos **drogodependencia**,

adicción y toxicomanía. Los dos últimos se utilizan desde hace más de cien años y en la primera mitad de este siglo, estos vocablos comenzaron a cargarse de connotaciones peyorativas, morales y legales, por lo que en los años sesenta se introdujo la palabra drogodependencia con el fin de un uso científico más preciso. En su origen, **toxicomanía** hacía referencia al *estado de intoxicación periódica o crónica del consumidor de una sustancia*. Se trataba del consumo de productos que, en aquella época, tenían una comercialización y uso médico, de manera que, con este término, se indicaba un consumo no terapéutico y se hacía énfasis, al utilizar el sufijo “manía”, en la exaltación afectiva buscada con la autoadministración de la sustancia. Los principales toxicómanos de entonces eran los “morfinómanos”. Haciendo historia, tanto el DSM-I (1952) como el DSM-II (1968) centraban el diagnóstico de esta patología en la intoxicación como síntoma, es decir, en la toxicomanía, cantidad y frecuencia de consumo. Con relación al término de **adicción**, éste ya se usaba en el siglo XIX como sinónimo de embriaguez, pero, en la actualidad, se ha traspasado esta delimitación y se utiliza, fundamentalmente, para adjetivar conductas con características de dependencia no originadas por sustancias químicas, como el juego, la comida, la televisión, el sexo, etc., donde la expresión adicción viene a significar *necesidad imperiosa de llevar a cabo un comportamiento que no tiene en cuenta las consecuencias nocivas para el individuo y su entorno (familiar, laboral y social)*.

CRITERIOS DE DROGODEPENDENCIA

En estos momentos contamos con dos sistemas diagnósticos, casi paralelos. En Europa son más aceptados los de la OMS (CIE-10, 1992) y, en Norteamérica, los de la APA (DSM-IV-TR, 2000).

El **sistema CIE-10** define el síndrome de dependencia como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
- Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.
- Hay un deseo (fuerte o insuperable) de administración.
- Las recaídas, después de un período de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Y da las siguientes **pautas diagnósticas**: “si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- Deseo o compulsión de consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad de control del consumo: para comenzar o para terminarlo.
- Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales”.

Por su parte, el **sistema DSM-IV-TR** hace la siguiente descripción de la dependencia de sustancias psicoactivas. Se trata de “un *patrón desadaptativo de consumo* que conlleva un *deterioro o malestar clínicamente significativos*, expresado por tres (o más) de los apartados siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. **Abstinencia**, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (ver criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
- Se toma la sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o suprimir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)".

En ambos sistemas diagnósticos está prevista la codificación evolutiva de la dependencia. Con esta codificación se señala la forma de consumo, continuada o episódica, la situación actual con relación al consumo, en abstinencia o no, y el tipo de tratamiento para mantener la abstinencia. La CIE-10, en concreto, permite especificar el estado del drogodependiente utilizando una 5.^a posición en la codificación del trastorno, cuyo dígito hace referencia a siete situaciones (Tabla 2).

Tabla 2. Curso de la dependencia a sustancias: criterios diagnósticos CIE-10 (1992)

Flx.20	En la actualidad en abstinencia
Flx.21	En la actualidad en abstinencia en un medio protegido
Flx.22	En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado
Flx.23	En la actualidad en abstinencia con tratamiento con fármacos aversivos/bloqueantes
Flx.24	Con consumo actual de la sustancia
Flx.25	Con consumo continuo
Flx.26	Con consumo episódico

Flx: nomenclatura que indica "trastorno mental y del comportamiento debidos al consumo de sustancia psicótropa". La incógnita "**x**" toma distinta numeración según la droga causante del trastorno.

La 4.^a posición se ocupa por el valor "**2**" que indica "síndrome de dependencia".

Por su parte, el DSM-IV-TR proporciona para la codificación evolutiva seis términos modificadores que pueden añadirse al diagnóstico. Estos parámetros evolutivos exigen la desaparición de los criterios de dependencia, por lo menos, un mes. A pesar de que hablamos de seis calificaciones, éstas se reducen a tres valores numéricos (0, 1, 2) que se expresan en la codificación diagnóstica, al igual que en la CIE-10, en la 5.^a posición, por ejemplo: 304,01, significa 304 = *dependencia*, 0 = *de opiáceos* y 1 = *en la actualidad en abstinencia en medio controlado* (p. ej., una Comunidad Terapéutica) (Tabla 3).

En el sistema DSM-IV-TR, además, se indica la conveniencia de especificar la existencia o no de *dependencia fisiológica*, de manera que habría dos grupos de adictos:

- Con dependencia fisiológica:** aquellos que presentan signos de tolerancia o abstinencia (si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2 de la lista de criterios diagnósticos).
- Sin dependencia fisiológica:** los que no presentan signos de tolerancia o abstinencia (no se cumplen los puntos 1 y 2 de la lista de criterios diagnósticos).

Algunos autores siguen considerando al grupo de drogodependientes con dependencia

Tabla 3. Curso de la dependencia de sustancias: criterios diagnósticos DSM-IV-TR (2000)

Tiempo desde el último consumo	Codificación en 5.º dígito	Situación con relación al consumo	Presencia de síntomas de dependencia
Menos de un mes	4	Dependencia Leve Moderada Grave	Sí, > 3 ítems*
De 1 a 12 meses	0	Remisión temprana (período de especial riesgo de recaída)	Remisión parcial Sí, > 1 y < 3 ítems* sea de manera continuada o intermitente
			Remisión total No hay síntomas
Más de 12 meses	0	Remisión sostenida	Remisión parcial Sí, > 1 y < 3 ítems* de manera continuada o intermitente
			Remisión total No hay síntomas
No precisado	1	Entorno controlado	Sólo al cese de estos tratamientos comienza a regir la categoría de remisión y siempre que se cumpla la condición (necesaria) de al menos un mes sin síntomas de dependencia
No precisado	2	Terapéutica con agonistas	

* Ítem: criterio diagnóstico de dependencia en DSM-IV-TR.

fisiológica como una forma más grave de dependencia.

DEPENDENCIA FÍSICA O FISIOLÓGICA: NEUROADAPTACIÓN

La **dependencia física**, que recibe hoy en día la denominación de **neuroadaptación**, es un estado caracterizado por la *necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo*. Sus dos componentes principales son la **tolerancia** y el **síndrome de abstinencia agudo**. No obstante, se debe saber que algunos aspectos de la tolerancia no son de tipo neuroadaptativo (Fig. 2).

La **tolerancia** y el **síndrome de abstinencia agudo** son elementos clave que apoyan la idea de que los procesos de neuroadaptación se han iniciado; otro elemento clave es la **sensibilización**; éste es un fenómeno opuesto a la tolerancia, es decir, se trata de la respuesta aumentada a una droga tras una presentación intermitentemente repetida. Los fe-

nómenos de sensibilización persisten mucho tiempo después de que la droga ha sido eliminada del cerebro (véase **Capítulo 3**).

Cuando la administración de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta un cuadro denominado *síndrome de abstinencia agudo o de retirada (withdrawal syndrome)*, que se caracteriza por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neurorreceptores que se produce.

El síndrome que resulta de la retirada de la droga se denomina *abstinencia por supresión*, mientras que el producido por la administración de un antagonista (p. ej., naloxona, a un adicto a heroína), se llama *abstinencia precipitada*.

La aparición del síndrome de abstinencia agudo es lo que define la existencia de la dependencia física y no es un elemento indispen-

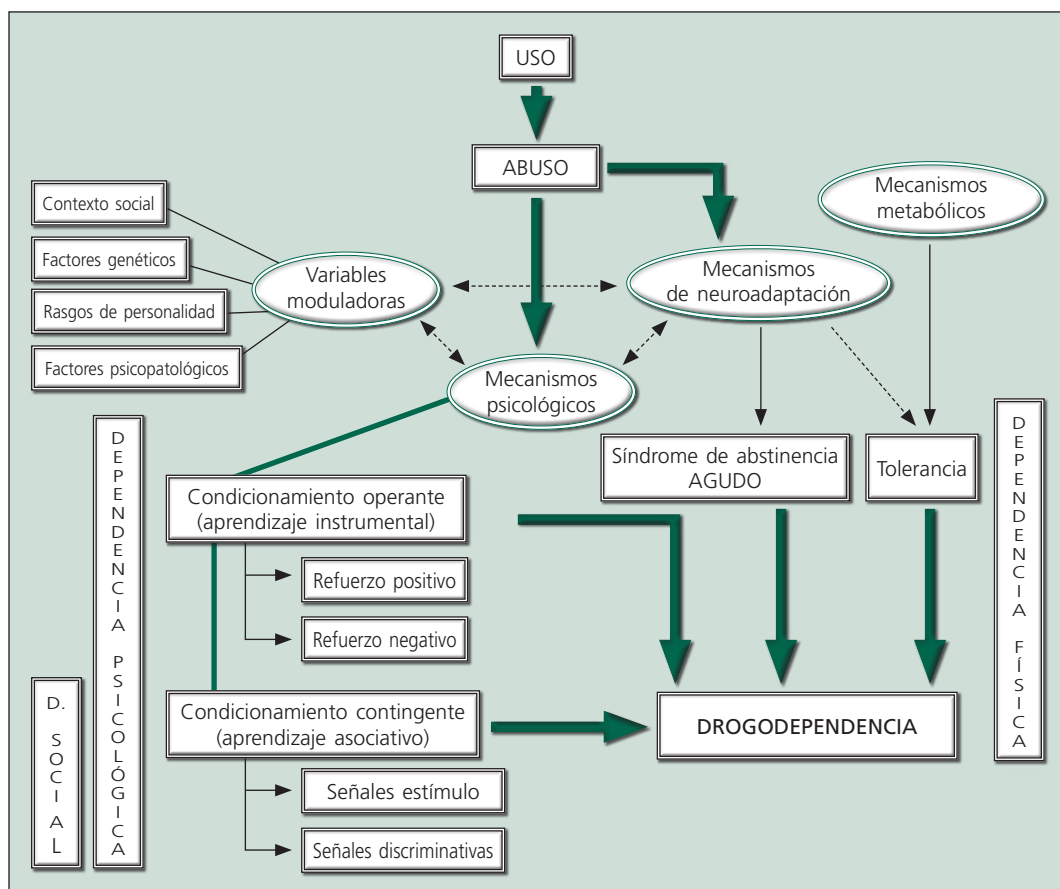


Figura 2. Desarrollo de la dependencia.

sable en el diagnóstico de la drogodependencia (DSM-IV-TR y CIE-10).

La dependencia física es característica de las sustancias depresógenas (alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes); menos marcada entre las drogas estimulantes (anfetaminas y derivados, cocaína y nicotina) y apenas perceptible en el caso de los alucinógenos. Ocurre, en ocasiones, que al considerar como prototipo de síndrome de abstinencia agudo el producido por la retirada de opiáceos (heroína), se difunde la idea de que algunas drogas, como la cocaína, no crean dependencia física, ya que al suspender su administración no se padecen las manifestaciones de un síndrome de abstinencia agudo como el que se produce al suspender la administración de opiáceos, deduciéndose erróneamente que

el usuario de aquellas drogas puede interrumpir su consumo sin sufrir ningún tipo de trastorno. Esto no es cierto, pues la cocaína genera un síndrome de abstinencia importante cuando se deja de consumir (véase [Capítulo 13](#)).

Los efectos clínicos del síndrome de abstinencia agudo varían según el tipo de droga. En términos generales, se puede decir que los signos y síntomas del síndrome son los contrarios a los que caracterizan el efecto inmediato de la droga, es decir, son manifestaciones de rebote de los sistemas fisiológicos alterados por ella, si bien el cuadro general suele superar en intensidad al esperado por las modificaciones producidas por la droga.

La intensidad del síndrome de abstinencia agudo depende de varios factores: *tipo de*

droga, cantidad de droga, vía de administración, frecuencia de administración, velocidad de absorción y eliminación, existencia de metabolitos activos, etc. Estos factores farmacocinéticos son importantes, pues si la droga se elimina lentamente, el síndrome de abstinencia se instala de manera lenta, progresiva y atenuada, mientras que si se elimina rápidamente, la sintomatología aparece antes y de manera más intensa.

Finalmente, si se produce un bloqueo de los receptores con un antagonista, mientras se está consumiendo la droga, se produce un cese inmediato y brusco de la acción de la sustancia, lo que da lugar a un síndrome de abstinencia agudo con manifestaciones intensas.

No se conoce el mecanismo íntimo de la dependencia física. No obstante, todas las teorías sugieren que existe una alteración a nivel neurobiológico. Podría deberse a la puesta en marcha de mecanismos enzimáticos (p. ej., aumento de la síntesis de determinados neurotransmisores), que estaban controlados por la droga retirada, con la consiguiente hiperactividad de rebote (véase **Capítulos 2 y 3**).

Cuando la dependencia física se extiende a otros fármacos de la misma familia farmacológica, se habla de *dependencia cruzada*. Esto significa que cuando aparece un síndrome de abstinencia por supresión de una determinada droga, se puede neutralizar con la administración de otra droga del mismo grupo. Para ello, es preciso que las drogas que desarrollan dependencia cruzada actúen o interactúen sobre los mismos receptores biológicos. En este hecho se basa el tratamiento con metadona del síndrome de abstinencia por heroína.

La APA destaca que es importante diferenciar el “trastorno” de dependencia del “estado fisiológico” de dependencia física de una droga. Esta última situación, como se ha visto, es un estado orgánico que tiene lugar cuando se ha administrado cualquier droga en dosis y tiempo suficiente, de forma que provoque en el organismo una reacción de abstinencia aguda cuando deja de consumirse. La

dependencia a sustancias psicoactivas, como trastorno, debe diagnosticarse si la persona comienza a utilizar la droga de forma problemática. Por ejemplo, a un paciente se le prescribe una benzodiacepina para un trastorno de ansiedad o un opiáceo durante un episodio de dolor; si la dosis, el tiempo de tratamiento o ambos es suficiente, se producirá un estado fisiológico de dependencia física, pero mientras no utilice estas sustancias, fuera de la pauta terapéutica, no se podrá realizar un diagnóstico de dependencia. Por tanto, debe tenerse presente que la dependencia no sólo viene determinada por las propiedades farmacológicas de una droga; a éstas se suman otros aspectos que se revisan a continuación.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA

La dependencia psicológica es el deseo irresistible (estado de ansia o anhelo [*craving*]) de repetir la administración de una droga para: **a)** obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o **b)** evitar el malestar que se siente con su ausencia. Por tanto, son las actividades de búsqueda de la droga por parte de la persona y la asociación de patrones de consumo patológico las que condicionan la dependencia.

Desde la **perspectiva del conductismo operante o instrumental**, el consumo ocasional o recurrente de drogas puede explicarse como un comportamiento que “persiste por sus consecuencias”. El **refuerzo** puede ser definido como “*cualquier acontecimiento que aumenta la probabilidad de una conducta*” y da lugar a un **condicionamiento “respondiente”**. En este sentido, los efectos inmediatos de las drogas son reforzadores y lo son positivamente porque son un “premio o recompensa”; es decir, puede producirse una, varias o todas las siguientes situaciones: vivencia placentera, vivencia de evasión y vivencia de aprobación de los amigos (**refuerzo positivo**). Por otra parte, con la retirada de la droga, la persona

sufre un cuadro clínico muy desagradable y pasa éste a ser, también, un elemento reforzador, pero, en este caso, negativo porque se busca y se consume la droga para suprimir los efectos aversivos debidos a su falta (**refuerzo negativo**). En ambos casos se responde ingiriendo más droga.

Para la instauración de la dependencia se suman los efectos reforzadores positivos y negativos de la droga que abocan directamente a cambios comportamentales en la persona, es decir, a una acción incoercible de búsqueda, obtención y consumo de la sustancia. Estos refuerzos contribuyen, por tanto, al aprendizaje y mantenimiento de las conductas preparatorias (de acercamiento) y consumatorias.

El conocimiento que ya se tiene de la acción de las drogas sobre los circuitos cerebrales de recompensa (véase [Capítulo 2](#)) y sus mecanismos neuroquímicos (véase [Capítulo 3](#)) permiten vislumbrar la interconexión de los componentes neurobiológicos y psicobiológicos de estas sustancias.

Se entra en un consumo de sustancia psicoactiva por “la recompensa” (los componentes hedónicos, el placer) y se continúa en dicho consumo con el afán de más “recompensa”, sumándose el evitar las manifestaciones desagradables que implica su falta (proceso de adicción, véase [Capítulos 2 y 3](#)).

En la mayoría de las situaciones clínicas es imposible distinguir entre refuerzos positivos y negativos; por ejemplo, el heroinómano, al administrarse su dosis vía endovenosa, experimentará, de forma simultánea o secuencial, atenuación de los síntomas de abstinencia, sensación de tranquilidad y una cierta euforia. De igual forma, el fumador que enciende el primer cigarrillo del día, posiblemente, sienta algo más que una compensación de la falta de nicotina.

Cuando se emplean drogas de acción breve, como la heroína, la nicotina o el *crack*, el refuerzo ocurre varias veces al día, y se

crea, por tanto, un vínculo más poderoso aún a nivel psicológico ([véase Capítulos 2, 6, 7, 12, 13 y 31](#)).

Por otra parte, desde **la perspectiva del conductismo clásico o pavloviano**, todos los implementos (agujas, frascos, botellas, paquete de cigarrillos) y conductas asociadas (estímulos ambientales: amigos, hora del día, calle, etc.), así como los estímulos interoceptivos (piloerección, sudoración, taquicardia, inquietud motora, etc.), se convierten en “*señales*” de la posible disponibilidad de droga, y, en su presencia, el deseo de experimentar los efectos de ésta aumenta, es decir da lugar a un *condicionamiento “contingente”*. Este tipo de aprendizaje, al cual antes no se prestaba atención, se considera, hoy en día, muy involucrado, más que los síntomas del síndrome de abstinencia agudo propiamente dichos, en las recaídas del drogodependiente. De manera que ver a alguien consumir heroína o encender un cigarrillo o recibir una oferta de droga por parte de un amigo son circunstancias que claramente despiertan grandes deseos de consumo, probablemente, porque se induzca, también, un síndrome de abstinencia condicionado. Este aspecto del consumo se tiene muy en cuenta en los enfoques terapéuticos actuales ([véase Capítulo 5](#)).

La dependencia psicológica está sujeta tanto a la capacidad reforzadora de la droga y a los niveles de condicionamiento clásico existentes como a la forma que estos fenómenos se han integrado en la persona, configurando su particular estilo de vida.

La dependencia psicológica es una situación compleja, y la intensidad y rapidez con la que se instaura, así como la dificultad para salir de ella una vez establecida, obedecen a un conjunto de factores, entre otros: educativos, sociales, ambientales, motivacionales, antropológicos y, también, biológicos y relacionados con características de la propia droga (propiedades intrínsecas, vía de administración, etc.). Esta dependencia también se denomina dependencia conductual.

Hay dos síndromes de abstinencia que parecen estar relacionados más directamente con la dependencia psicológica:

- a) **El síndrome de abstinencia tardío** puede aparecer a los pocos días o semanas de haber abandonado el consumo de la droga, bien después del síndrome de abstinencia agudo o bien, a veces, en su lugar. Las manifestaciones de este síndrome pueden durar meses, incluso años. Se trata de un conjunto de síntomas y signos derivados de una disregulación del sistema neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas (afectividad, pensamiento, percepción, memoria, etc.). De manera característica, la clínica de ansiedad se reduce con la administración de un placebo cuando el drogodependiente supone que es ‘droga’. Este síndrome da lugar a que la persona “recuerde” cada día a la sustancia de la que ha sido dependiente, reavivándose anhelos pasados, en definitiva, con grave riesgo de recaída en su consumo. Por tanto, los problemas que este síndrome acarrea, al drogodependiente y a su terapia de deshabituación, son muy importantes.
- b) **El síndrome de abstinencia condicionado** se caracteriza por la aparición de una sintomatología típica del síndrome de abstinencia agudo en un drogodependiente que lleva meses o años sin consumir. El cuadro se puede desencadenar cuando la persona vuelve a exponerse a los estímulos ambientales donde tenía lugar su consumo o bien los estímulos del entorno en que se encuentra son similares a aquellos. Se trataría, pues, de un mecanismo psicológico de condicionamiento o aprendizaje contingente; es decir, la presencia de elementos vinculados al consumo de la droga “inician” toda una cadena de anhelos, deseos, necesidades (*craving*) de droga, junto con las manifestaciones psicofisiológicas de su ausencia o retirada, en cuyo origen neurobiológico, no bien determinado, parece implicada la liberación

de dopamina en los circuitos cerebrales de recompensa (véase Capítulos 2 y 3). Este síndrome va seguido de un período de gran ansiedad y miedo, pues la persona se ve a sí misma como en el momento inicial de abandono de su dependencia, de manera que estas manifestaciones desagradables que se presentan, sin razón aparente, pueden, también, propiciar una recaída. No debe confundirse este síndrome con el trastorno conocido con el nombre de *flashback* (véase Capítulo 23).

En definitiva, los conocimientos actuales llevan a la conclusión de que los síntomas y signos que señalan la existencia de dependencia física y psicológica están mucho más interrelacionados de lo que se creía. La dependencia psicológica es tan destructiva como la física, pero resulta más difícil de superar. La dependencia psicológica es la que impulsa al drogodependiente a administrarse de nuevo la droga después de llevar meses o años de abstinencia. La dependencia física que pueda desencadenar una droga no se considera componente imprescindible en el contexto de una drogodependencia; por el contrario, la dependencia psicológica es el fenómeno clave de la misma. Por ello, en los tratados publicados en los últimos años, cuando se usa el término dependencia sin ningún calificativo, se está haciendo referencia al cuadro conductual global, mientras que el empleo de la expresión “dependencia física o fisiológica” implica las modificaciones neurobiológicas que determinan los síntomas del síndrome de abstinencia agudo (véase Capítulos 2 y 3).

DEPENDENCIA SOCIAL

Este tercer tipo de dependencia está determinado por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono del consumo de la sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis de relación capaces de provocar

la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable.

TOLERANCIA

La tolerancia a las drogas es una manifestación más acentuada de la tolerancia farmacológica en general. Esta última se caracteriza por una disminución gradual del efecto de un fármaco tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial.

Puede llegar a considerarse un fenómeno adaptativo del organismo; la tolerancia trata de situarlo en un estado equivalente a la condición sin fármaco, sin droga.

Se desarrolla en función de las propiedades farmacológicas de la droga y de los efectos que a nivel bioquímico produce en el organismo.

Hay distintas variantes de tolerancia que pueden deberse al individuo consumidor o a la droga en sí.

Atendiendo a la **perspectiva del individuo**, podemos clasificar la tolerancia en innata o adquirida.

1. **Tolerancia innata:** se produce cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración. Puede ser un factor de riesgo para desarrollar una dependencia temprana. Por ejemplo, la tolerancia innata al alcohol puede representar un rasgo biológico que contribuye al desarrollo del alcoholismo. Se ha demostrado que los hijos de alcohólicos presentan menor sensibilidad al alcohol, con necesidad de beber más para experimentar los mismos efectos que otras personas presentan con niveles menores de alcoholemia. Hay pues un peligro evidente de que tales consumos deriven en una dependencia alcohólica prematura con sus consecuencias somáticas y psiquiátricas.
2. **Tolerancia adquirida:** puede clasificarse, a su vez, en tres tipos: *farmacocinética*,

farmacodinámica y *aprendida* (conductual o condicionada).

- a) **Tolerancia farmacocinética:** se produce por cambios en la distribución o metabolismo de la droga después de la administración repetida, reduciéndose su concentración en el plasma y, como consecuencia, en los lugares de acción. El mecanismo más frecuente es la inducción enzimática que provoca la propia sustancia, al promover un aumento de la síntesis de enzimas microsomales hepáticas. Esta inducción enzimática, si no se originan metabolitos activos, reduce la biodisponibilidad y la eficacia de la sustancia. Esta tolerancia es muy marcada cuando se administran barbitúricos, bien solos o asociados a otras drogas, ya que los barbitúricos son potentes inductores enzimáticos. También lo es el alcohol.
- b) **Tolerancia farmacodinámica:** tiene lugar por cambios adaptativos que se producen en los sistemas biológicos afectados por la sustancia, de tal manera que la respuesta fisiológica a dicha sustancia es menor. En este sentido, se puede producir tolerancia por una disminución de la densidad o la sensibilidad de receptores (*down regulation*); por una reducción de la capacidad del receptor para acoplarse a los sistemas de traducción de señales; por un cambio de afinidad a nivel del 2.º mensajero o en las proteínas G, etcétera.
- c) **Tolerancia aprendida (condicionamiento por contingencia o clásico):** se refiere a la reducción de los efectos de una sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan con el consumo recurrente en situaciones semejantes. Su base fisiológica es, por el momento, desconocida. Se postula que sería un tipo de tolerancia que resultaría del intento de superar el efecto de la droga por parte de la persona.

A nivel de experimentación animal, sólo se consigue con niveles bajos de intoxicación.

En los drogodependientes se observa este tipo de tolerancia cuando la administración de la sustancia se asocia a determinadas “señales” ambientales (p. ej., determinados olores durante la preparación, visión de la jeringuilla, del cuarto de baño, etc.) premonitórias de la administración de la droga. Entonces se ponen en marcha reacciones fisiológicas preadaptativas a la sustancia que se va a recibir. Si su administración va precedida siempre de las mismas “señales”, se produce un “aprendizaje de la respuesta adaptativa” y, con ello, se impide la manifestación completa de los efectos de la dosis, requiriéndose más sustancia (tolerancia).

Este fenómeno de tolerancia aprendida permite explicar cuadros de intoxicación aguda con dosis “habitual” de sustancia. En estos casos, al realizar la historia clínica (Tabla 4), se verifica que se ha producido un cambio en las condiciones ambientales en las que usualmente la persona se administraba la sustancia, de forma que el drogodependiente ha consumido en esta oportunidad la droga sin que las “señales” ambientales le hayan “preparado” para ello. Así pues, el fenómeno de tolerancia aprendida no se produce y, en consecuencia, la dosis pasa a ser “excesiva”.

Atendiendo a la ***perspectiva de la propia sustancia***, podemos clasificar la tolerancia en aguda, invertida y cruzada.

- I. **Tolerancia aguda:** es la que se genera precozmente con la administración repetida de una droga con motivo de un acontecimiento determinado. Por ejemplo, hay consumidores de cocaína que repiten dosis en unas pocas horas con motivo de una sesión festiva. En esta forma de dosificación, la reacción a las dosis sucesivas de la droga va disminuyendo a lo largo de la sesión.

Tabla 4. Historia clínica específica en drogodependencias

<p>I. Historia del consumo de drogas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de la sustancia(s) consumida(s) • Tiempo en el que se ha consumido • Frecuencia de consumo • Fecha o tiempo desde el último consumo • Vía(s) de administración • Dosis (cantidad) diaria que se consume • Gasto diario en droga • Propósito por el que se consume (por qué se inició el consumo) • Sustancias consumidas con anterioridad (tipo, edad de inicio, tiempo de consumo, causa de abandono, efectos adversos) • Tratamientos previos: dónde, de qué tipo, resultados • Prescripción de sustancias consumidas actualmente: nombre, motivo del consumo, cantidad, frecuencia y duración, y última dosis <p>II. Antecedentes somáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades • Accidentes • Hospitalizaciones <p>III. Patología somática actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indagar sobre posibles enfermedades que sean ignoradas por el sujeto debido al estilo de vida caótico • Realizar pruebas complementarias <p>IV. Funcionamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de vida (vivienda, ayuda social, etcétera) • Estado civil • Orientación y actividad sexual • Empleo y/o nivel de estudios • Estructura familiar y relaciones (apoyo familiar, de amistades, etcétera) • Actividades de ocio/recreativas • Situación legal actual y pasada <p>V. Exploración psicopatológica completa: estatus psicológico</p> <p>Nivel de conciencia y orientación; estado de ánimo y afectividad, especialmente, posible ideación suicida; alteraciones sensorio-perceptivas, ideativas y de la memoria; procesos de pensamiento, preocupaciones, comportamiento durante la entrevista; capacidad de juicio e introspección</p> <p>VI. Exploración física: signos cutáneos</p> <p>VII. Pruebas de laboratorio (prueba de tuberculosis)</p> <p>VIII. Acuerdo-contrato terapéutico con el paciente</p>

2. **Tolerancia invertida:** es una propiedad por la que algunas drogas producen los mismos efectos o aun más acentuados con dosis más bajas. Puede deberse a la acumulación de la droga en determinados tejidos y a su liberación progresiva o puede explicarse por una incapacidad de metabolización.

Es característica en los alcohólicos debido su progresiva hepatopatía, a consecuencia de consumo intenso y prolongado. Es una dificultad cada vez mayor en la metabolización del alcohol ingerido. En estos casos, después de haber sido capaces por una tolerancia farmacocinética de consumir importantísimas cantidades de alcohol sin traslucir sus efectos en signos y síntomas de embriaguez, el bebedor presenta “repentinamente” manifestaciones de intoxicación aguda con pequeñas dosis de bebida.

Debe diferenciarse de la **sensibilización**, fenómeno de supersensibilidad receptoral (*up regulation*). En este caso se producen los mismo efectos o más acentuados con dosis iguales o más bajas. Parece producirse con la administración de la droga a intervalos más prolongados entre dosis. Suele presentarse en el consumidor de cocaína.

3. **Tolerancia cruzada o recíproca:** se desarrolla cuando un consumidor que presenta tolerancia a una droga se hace tolerante a los efectos de otra, cuya acción es semejante. Se suele presentar entre drogas del mismo grupo farmacológico o que actúan por un mecanismo idéntico o análogo. Por ejemplo, la heroína presenta tolerancia cruzada con todos los fármacos

opiáceos que tengan afinidad por los receptores μ .

En general, la tolerancia, la dependencia física y el síndrome de abstinencia agudo son fenómenos biológicos. Son consecuencias naturales del consumo de una sustancia. Se pueden producir no sólo cuando se consumen drogas, sino cuando se consumen ciertos medicamentos, aunque sean prescritos en indicaciones médicas apropiadas y en dosis correctas. La administración prolongada de los mismos puede generar tolerancia y el cese brusco de su administración puede desarrollar un síndrome de abstinencia. Por ejemplo, si se suspende bruscamente la administración de un medicamento antihipertensivo que desciende la presión arterial, puede originarse, como efecto rebote, una elevación de la presión arterial, en grado superior al que tenía antes de iniciar el tratamiento.

FORMAS DE CONSUMO DE DROGAS

Se distinguen las siguientes formas de consumo de drogas (Tabla 5):

1. **Experimental:** es un consumo fortuito o durante un período de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de los amigos o compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias. Los motivos de este consumo es variado, entre ellos, tenemos: la curiosidad

Tabla 5. Formas de consumo de las drogas		
Clasificación de Siegel, 1984		Tipología del DSM-IV-TR, 2000
Experimental (experiential)		Episódico
Socio-recreativo Circunstancial-situacional	Ocasionales (instrumentales)	
Intensificado Compulsivo	Sistemáticos	Crónico

(conducta adolescente), el sentirse adulto (conducta iniciática), el sentirse parte de un grupo (conducta de integración), etcétera.

2. **Ocasional:** es un consumo intermitente de cantidades, a veces, importantes, cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal. También pueden darse propósitos concretos como el deseo de obtención de un mayor rendimiento deportivo, académico, resistencia física en una actividad lúdica, goce sexual, etc. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia. Este comportamiento, en sí mismo, puede significar un trastorno por abuso de sustancia psicoactiva.
3. **Habitual:** es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia psicológica y/o física) y, por otro, el mantener un rendimiento (caso de los consumidores diarios de cocaína). Las alteraciones del comportamiento son menores; no obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y autoadministrársela.
4. **Compulsivo:** es un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sin número de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. El consumo de la droga se hace aislado de los demás y su propósito es mantener “su funcionamiento basal” y aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir.

Las dos primeras son formas *episódicas* de consumo y las dos últimas son formas *crónicas*

en las cuales existen características de dependencia claras (Tabla 5).

Los consumos habitual y compulsivo también reciben el nombre de *consumos sistemáticos*. La persona con este tipo de consumo cumple criterios de trastorno por dependencia y, en general, si no encuentran la droga escogida, emplean otras afines.

El consumo ocasional puede ser de dos tipos: socio-recreativo y circunstancial-situacional. El *consumo socio-recreativo* está ligado a una “facilitación del comportamiento social”; el ejemplo más claro es la ingesta de alcohol. El *consumo circunstancial-situacional* es autolimitado y, generalmente, está unido a deseos de incrementar los rendimientos de tipo deportivo, laboral o sexual, el consumo de cocaína, en su etapa inicial, se encuentra frecuentemente en este contexto.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS

La vía de administración de la droga es un elemento muy importante porque ésta tiene una consecuencia directa sobre mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos de la sustancia y, por tanto, con relación a la mayor o menor rapidez con que se instaura la dependencia. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros inmediatos y breves, su potencial de adicción es más alto (véase **Capítulo 2**).

Hay cinco vías de administración:

1. **Oral:** en forma de ingestión, mascado o sublingual. Es la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, y, en la actualidad, de las drogas de síntesis. Es la única vía de consumo de alcohol.
2. **Pulmonar:** la sustancia puede ser inhalada y/o fumada. Esta vía es característica de la nicotina (tabaco), del *cannabis* y del crack (derivado de la cocaína).

3. **Nasal:** requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada). Es la vía más utilizada para consumir cocaína; aunque, prácticamente, todas las drogas pueden esnifarse.
4. **Rectal o genital:** aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital. Es una vía utilizada en el consumo de cocaína y, también, de heroína.
5. **Parenteral:** significa tener que utilizar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Para muchos consumidores que usan esta vía existe toda una mística alrededor de la preparación de “la dosis”; este ritual termina por enganchar a aquellos que una vez estuvieron convencidos de que jamás practicarían este tipo de consumo (condicionamiento clásico). Por otra parte, al administrarse de esta forma, se requiere menos cantidad de droga para obtener igual gratificación; además, estos sentimientos placenteros se logran de manera casi instantánea cuando se usa la vía intravenosa (condicionamiento operante). La vía intravenosa junto con las vías intramuscular y subcutánea son las tres formas de administración parenteral. La **vía subcutánea** se conoce como la vía de los “novatos”, paso intermedio entre esnifar y/o fumar y la vía venosa. La **vía intramuscular** es la vía de los “veteranos”, utilizada como alternativa a la intravenosa cuando ésta resulta de difícil acceso, debido al deterioro de las venas por las frecuentes inyecciones efectuadas. La administración intravenosa se realiza usualmente a través de una de las venas del antebrazo. No obstante, todas las venas accesibles pueden ser utilizadas. Esta vía es la preferida por los consumidores de heroína y por los policonsumidores.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia. Una

clasificación básica es aquella que se atiende a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias. Tres son los grupos que se pueden establecer:

1. **Drogas depresoras** (psicolépticas): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales; sus representantes más notorios son el alcohol, la heroína, las benzodicepinas y los disolventes volátiles.
2. **Drogas estimulantes** (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales; sus representantes fundamentales son la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.
3. **Drogas alucinógenas** (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, tono y forma), y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial (alucinaciones); sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD), el *cannabis* y las drogas de síntesis.

Una clasificación que sigue siendo útil es la sugerida por la OMS en 1975. A esta taxonomía le hemos añadido un importante grupo actual: las drogas de síntesis.

- **Grupo 1.º** (opiáceos): opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: morfina, heroína, metadona, etcétera.
- **Grupo 2.º** (psicodepresores): barbitúricos, benzodicepinas y análogos.
- **Grupo 3.º:** alcohol etílico.
- **Grupo 4.º** (psicoestimulantes mayores): cocaína y derivados (*crack*), anfetaminas y derivados, katina o norpseudoefedrina, etcétera.
- **Grupo 5.º:** alucinógenos (LSD, mescalina, psilocibina y otros).
- **Grupo 6.º:** *cannabis* y sus derivados (marihuana, hachís).

- **Grupo 7.º (inhalantes):** solventes volátiles, como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, etcétera.
- **Grupo 8.º (psicoestimulantes menores):** tabaco, infusiones con cafeína, colas, etcétera.
- **Grupo 9.º:** drogas de síntesis.

En poco se diferencia esta clasificación de la que la propia OMS, a través de la CIE-10 (1992), defiende actualmente. En la CIE-10 se aplica el criterio de sustancias que pueden producir dependencia al *alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes e hipnóticos, cocaína*, otros estimulantes (incluyendo la *cafeína*), *alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles*, y deja margen para incorporar a la lista a otras sustancias psicótropas.

Por su parte, la APA, en el DSM-IV-TR (2000), establece como sustancias que pueden producir dependencia: *alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, cannabis, anfetamina, alucinógenos, inhalantes, fenciclidina, nicotina*; también, se deja margen para incorporar a la lista otras sustancias psicótropas y, para ello, prevé una categoría de dependencia a otras sustancias.

Este apartado lo completamos con la clasificación que se da a las drogas desde una **perspectiva legal**. Las drogas, según esta perspectiva, pueden agruparse en cuatro bloques:

1. **Drogas institucionalizadas:** son aquellas cuya producción y tráfico (compra-venta) es legal; en nuestro país están dentro de esta categoría el alcohol y el tabaco.
2. **Drogas que son fármacos:** es decir, son sustancias que disponen de indicaciones médicas.
3. **Drogas de utilización industrial:** por lo cual, su comercialización es legal, pero su finalidad no es ingerirlas; lo son todos los inhalantes.
4. **Drogas clandestinas:** su producción y tráfico (compra-venta) es ilegal.

CONSECUENCIAS GENERALES DE LAS DROGODEPENDENCIAS

La drogodependencia es una situación patológica en sí misma, ya que el consumo de sustancias sin indicación médica, a dosis inadecuada y con capacidad de generar dependencia, produce alteraciones no deseables de la homeostasis psicofisiológica. Además, el drogodependiente puede “enriquecer” su dependencia con las siguientes consecuencias relacionadas con ella.

- a) **Reacciones antisociales:** el drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla sin que existan para él barreras morales. Así son frecuentes los hurtos, el incremento de la agresividad, el tráfico ilegal, los homicidios, la prostitución y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etcétera.
- b) **Síndrome de déficit de actividad:** con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía, aislamiento, abulia, etcétera.
- c) **Infecciones y disminución de las defensas:** debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), etc. Incluso en condiciones de asepsia, la administración de determinadas drogas (opiáceos) llega a producir inmunodepresión, aumentando la vulnerabilidad del drogadicto a otra enfermedad.
- d) **Peligro de sobredosificación:** este peligro existe, especialmente, en los drogodependientes a opiáceos (heroína) por vía endovenosa, cuando se inyecta la dosis máxima de una fase anterior, después de

un período de abstinencia. La dosis elevada “normal” en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período sin consumirla y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria.

A veces, se denomina, impropia, muerte por sobredosis a la producida por intoxicación debida a las mezclas fraudulentas con las que se suele “cortar” la droga (estricnina, quinina, talco, polvo de ladrillo, etcétera).

- e) **Riesgo de “escalada”:** cuando se realizan consumos abusivos y/o frecuentes de alcohol y/o se comienza a consumir derivados cannábicos, indebidamente denominados, por algunos, drogas blandas, existe el riesgo ampliamente contrastado de iniciarse en consumos de otras drogas como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etcétera.

La peligrosidad del alcohol y del *cannabis*, además de sus efectos propios, reside, por tanto, en que son una puerta abierta hacia las demás drogas. A la persona que se ha aventurado en el consumo de una droga ilegal o ha abusado del alcohol hasta su intoxicación le es más fácil continuar rompiendo frenos normativos y, así, llegar a realizar consumos de otras drogas.

El alcohol y el *cannabis* ocupan una posición central en el abanico de consumos y, por ello, hoy se las llama “*drogas estratégicas*”.

Además de esa ruptura de freno normativo que supone haber accedido al alcohol o al *cannabis*, estos consumidores frecuentan unos determinados ambientes en los que, casi con seguridad, hay consumidores de otras drogas, los cuales animan a aquellos que aún no lo han hecho a “probarlas”. No es raro que quienes vendan hachís o marihuana oferten, a su vez, otras drogas.

También, es de destacar que en situación de intoxicación, bien de alcohol o de *cannabis*, están limitadas las capacidades

cognitivas y volitivas y es más fácil que la persona sea incapaz de negarse a consumir otra droga que le ofrezcan.

Se ha observado que los que empiezan a consumir *cannabis* a una edad más temprana presentan más probabilidades, por las mismas razones que pueden haber facilitado el inicio en el *cannabis* (problema social, familiar, etc.), de usar otras drogas ilegales.

Por tanto, en la actualidad se defiende que la “escalada” es un producto de factores psicológicos y sociales y no de factores físicos y químicos (véase [Capítulo 2](#)).

- f) **Riesgo de recaída:** cada vez hay más consenso en relación a que el consumo de *cannabis* durante períodos de abstinencia de otras drogas, tras una desintoxicación, es un factor de riesgo de recaída importante. Esta evidencia está cambiando la perspectiva de ciertos programas de reducción de daños en los que se acepta el consumo de *cannabis* y se prima la abstinencia de la droga principal (véase [Capítulo 5](#)).

- g) **Efectos tóxicos específicos:** son los característicos de cada droga o grupo de drogas y se estudian en los capítulos correspondientes.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INDUCIDOS Y DIAGNÓSTICO DUAL

El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos psiquiátricos y cuando esto sucede, es decir, cuando se estima que la clínica es un efecto directo de la droga, se diagnostica un *trastorno psiquiátrico inducido por sustancia*.

Por otra parte, los pacientes con otros trastornos psiquiátricos pueden iniciar un consumo de drogas y presentar una dependencia; el otro trastorno psiquiátrico, en este caso, es primario en sí mismo y en el tiempo.

Existe una tercera posibilidad, la presencia de otro trastorno psiquiátrico en un drogodependiente sin que la patología mental esté en relación directa a la droga (intoxicación o abstinencia), el otro trastorno psiquiátrico, entonces, también es primario.

La comorbilidad de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias y un trastorno psiquiátrico primario se denomina **diagnóstico dual, patología dual o trastorno dual**.

La relación del trastorno psiquiátrico primario con el consumo de drogas puede atenerse a cualquiera de las alternativas expresadas en la tabla 6.

Diferenciar el trastorno psiquiátrico inducido del trastorno mental primario no es fácil; entre otras cuestiones, el trastorno psiquiátrico inducido no excluye la existencia de un trastorno mental primario “activado” por el consumo de la droga, donde dicho consumo pasa a ser un factor predisponente (Tabla 6).

Para establecer el diagnóstico de trastorno inducido por sustancias no basta con constatar una estrecha relación temporal entre el consumo de sustancia y los síntomas psíquicos; hay, en la práctica, que observar lo que sucede cuando la persona deja de consumir la droga. Si persisten los síntomas psiquiátricos durante un período de tiempo significativo, superior al de los períodos de intoxicación o abstinencia, en general, tres semanas o más desde el último consumo, se entiende que el cuadro psicopatológico es primario y se trata, entonces, de una patología dual.

Otros aspectos a tener en cuenta cuando se intenta establecer la existencia de un diagnóstico dual son: los antecedentes personales y familiares, las pruebas médicas que indiquen la posible implicación de una enfermedad somática y los factores estresantes ambientales.

Los cuadros demenciales debido al consumo de drogas son una excepción. La demencia es

Tabla 6. Relación entre abuso/dependencia de sustancias psicoactivas y otros trastornos psiquiátricos

Relación temporal	Primero: abuso/dependencia de una droga	<i>Trastornos inducidos</i> por la droga que desaparecen a las pocas horas o días de haber cesado su consumo, en principio no se requeriría tratamiento psicofarmacológico excepto para las manifestaciones más agudas	
	Segundo: otro trastorno psiquiátrico	<i>Factor predisponente:</i> las manifestaciones clínicas del trastorno psiquiátrico aparecen en relación al consumo de la droga sin desaparecer cuando éste cesa	
	Primero: otro trastorno psiquiátrico Segundo: abuso/dependencia de una droga	<i>Automedicación:</i> el consumo de la droga es un “tratamiento” para los síntomas del trastorno psiquiátrico o para “paliar” efectos secundarios de psicofármacos. Ejemplo: eliminar sentimientos de frustración en trastorno de personalidad límite	
		<i>Afrontamiento:</i> la droga se utiliza para afrontar determinados problemas asociados al trastorno psiquiátrico. Ejemplo: mejorar las relaciones interpersonales en una fobia social	
		<i>Factor de riesgo:</i> los síntomas del trastorno psiquiátrico facilitan el consumo de droga. Ejemplo: baja autoestima dentro de los trastornos afectivos, deterioro social asociado a la patología esquizofrénica	
Trastornos independientes		La aparición de ambos trastornos no guarda relación, aunque en su curso pueden interactuar y potenciarse ambos	Pueden estar temporalmente distanciados entre sí
			Pueden estar temporalmente superpuestos; producirse un trastorno adaptativo por las consecuencias negativas del consumo (pérdida del trabajo, problemas familiares, etc.)
Factor común		Hay un componente subyacente que puede causar o predisponer a ambos trastornos	<ul style="list-style-type: none">• Elementos genéticos• Lesión cerebral del feto• Estresores sociales• Rasgos de personalidad

una clínica que persiste tras la abstinencia; no obstante, está derivada directamente del consumo, por tanto, es un trastorno inducido por sustancia. En este caso, los síntomas se deben a una lesión permanente del SNC por la droga.

A la luz de distintas series epidemiológicas está claro que los trastornos psiquiátricos favorecen el consumo de drogas y viceversa, pero no existe una drogodependencia determinada relacionada con tipo concreto de trastorno psiquiátrico, incluidos los trastornos de personalidad. Uno de los estudios más sobresalientes en este área es el *Epidemiological Catchment Area* (ECA) realizado por Reiger y cols. (1990), en el que se pone de manifiesto que para la población con trastorno psiquiátrico, la probabilidad de padecer un trastorno por consumo de sustancias (abuso/dependencia) es 2,7 veces mayor que para la población sin patología psiquiátrica. Así mismo, para la población con abuso o drogodependencia, la probabilidad de padecer otro trastorno mental es hasta siete veces mayor que para la población general.

Los trastornos de personalidad del grupo B, particularmente, los trastornos límites de la

personalidad y el trastorno antisocial de personalidad, presentan una marcada vulnerabilidad para el abuso y dependencia de sustancias. En el estudio ECA se observó que tenían 29,6 veces más probabilidades de abuso/dependencia de drogas que la población general. Los componentes conductuales que incrementan la probabilidad de consumo de drogas en los distintos trastornos de personalidad se muestran en la tabla 7.

Otra patología psiquiátrica con alto riesgo de padecer abuso/dependencia de drogas es la esquizofrenia. En el ECA las personas con dicho trastorno tienen 4,6 veces más probabilidad que la población general. Por otra parte, el estudio CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*) realizado por Swartz y cols. (2006) señala que un 60% de los pacientes esquizofrénicos en tratamiento presentan consumo de drogas y un 37% cumple criterios de abuso/dependencia de alcohol y otras drogas.

Las investigaciones en la última década permiten prever para algunos autores que en 2010, el 50% de los pacientes drogodependientes padecerán algún otro trastorno mental y hasta

Tabla 7. Aspectos de los trastornos de personalidad más relevantes con relación a la patología dual (adaptado de Olivencia, Cangas y García, 2004)

Grupo	Trastornos de la personalidad	Tendencias conductuales y complicaciones asociadas que incrementan la probabilidad del consumo de drogas
A	Paranoide	Problemas de relación con su pareja, por la existencia de celos patológicos. Problemas laborales, relaciones dantes y sin confianza
A	Esquizotípico	Déficit o anomalías en la percepción, lenguaje y conducta que los vinculan a ambientes marginales o a presentar mayor dificultad para "comprender" su adicción y las medidas necesarias para mantenerse en abstinencia
B	Antisocial	Estrés por problemas interpersonales y/o vinculación a ambientes de riesgo
B	Límite	Insuficiencia en las formas de afrontamiento de los conflictos y de controlar los estados emocionales. Baja tolerancia a la frustración
B	Narcisista	Estrés por problemas interpersonales y a raíz de conflictos laborales o por existir una excesiva dedicación al trabajo y exigencias hacia los demás
C	Evitativo	Deseo de vencer miedos para obtener una inclusión social o de "escapar" de situaciones percibidas como de rechazo y humillación en determinadas situaciones sociales
C	Obsesivo-compulsivo	Aparición de multitud de situaciones de estrés sobrevenidas a raíz de conflictos laborales e interpersonales o por existir una excesiva dedicación al trabajo y exigencias hacia los demás

un 70% de los enfermos psiquiátricos sufrirá algún tipo de abuso/dependencia a sustancias psicoactivas, planteándose un gran reto asistencial debido a su extrema complejidad y a la carencia de respuestas eficaces a los problemas que los acompañan.

Por encima de la controversia relacional entre ambas patologías, lo esencial es conocer que la presencia otra sintomatología psiquiátrica, y más si tiene una evolución independiente del consumo, complicará el curso y el tratamiento del drogodependiente, de igual forma que el consumo de drogas, y más la drogodependencia, agrava la clínica y dificulta el tratamiento en la persona que presenta un trastorno psiquiátrico aparte de las alteraciones mentales y del comportamiento relacionadas con la adicción (véase **Capítulos 2 y 5**).

Desde una perspectiva de análisis, puede ser útil separar las dos patologías psiquiátricas (el abuso/dependencia de drogas y cualquier otro trastorno psiquiátrico) según los criterios diagnósticos, pronósticos y de respuesta terapéutica, aunque teniendo siempre presente que ambos se interrelacionan y afectan sus cursos mutuamente y de manera negativa.

Para efectuar un diagnóstico y tratamiento correctos es necesario conocer las caracterís-

ticas individuales de la drogodependencia y de la otra patología mental existente (véase **Capítulo 5**).

Las consideraciones básicas en un paciente con patología dual son:

- Un abordaje menos rígido que los pacientes con abuso/dependencia de sustancias sin otra patología psiquiátrica concomitante.
- Tratar ambos trastornos de forma integral, con comunicación fluida entre todo el equipo multidisciplinar que le atienda, para evitar mensajes contradictorios y la manipulación por parte del paciente. Un tratamiento integrado significa que los dos trastornos deben tratarse conjuntamente y dentro de un programa unificado.
- Conocer que la tasa de recaídas es particularmente elevada, posiblemente, por la dificultad de obtener la estabilización simultánea de ambas patologías.

En el DSM-IV-TR (2000), los trastornos mentales inducidos por sustancias se encuentran descritos en las secciones que se refieren al trastorno mental primario con el que comparten fenomenología, tal como ya se hacía en el DSM-IV (1994) (Tabla 8).

Contrariamente, en la CIE-10 (1992) se opta por mantener una sección de trastornos

Tabla 8. Relación de trastornos mentales y comportamentales inducidos por drogas

Trastorno inducido por sustancias	Sección de la DSM-IV-TR donde se halla
Intoxicación Síndrome de abstinencia Trastorno perceptivo persistente	Trastornos relacionados con sustancias
<i>Delirium</i> Demencia* Trastorno amnésico persistente*	<i>Delirium</i> , demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
Trastornos psicóticos	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado de ánimo	Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad
Trastornos sexuales	Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos del sueño	Trastornos del sueño

* Estos trastornos están causados no por los efectos agudos de la sustancia, sino por las lesiones estructurales que ésta ha producido sobre el SNC.

Tabla 9. Relación de trastornos mentales y comportamentales inducidos por drogas y la situación de consumo

<i>Trastorno inducido por sustancias</i>	<i>Droga y situación de consumo</i>
<i>Delirium</i> ⁺	Alcohol ^{1, A} , sedantes ^{1, A} , meperidina ¹ Alucinógenos I, <i>cannabis</i> ¹ Anfetaminas I, cocaína ¹ Fenciclidina I, inhalantes ¹
Demencia ⁺ *	Alcohol ⁰ , inhalantes ⁰ , sedantes ⁰
Trastorno amnésico persistente*	Alcohol ⁰ , sedantes ⁰
Trastornos psicóticos Ideas delirantes Alucinaciones	Alcohol ^{1, A} , sedantes ^{1, A} , meperidina ¹ Alucinógenos I, <i>cannabis</i> ¹ Anfetaminas I, cocaína ¹ Fenciclidina I, inhalantes ¹
Trastornos del estado de ánimo	Alcohol ^{1, A} , sedantes ^{1, A} , opiáceos I, Alucinógenos I Anfetaminas I, A, cocaína ^{1, A} Fenciclidina I, inhalantes ¹
Trastornos de ansiedad	Alcohol ^{1, A} , sedantes ^A Alucinógenos I, <i>cannabis</i> ¹ Anfetaminas I, A, cocaína ^{1, A} , cafeína ¹ Fenciclidina I, inhalantes ¹
Trastornos sexuales	Alcohol ^{1, A} , sedantes ¹ , opiáceos ¹ Anfetaminas I, cocaína ^{1, 0}
Trastornos del sueño	Alcohol ^{1, A} , sedantes ^{1, A} , opiáceos ^{1, A} Anfetaminas ¹ , A, cocaína ^{1, A} , cafeína ¹

⁺ Debe siempre indagarse otra posible causa concomitante (traumatismo craneoencefálico, trastornos metabólicos, tumores, etcétera).

^{*} Estos trastornos se caracterizan por persistir una vez que la sustancia ha sido eliminada del organismo.

¹ El cuadro clínico se inicia durante una intoxicación por la sustancia.

^A El cuadro clínico se inicia durante la abstinencia de sustancia.

⁰ El cuadro clínico está en relación a un consumo prolongado y no tiene porque iniciarse sólo durante la intoxicación o abstinencia.

mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, donde se incluyen desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos.

Cabe señalar que en el DSM-III-R (1987) se describían los trastornos mentales inducidos por sustancias en una misma sección, junto con los debidos a una enfermedad médica y se denominaban en su conjunto trastornos mentales “orgánicos”. Para evitar la confusión conceptual que esta clasificación acarrearba, se decidió eliminar el término “orgánico” en la DSM-IV y así continúa en DSM-IV-TR. Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” (orgánico) en los trastornos “mentales” (funcionales) y mucho de “mental” (funcional) en los trastornos “físicos” (orgánicos), por lo que no es adecuado suponer que

los antiguamente catalogados como trastornos mentales “no orgánicos” carezcan de una base biológica.

En la tabla 9 se hace una relación de los trastornos inducidos por sustancias y la droga y la situación de consumo en la que, frecuentemente, se desencadena la patología.

BIBLIOGRAFÍA

- Álamo C, López-Muñoz F, Rubio G. (eds.). Avances en drogodependencias. Las Palmas de Gran Canarias: GAFOS, SL; 2008.
- American Psychiatric Association (APA) (2002): DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson (edición en inglés 2000).
- Brady KT, Sinha R. Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Am J Psychiatr*. 2005;162(8):1483-93.
- Cabrera J, editor. Patología dual. Madrid: Agencia Anti-droga, CAM; 1998.

- Casas M. Trastornos duales. En: Vallejo J, Gastó C, editores. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Masson; 2000. p. 890-900.
- Cervera G, Valderrama JC, Martínez-Raga J, Pérez-Gálvez B, editores. El diagnóstico dual en el abuso y dependencia del alcohol: orientaciones diagnósticas y terapéuticas para unidades de conductas adictivas. Madrid: Pfizer Neurociencias; 2002.
- Degenhardt L, Chiu W, Sampson N, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. Plos Medicine. 2008;5 (7) e141. Disponible en: www.plosmedicine.org.
- Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis (review). Schizophr Bull. 2000;26:105-18.
- Graña JL, editor. Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate; 1994.
- Hall WD, Linskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypothesis about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. Drug Alcohol Rev. 2005;24:39-48.
- Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, et al. Diagnosis of comorbid disorders in substance users: Psychiatr Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV). Am J Psychiatr. 2006;163(4):689-96.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance abuse disorders: A reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatr. 1997;4:231-44.
- Koob GF, Le Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. Science. 1997;278:52-8.
- Kranzler HR, Tinsley JA, editors. Dual diagnosis and treatment. Nueva York: Marcel Dekker; 2004.
- Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Substance Abuse. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005.
- Morral AR, McCaffry JP, Paddock SM. Reassessing the marijuana gateway effect. Addiction. 2002;97: 1493-504.
- Negrete JC. Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. Can J Psychiatry. 2003;48:14-21.
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. DGPNSD; 2005. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliaria 2005-2006. 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005-2006.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>
- Observatorio Europeo de Drogodependencias y Toxicomanías. Informe anual 2006. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de las Comunidades Europeas; 2006. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/Informe2006.pdf>
- Olivencia JJ, Cangas AJ, García JM. Tratamiento de los adictos a sustancias con trastornos de personalidad. V Congreso Virtual de Psiquiatría: Interpsiquis, Psiquiatría.com. 2004.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.. Madrid: Meditor; 1992.
- Peele, S. The meaning of addiction. San Francisco: Josey Bass; 1998.
- Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio G, editores. Tratado SET de los trastornos adictivos. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. JAMA. 1990;264:2511-8.
- Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo Domingo J, editores. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
- San L, coordinador. Consenso en patología dual. Sociedad Española de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2004.
- Santo Domingo J, editor. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica; 2000.
- Swartz MS, Wargner HR, Swanson JW, Stroup TS, et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. J Nerv Ment Dis. 2006;194:164-72.
- Szerman N, editor. Patología dual en esquizofrenia: opciones terapéuticas. Madrid: Editorial Glosa, SA. 2007
- Szerman N. Patología Dual. En: Álvarez E, editor. Actualización en esquizofrenia. Barcelona: SCM; 2003.
- Verdoux H, Tournier M, Cougnard A. Impact of substance use on the onset and course of early psychosis. Schizophr Res. 2005;79(1):69-75.
- Volkow N. Addiction and co-occurring mental disorders. NIDA Notes. 2007;21 (2):2.
- West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- Xie H, McHugo GJ, Helmstetter BS, Drake RE. Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. Schizophr Res. 2005;75(2-3):337-48.
- Direcciones de Internet: ver bibliografía del Capítulo 2.