



T rastornos por sustancias de abuso (y III): otras drogodependencias

J. AIZPURI DÍAZ, J. A. BARBADO ALONSO, P. J. CAÑONES GARZÓN, A. FERNÁNDEZ CAMACHO, F. GONÇALVES ESTELLA, J. J. RODRÍGUEZ SENDÍN, I. DE LA SERNA DE PEDRO, J. M. SOLLA CAMINO

Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG

Las evidencias sobre el uso, el abuso y la dependencia de diversas drogas son tan antiguas como la misma civilización y constituyen en nuestra cultura uno de los problemas de salud pública más graves.

Aunque epidemiológicamente las conductas adictivas legales (alcoholismo, tabaquismo, psicofármacos...) tienen una mayor relevancia, por su frecuencia y extensión, las ilegales suelen tener mayor repercusión social, sanitaria y jurídico-penal, y especial resonancia en los medios de comunicación social.

Los profesionales de Atención Primaria de salud, al ser el primer eslabón del sistema sanitario, se ven implicados en la toma de decisiones de todo lo que implica hábitos o estilos de vida que pueden presentar un riesgo para la salud, y que, en los usuarios de sustancias tóxicas, se extiende no sólo a los probables deterioros orgánicos derivados de las drogas o de su modo de administración, sino a la desestructuración personal y social que sufren.

Las alteraciones de conducta del drogadicto en el medio familiar y social crean un alto nivel de incompatibilidad con el entorno, motivan demandas urgentes de actuación (violencia, robos, deterioro de los procesos educativos), alteran las propias tramas de convivencia social y exigen soluciones inmediatas al problema. La afectación es mayor cuanto menor es el ámbito social circundante.

Toda esta presión recaerá directamente sobre el médico general y le obliga a conocer las reper-

cusiones de este fenómeno en su área de trabajo, las respuestas posibles que se pueden dar (educativas, preventivas...) y los recursos terapéuticos que ofrecen los servicios especializados, a los que tendrá que derivar a este tipo de pacientes en algún momento.

Debido a la intensidad del problema del consumo y a su explosión epidémica en los años ochenta, el Estado, los gobiernos autonómicos y algunas ONG han creado múltiples centros repletos de información, así como redes de asistencia y ayuda, más o menos operativas pero disponibles. No se puede decir que falta información, sólo hay que buscarla.

Muchos drogodependientes son incapaces de reconocer que tienen problemas con las drogas, convencidos de que mantienen el control suficiente sobre su consumo y especialmente cuando éste se emplea para las relaciones sociales. Constituye una clara dificultad para pedir ayuda. Si un médico adicto al tabaco o al alcohol no es consciente de su propio problema, ¿cómo vamos a pedir que lo sea un adolescente que fuma porros?

■ MODELOS DE LLEGADA

- De forma espontánea, por decisión propia, solo o con familiares, en demanda de ayuda médica para tratamiento, problemas somáticos, síndrome de abstinencia, problemas sociales... Hay ocasiones en que es una demanda instrumentalizada, destina-

■ TABLA I

Drogas cuya distribución fuera del sistema sanitario está perseguida por la vía penal

Sustancia	Nombre alternativo o comercial		
Opiáceos o sustancias relacionadas		Derivados de cannabis	
Heroína	Caballo	Marihuana	Hierba
Morfina	Cloruro mórfico		Grifa
	Andrómaco		
	Cloruro mórfico		Costo
	Braun		María
	Morfina Braun	Hachís	Chocolate
	Morfina Serra	Aceite de hachís	
	MST Continus	LSD	Tripi
	Sevedrol		Ácido
	Skenan		
Metadona	Metasedin	Derivados de la feniletilamina	
Buprenorfina	Buprex Prefin	Sulfatos de anfetamina	Anfeta
Dextropropoxifeno	Darvon		Speed
	Depranol		Centramina
Pentazocina	Pentazocina Fides	Anfepramona	Delgamer
	Sosegon	Clobenzorex	Finedal
Fentanilo	Durogesic	Femproporex	Retard
	Fentanest		Antiobes
Dihidrocodeína	Contugesic		Grasmin
Levoacetil-metadol	Laam		Tegjsec
	Orlam	D. Metanfetamina	Speed
Petidina	Meperidina		Tripi (en ocasiones)
	Dolantina	Hipnóticos y sedantes	
Tramadol	Adolonta	Alprazolam	Alprazolam Efarmes
	Tioner		Alprazolam Géminis
	Tradonal		Alprazolam Merck
	Tralgiol		Trankimazin
	Tramadol Asta	Triazolam	Halcion
		Flunitrazepam	Rohipnol
		Loracepam	Donix
Derivados de la cocaína			Idalprem
Clorhidrato de cocaína	Nieve		Lorazepam Medical
	Perico		Orfidal Wyeth
	Speedball (junto con heroína)		Placinal
Fenetilaminas de anillo sustituido			Sedizepan
MDA	Píldora del amor		
MDMA	Éxtasis	Clorazepato dipotásico	Nansius
MDEA	Eva		Tranxilium

da a obtener lo que quiere: medicación (principalmente psicofármacos), justificar ausencias del trabajo, documentos para juicios pendientes...

- Los padres o familiares cercanos son los que demandan ayuda porque no saben cómo convencer a su hijo, hermano o nieto con problemas por el consumo de sustancias tóxicas para que comience tratamiento.

- Remitidos por los centros de salud mental o unidades de dependencias para exploraciones somáticas, analíticas o de seguimiento de procesos crónicos (VIH, hepatitis...), o por responsables laborales, o por el aparato legal o judicial, donde se suele interconectar la vertiente asistencial y la derivada de los problemas sociales de la drogadicción.

■ **EPIDEMIOLOGÍA**

En estos momentos las sustancias tóxicas son claves para la relación interpersonal, en especial en el caso de muchos jóvenes: actúan como estímulo de la sociabilidad, ya sea como depresores, desinhibidores o estimulantes. A esto se une una escasa conciencia social de la realidad de sus efectos y una cierta tolerancia por parte de los adultos con respecto a su consumo (Tabla I).

Hipnóticos y sedantes

A pesar de requerir receta médica, tienen un consumo extendido y problemático sobre todo en ancianos y mujeres de edad media. La prescripción



continua por parte del médico de benzodiazepinas con alto nivel de dependencia ha creado adicción y drogadicción en parte importante del colectivo asistencial. Todo consumo de benzodiazepinas a partir de las cuatro semanas debe considerarse potencialmente problemático e incluirse en una estrategia de cese de tratamiento en plazo breve.

El esfuerzo que supone el control de la prescripción de benzodiazepinas y su reducción recae directamente en la mayoría de los casos en el médico de Atención Primaria. La mala prescripción de benzodiazepinas reduce la calidad de vida y las posibilidades de tratamiento eficaz cuando se llega a edades en que el insomnio, la ansiedad y el dolor afectan gravemente y necesitan toda la ayuda posible: para entonces se han desarrollado alteraciones cognitivas, elevada tolerancia y problemas de abstinencia.

Opiáceos

Se ha disminuido su consumo y se ha modificado su vía de administración (mayoritariamente no parenteral). La intensa y rápida mortalidad que supone y su interrelación con el SIDA han cambiado totalmente el panorama de los años ochenta.

Cocaína

La cocaína tiene un mayor número de usuarios que la heroína y suele presentar dos patrones de consumo:

- Esporádico, en cantidades moderadas, generalmente intranasal (mayoritario).
- El que se da entre consumidores de heroína, generalmente por vía intravenosa o fumada (minoritario).

Se asocia al ocio de un determinado estilo de vida, sin una clara conciencia de sus repercusiones sobre la salud y su capacidad adictiva. Lo mismo ocurre con otros psicoestimulantes (anfetaminas, *speed*, *éxtasis* y similares).

Las ofertas, la moda y un tipo de vida nocturna (*movida*), en las que España destaca, ha motivado que el consumo de cocaína se dispare: en la actualidad, junto con el alcohol, es la droga de mayor consumo y plantea un grave problema social. Es la más utilizada por una población trabajadora de élite, que habitualmente tiene una disponibilidad económica suficiente.

El período inicial de *coqueteo* es largo; se em-

pieza a tomar de forma esporádica (fines de semana, alguna noche especial) y se tiene la sensación de que se mantiene el control. No obstante, si la frecuencia de consumo se incrementa (mayor actividad nocturna, posibilidades de conseguir cierta cantidad y tenerla a disposición a todas horas, mezcla con altas cantidades de alcohol), se genera un deterioro orgánico rápido y grave, con afectación cardíaca o accidente cerebrovascular (principal causa de los ingresos urgentes y, sobre todo, del desastre económico y matrimonial). Actualmente la cocaína está casi siempre detrás del cierre de pequeñas empresas exitosas, o de conductas absurdas, o de problemas económicos incomprensibles. La evolución es tan rápida que la catástrofe es la norma: trabajadores o empresarios dinámicos y exitosos, que hasta entonces llevaban una vida responsable, empeñados en múltiples iniciativas, cuyo inesperado deterioro no permite la capacidad de reacción suficiente para atajar el desastre. Últimamente se ven afectados conductores de grandes camiones, sobre todo de las rutas fruterías y de pescado, por ser zonas con amplia oferta de venta de cocaína, pues enlazan puertos y zonas de consumo de España con Amsterdam, Amberes, Hamburgo, Bremenhaven... Las bases de distribución son Galicia y Valencia.

Cannabis

Es la droga ilegal de consumo más extendido. Se han minimizado peligrosamente sus consecuencias, sobre todo entre adolescentes, en pleno proceso de maduración cerebral y de personalidad.

La intensa presión y las campañas de información y concienciación acerca de los perjuicios del consumo de tabaco contrastan con la inhibición política alrededor del cannabis; incluso, algunos partidos de izquierda sugieren facilitar su consumo, por lo que son mejor recibidos por el colectivo juvenil, más o menos *progre*. El resultado es que un adolescente sabe mucho más sobre el tabaco y sus problemas que lo que conoce del cannabis; puede que hasta esté convencido de su más que probable legalización y de que cura el cáncer, a pesar de que acude a consulta como consecuencia de su fracaso escolar relacionado con el consumo de cannabis.

Sustancias de síntesis

Los usuarios de estas sustancias (MDMA, MDA,

DOM) suelen tener unas características comunes: jóvenes de conducta normal, que se relacionan de forma integrada con su entorno social habitual. Su consumo se centra sobre todo en espacios y tiempos de diversión (discotecas o bares y durante los fines semana o en ocasiones especiales), como ocurre con el consumo abusivo de alcohol.

Policonsumo

Es la realidad cotidiana. En algunos casos, se utilizan simultáneamente múltiples drogas de manera habitual; en otros, existe una *droga de elección* y las demás sustancias la sustituyen cuando no se dispone de ella.

Las combinaciones de drogas más frecuentes son el cannabis, la cocaína y/o los derivados anfetamínicos, junto con alcohol y/o benzodiacepinas y tabaco.

Todo policonsumo se agrava por la edad (adolescente o edad productiva) y se relaciona con la alimentación, descenso de actividad física y disminución de intereses culturales; también repercute directamente en la economía y la dinámica familiar y social (problemas laborales, accidentes o sanciones de tráfico...).

El incremento del consumo de drogas, como consecuencia de modas, conlleva implicaciones sociales difíciles de contrarrestar, a no ser a base de ingentes recursos económicos y profesionales y muchos años de constancia.

En cualquier caso, no debemos olvidar que la epidemia de la adicción a las drogas pervive gracias a que existe una fuerte estructura económica alrededor de su producción y distribución.

■ FACTORES A CONSIDERAR EN DROGODEPENDENCIAS

La Organización Mundial de la Salud las define como "un estado psíquico, a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas comportamentales que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga de forma continuada y periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar las molestias de su ausencia".

En las clasificaciones diagnósticas vigentes DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) y

CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992), los trastornos relacionados se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias.

Dependencia de sustancias

Consiste en un grupo de síntomas, cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a sufrir la abstinencia y a una administración compulsiva de la sustancia.

Según sus características, una droga siempre genera dependencia, que será mayor o menor en lo físico o psíquico según sus peculiaridades químicas y la cantidad consumida.

La dependencia psicológica genera una situación en la que existe sentimiento de satisfacción e impulso psíquico, que exigen la administración regular de la droga para producir placer o evitar el malestar.

La dependencia física hace que el organismo vivo necesite realmente la presencia de la droga para mantener su homeostasis.

Las dosis de alcohol, tabaco, heroína y cocaína, por ejemplo, se miden en gramos o litros; los efectos psicoactivos del LSD o del cannabis se producen con microgramos o miligramos, lo que indica una mayor potencia psicoactiva. Para desarrollar un cuadro de dependencia física la exposición del organismo al consumo de droga debe alcanzar un nivel suficiente para que el sistema enzimático sea capaz de adaptarse metabólicamente y crear dependencia. No sólo debe valorarse la capacidad de creación de dependencia física, también su potencia psicoactiva, que no suele ser proporcional a la anterior.

Para el DSM-IV el diagnóstico de dependencia de sustancias necesita, al menos, la presencia de tres síntomas de una lista de siete en algún momento de un período continuado de doce meses (Tabla II).

El diagnóstico de abuso de sustancias se refiere a comportamientos desadaptativos de consumo de sustancias, manifestados por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias que no han cumplido los criterios para la dependencia. Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de doce meses (Tabla III).



■ TABLA II

Criterios DSM-IV para el diagnóstico de dependencia de sustancias

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada 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 interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debida al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando 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 (consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Hay que especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (si se cumple cualquiera de los puntos 1 ó 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (si no se cumplen los puntos 1 ó 2).

Las personas que abusan de sustancias conservan un cierto control sobre su consumo. Obviamente, el individuo que usa de ellas corre el riesgo de desarrollar dependencia. A veces, la línea entre el abuso y la dependencia está poco clara. No obstante, ambos problemas justifican el tratamiento.

El DSM-IV reconoce, además, doce clases de sustancias (Tabla IV). Detalla también las características diagnósticas de los trastornos inducidos por sustancias; entre ellos se encuentran la intoxicación, la abstinencia, el delirium por intoxicación, el delirium por abstinencia, la demencia, los trastornos amnésicos, los trastornos psicóticos, los trastornos del estado

de ánimo, los trastornos de ansiedad, las disfunciones sexuales y los trastornos de sueño.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son similares, pero no idénticos, a los del DSM-IV.

En resumen:

- Droga es toda sustancia química que altera la conciencia y que es consumida para experimentar sus efectos; existe un componente voluntario en la acción: la persona va hacia el tóxico.
- Intoxicación es la alteración de la conciencia producida por un tóxico; es una consecuencia involuntaria: el tóxico va hacia la persona.

■ TABLA III

Criterios DSM-IV para el abuso de sustancias

- Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
 - Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el consumo de sustancias; descuido de los niños o de las tareas domésticas).
 - Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 - Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 - 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 (discusiones conyugales, peleas...).
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia (incluyendo los períodos de remisión).

■ TABLA IV

Trastornos relacionados con sustancias en el DSM-IV

- Trastornos relacionados con el alcohol.
- Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar).
- Trastornos relacionados con cafeína.
- Trastornos relacionados con cannabis.
- Trastornos relacionados con cocaína.
- Trastornos relacionados con alucinógenos.
- Trastornos relacionados con inhalantes.
- Trastornos relacionados con nicotina.
- Trastornos relacionados con opiáceos.
- Trastornos relacionados con fenilciclidina (o sustancias de acción similar).
- Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Trastornos relacionados con policonsumo.
- Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas).

Son importantes estas definiciones, ya que un menor que consume una droga siempre se estará intoxicando: no se droga, pues por ser menor no existe voluntad. Una persona toma benzodiazepinas y tiene una alteración de conducta: se está intoxicando si han sido prescritas por su médico; se está drogando si las toma voluntariamente para conseguir un efecto placentero (Tablas V, VI y VII).

Todas las drogas, legalizadas o no, actúan a través de modificaciones en la neurotransmisión cerebral y ocasionan cambios estructurales en el sistema nervioso central. Hay algunos sustratos neuroquímicos y neuroanatómicos comunes a todas las adicciones. El circuito principal de recompensa cerebral parece ser la vía dopaminérgica, que, partiendo del área tegmental ventral, llega al núcleo *accumbens* a través del haz prosencefálico medial y de ahí a la corteza prefrontal.

El alcohol y el THC actúan como sustancias de-

presoras rápidas, ya que su dilución en las membranas neuronales retrasa la descarga eléctrica celular por ser malos conductores de la electricidad. Esto hace que el nivel más superior de la conciencia y las estructuras más periféricas (lóbulo frontal y su corteza) dejen de funcionar o disminuyan su capacidad de respuesta, lo que libera estructuras instintivas más profundas (lóbulo temporal, sobre el que la corteza frontal actúa de freno) y hace que aparezcan rasgos de la personalidad y conductas que se encuentran controladas.

El café actúa directamente, igual que las anfetaminas, vaciando los depósitos de neurotransmisores estimulantes (catecolaminas y los aminoácidos interrelacionados: glutámico, tirosina, taurina, ácido aspártico, cisteína, fosfoetanolamida...).

A diferencia de las satisfacciones naturales, las sustancias actúan directamente sobre las neuronas que liberan dopamina, una acción que se prolonga

■ TABLA V

Manifestaciones de la intoxicación por estimulantes

Subjetivas y conductuales

- Euforia
- Sensación de bienestar
- Inquietud
- Anorexia
- Aumento de la libido (especialmente en las mujeres)
- Insomnio
- Agitación psicomotriz
- Continuo moverse (a veces movimientos estereotipados)
- Locuacidad

Vegetativas

- Midriasis
- Taquicardia
- Hipertensión arterial
- Sudoración y escalofríos
- Náuseas y vómitos



■ TABLA VI

Manifestaciones de la intoxicación por cannabis

Afectivas y motivacionales

Euforia
 Sensación de relajación
 Sedación y sueño*
 Reducción de la disposición al esfuerzo
 Desinhibición del impulso
 Tendencia a la risa
 Aumento del apetito y de la sed
 Aumento de la libido

Perceptivas

Intensificación sensorial auditiva
 Distorsión en la percepción tiempo y distancia
 Ilusiones y alucinaciones (con dosis altas)

Vegetativas

Midriasis
 Inyección conjuntival*
 Taquicardia*
 Disminución del tiempo de esfuerzo previo al angor*
 Broncodilatación
 Sequedad de boca

Cognitivas y psicomotoras

Reducción de la memoria a corto plazo
 Retardo del aprendizaje
 Bloqueo y disociación del pensamiento
 Alteración de la coordinación psicomotriz

*Efectos para los que no se desarrolla tolerancia.

durante muchos minutos. Esa elevación artificial de dopamina hace que todos los elementos ambientales y todas las sensaciones físicas, sin discriminación, se asocien a satisfacción. Con ello, el anhelo de sustancia se mantiene, ya que se produce un estímulo ambiental condicionado.

El consumo continuado produce tolerancia, fruto de la capacidad adaptativa de nuestro organismo: es la necesidad de una dosis superior de sustancia para conseguir el mismo efecto.

El síndrome de abstinencia aparece al interrumpir el consumo de algunas sustancias. Se debe a la pérdida temporal de la homeostasis que el cerebro consigue con la sustancia. El malestar producido por la absti-

nencia hace que abandonar el uso de sustancias sea muy difícil y, a veces, incluso peligroso (Tabla VIII).

La repercusión del consumo de las sustancias vendrá determinada por la edad de inicio, la frecuencia y cantidad de consumo, la mezcla de sustancias y su potencia psicoactiva, la vía de administración y nocividad de la sustancia, unidas a factores personales, como la genética, características físicas, salud y psicopatología del individuo (Tabla IX). Cuanto mayo-

■ TABLA VII

Manifestaciones de la intoxicación por opiáceos

Subjetivas y conductuales

Sensación corporal placentera
 Euforia y sentimiento de bienestar (a veces disforia: ansiedad y miedo)
 Anorexia
 Reducción de la libido
 Apatía
 Somnolencia
 Dificultad de concentración
 Entecimiento psicomotor

Vegetativas

Miosis
 Bradicardia
 Hipotensión arterial
 Depresión respiratoria
 Hipotermia
 Náuseas y vómitos
 Estreñimiento
 Impotencia sexual

■ TABLA VIII

Manifestaciones del síndrome de abstinencia de opiáceos

Subjetivas y conductuales

Intensa ansia de droga: "craving"
 Inquietud
 Irritabilidad
 Insomnio
 Astenia
 Anorexia
 Actitud exigente y manipuladora

Vegetativas

Piloerección
 Midriasis
 Bostezos
 Sudoración
 Rinorrea
 Lagrimeo
 Sacudidas musculares
 Náuseas y vómitos
 Hipertensión arterial
 Taquipnea
 Diarrea
 Espasmos abdominales
 Priapismo

■ TABLA IX

Modos de administración de las diferentes drogas

Droga	Modo de administración
Depresores del sistema nervioso	
Opiáceos (morfina, heroína, codeína y específicos como Sosegón, Tilitrate, Dolantina)	IV, IM, fumada, oral, parches transdérmicos
Alcohol (bebidas alcohólicas, fermentadas y destiladas)	Oral
Hipnóticos y sedantes (barbitúricos)	Oral, IM
Tranquilizantes menores (benzodiazepinas)	Oral
Disolventes y pegamentos	IV, IM Inhalación
Estimulantes del sistema nervioso	
Anfetaminas y anorexígenos	Oral, IV
Cocaína	Esnifada, fumada, IV Masticación
Xantinas (café, té, bebidas de cola)	Oral
Psicodislépticos	
Derivados del cannabis (marihuana, hachís)	Fumada
Alucinógenos psicodislépticos (mescalina, LSD)	Oral
Tabaco	Fumada

res sean las conductas facilitadoras en el ámbito familiar y social, mayor será la magnitud del problema.

■ DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

Es aconsejable realizar una historia clínica lo más estructurada posible, en la que, además de los antecedentes personales y familiares, analicemos la historia de consumo de sustancias tanto legales como ilegales, los signos y síntomas (consecuencia evidente de la repercusión del consumo), las alteraciones de alimentación, los ritmos biológicos, los hábitos sociales, otras conductas adictivas (ludopatía, cleptomanía...), la adaptación escolar o laboral, las relaciones con compañeros, las aficiones y los problemas económicos o legales.

Hay que tener presente que muchos consumidores no tienen conciencia clara de cuánto toman realmente, sin perder de vista los que intentan minimizar los consumos y los que intentan engañar. Entre los expertos se dice: "en el alcohólico piensa mal y te quedarás corto; en el caso de los consumidores

de otras drogas ni pienses". Esto nos indica las enormes dificultades de exploración que presentan estos enfermos.

Las drogodependencias no están cubiertas por los seguros privados, por lo que estos pacientes aparecerán etiquetados de estrés, ansiedad, depresión, angina de pecho, pseudoictus, pérdida de conciencia... La típica imagen del heroinómano no es más que algo residual: del abogado de éxito que veranea en el pueblo al joven *punky* hay una enorme distancia, pero en caso de urgencia es más que probable que cocaína y/o alcohol estén implicados en cualquiera de los dos.

Se debe llevar a cabo un examen físico y las pruebas diagnósticas que consideremos oportunas, teniendo en cuenta el riesgo de enfermedades infecciosas (enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis, VIH...).

La valoración del estado mental puede poner de manifiesto trastornos cognitivos, fenómenos alucinatorios transitorios o persistentes, trastornos afectivos y de estado de ánimo e ideación o comportamiento paranoide, suicida o violento. También puede poner de



relieve trastornos psíquicos añadidos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor, los trastornos de ansiedad o los trastornos de la personalidad. Existe una total confusión en este tema y se discute si el prepsicótico cuando fuma THC hace una psicosis o la psicosis es generada por el THC.

Siempre que sea posible, la evaluación debe incluir una entrevista con los miembros de la familia u otras personas que conozcan y tengan contacto con el paciente. En realidad, casi siempre es la familia la que lleva al enfermo, porque precisamente la conducta desadaptativa se refleja en primer lugar en el medio familiar. En los jóvenes, y últimamente en las crisis matrimoniales, se descubre el consumo de drogas bastante tiempo después de que se haya perturbado el medio: toda transgresión de las normas de vida, si es continua, exige una historia, exploración y diagnóstico de posible consumo de drogas. Los miembros de la familia adoptarán diversas actitudes:

- Mostrarse ansiosos y desconcertados por la noticia: se niegan a creer lo que ocurre y no saben cómo actuar.
- Desculpabilizan la conducta en caso de haber sentimientos de fracaso (espontáneos o inducidos y aprovechados por el paciente): "Es buena persona, pero son los de su cuadrilla los que le han liado".
- Intentan delegar todo en el médico y buscan que se les dé la "receta", la "solución" en un minuto; se niegan a poner nada de su parte. A veces son hostiles con todo: "Todos tienen la culpa" (la sociedad, la política...) y lo descargarán con el médico, que suele ser el primero que les escucha. Otras veces, por cierto, la familia tiene bastante razón, ya que han acudido a otros recursos de la comunidad que no sólo son inexpertos sino la antítesis de la eficacia y el sentido común.

Conviene tener en cuenta que el mecanismo de negación del drogodependiente es una constante. Por ello, si es posible, en la evaluación y en el seguimiento debemos realizar controles de detección de sustancias en orina.

■ ABORDAJE ASISTENCIAL

Las características de las drogodependencias impiden que se pueda realizar prácticamente un programa de desintoxicación y abordaje integral en un medio con poco tiempo y recursos. Por muy buena

voluntad que se tenga, intentar hacerlo llevará a la frustración y al fracaso casi siempre. Por todo ello, una vez hecho el diagnóstico y comprobado el consumo, el drogodependiente debe ser puesto en manos del equipo y programa de tratamiento que se tenga a mano.

Es necesario conocer la calidad de los recursos de nuestra zona (si se atienden las urgencias, si hay camas para ingreso, qué programas de rehabilitación tienen...). La eficacia se mide por la capacidad de desconectar al individuo de la droga y por el sentido común.

Al enfrentarnos a un problema de drogas no hay que olvidar que el daño producido por el uso de sustancias se une al generado por las alteraciones de los ritmos biológicos, alimentación, capacidad cognoscitiva y desarrollo psicológico que el individuo sufre, lo que nos sitúa frente a un síndrome global de deterioro.

Desde un abordaje psicoeducativo podemos analizar la etiología y curso del trastorno, los mitos y tópicos que el paciente tiene acerca de la sustancia, la necesidad de evitarla, el riesgo de un cambio de adicción, la identificación de los factores desencadenantes de las recaídas, los tratamientos existentes y el papel de la familia.

El seguimiento necesariamente será prolongado en el tiempo. Se utilizará tratamiento psicofarmacológico necesario y recursos psicoterapéuticos como comunidades terapéuticas, terapias individuales, terapias familiares, terapias de grupo, terapias psicoeducativas o técnicas de prevención de recaída.

En los programas libres de drogas, el tratamiento habitual incluye una fase de desintoxicación, seguida de una de rehabilitación en la que se intenta promover cambios de conducta permanentes que logren la abstinencia y faciliten la posterior reinserción.

Los tratamientos pueden hacerse de forma ambulatoria; la hospitalización está indicada para algunas desintoxicaciones y en los casos en que existan patologías médicas o psiquiátricas graves.

Otro aspecto que puede también encontrar el médico general son los trastornos somáticos o psíquicos que un problema de drogodependencia provoca en las personas que conviven con el adicto, a veces una auténtica *enfermedad familiar*: insomnio, ansiedad, depresión y estrés más o menos somatizado.

Durante los últimos años, y en especial por la magnitud del fenómeno del SIDA, han surgido dife-

rentes estrategias de intervención, agrupadas en los llamados programas de *reducción de riesgo*, como los de metadona. Son acciones sociosanitarias individuales y colectivas cuyos objetivos son cambiar hábitos y conductas para:

- Reducir la morbilidad y la mortalidad.
- Prevenir las enfermedades transmisibles.
- Mejorar la calidad de vida.
- Incrementar la accesibilidad y el contacto entre las redes asistenciales y los drogodependientes pa-

ra minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas.

Hay experiencias ya en marcha, como los programas de mantenimiento con metadona, o la de Suiza de dispensación de heroína, programas de intercambio y distribución de jeringuillas, de promoción de sexo seguro, de atención sociosanitaria urgente, programas psicoeducativos de salud... Estos programas pueden convertirse en el paso previo a otras estrategias que permitan la rehabilitación de una drogodependencia.

■ BIBLIOGRAFÍA

– Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, Serna de Pedro I, Solla Camino JM: "Habilidades en Salud Mental (II): alteraciones psíquicas a lo largo de la vida". Sociedad Española de Medicina General. Madrid, 1998.

– American Psychiatric Association: "Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por

consumo de sustancias". Edika Med. Barcelona, 1997.

– American Psychiatry Association: "DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Masson. Barcelona, 1995.

– Galanter M, Kleber HD: "Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press". Masson. Barcelona, 1997.

– Marcos Frías JF: "Consideraciones generales en el abordaje de las drogodependencias". En: Abeijón JA, Alarcón A, Álvarez I, Caballero L, García JM, Montero M, Ogando J, Pérez de los Cobos J, Santis R, Sopolana P (Eds): "Drogas y atención primaria". Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2000.

– Karch SB: "Drug Abuse Handbook". Editor in Chief. San Francisco, 1998.