

Adicciones a sustancias

Conceptos básicos



Schuckit (2000). Entenderemos por droga de abuso «cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral».

El DSM-5 agrupa las drogas en diez clases: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (con categorías independientes para la fencididina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancias tipo amfetamina, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

- **Trastornos por consumo de sustancias.** Considera los tipos de drogas y los criterios diagnósticos para cada una de ellas (p. ej., tolerancia, síndrome de abstinencia, consecuencias físicas y psicológicas por su consumo, etc.).
- **Trastornos inducidos por consumo de sustancias.** Considera la intoxicación, la abstinencia, los trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, de sueño, disfunciones sexuales, delirium y trastornos neurocognitivos.

Diagnóstico

Se caracterizan porque todas las sustancias o conductas adictivas (juego) producen una activación directa del sistema de recompensa cerebral, lo que lleva a que las actividades cotidianas pueden ser descuidadas. El DSM-5 distingue: **Trastornos relacionados con sustancias. Trastorno de juego.**

Características clínicas de las distintas drogas

Droga	Alcohol	Cafeína	Cannabis	Alucinógenos	Inhalantes	Opiáceos	Sedantes	Hipnóticos	Ansiolíticos	Estimulantes	Tabaco	Otras sustancias
Dependencia	Alta	Baja	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Abstinencia	Alta	Baja	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Intoxicación	Alta	Baja	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
Comorbilidad	Alta	Baja	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta

Etiología



Trastornos por consumo de sustancias (TCS)

Trastorno	Criterios
Alcohol	...
Cafeína	...
Cannabis	...
Alucinógenos	...
Inhalantes	...
Opiáceos	...
Sedantes	...
Hipnóticos	...
Ansiolíticos	...
Estimulantes	...
Tabaco	...
Otras sustancias	...

Los trastornos inducidos por sustancias

Trastorno	Criterios
Intoxicación	...
Abstinencia	...
Trastornos psicóticos	...
Trastornos bipolares	...
Trastornos depresivos	...
Trastornos de ansiedad	...
Trastornos obsesivo-compulsivos	...
Trastornos de sueño	...
Trastornos sexuales	...
Delirium	...
Trastornos neurocognitivos	...

Comorbilidad

Trastorno	Comorbilidad
Alcohol	...
Cafeína	...
Cannabis	...
Alucinógenos	...
Inhalantes	...
Opiáceos	...
Sedantes	...
Hipnóticos	...
Ansiolíticos	...
Estimulantes	...
Tabaco	...
Otras sustancias	...

Intoxicación



El DSM-5 define la intoxicación por sustancias como un estado de alteración de la conciencia, el comportamiento o el funcionamiento que resulta de la ingestión de una sustancia psicoactiva.

Vía de administración



El DSM-5 define la vía de administración como el método utilizado para introducir una sustancia psicoactiva en el cuerpo.

Uso, abuso y dependencia vs. nivel de gravedad



El DSM-5 define el uso, abuso y dependencia como niveles de gravedad de la adicción.

Síndrome de abstinencia



El DSM-5 define el síndrome de abstinencia como un conjunto de síntomas que aparecen al dejar de consumir una sustancia psicoactiva.

Potencia de la droga y duración de su efecto



El DSM-5 define la potencia de la droga y la duración de su efecto como factores que influyen en la adicción.

Tolerancia



El DSM-5 define la tolerancia como la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de una sustancia psicoactiva para lograr el mismo efecto.

Escalada en el consumo



El DSM-5 define la escalada en el consumo como el aumento progresivo de la cantidad de una sustancia psicoactiva consumida.

Craving



El DSM-5 define el craving como un deseo intenso de consumir una sustancia psicoactiva.

Poliadicción y poliadicción



El DSM-5 define la poliadicción y la poliadicción como el consumo simultáneo de múltiples sustancias psicoactivas.



Schuckit (2000). Entenderemos por droga de abuso «cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral».

El DSM-5 agrupa las drogas en diez clases: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

- **Trastornos por consumo de sustancias.** Considera los tipos de drogas y los criterios diagnósticos para cada una de ellas (p. ej., tolerancia, síndrome de abstinencia, consecuencias físicas y psicológicas por su consumo, etc.).
- **Trastornos inducidos por consumo de sustancias.** Considera la intoxicación, la abstinencia, los trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, obsesivo-compulsivos, de sueño, disfunciones sexuales, delirium y trastornos neurocognitivos.



Intoxicación

1

La **intoxicación** es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas. Los síntomas van más allá de la mera intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. Se diferencia la intoxicación aguda de la crónica. La aguda ocurre a corto plazo, a veces es puntual. La crónica es cuando es continuada en el tiempo.

Síndrome de abstinencia



2

El **síndrome de abstinencia** de una sustancia produce cambios significativos y problemáticos, que se aprecian a nivel fisiológico, del comportamiento y cognitivo, cuando la persona deja de consumirla o reduce de modo significativo su consumo. Al encontrarse mal la persona, al faltarle la droga, lo más probable es que vuelva a consumirla para encontrarse bien. Así reduce esos síntomas. Esto puede ocurrir en unas horas o en unos días. Produce un malestar clínicamente significativo o un deterioro importante en la vida social y laboral del individuo que hace que vuelva a consumir la sustancia, pedir ayuda terapéutica, o realizar conductas que hasta ese momento no había hecho (p. ej. dejar el trabajo para consumir, para conseguir la sustancia, prostituirse, tomar otras sustancias sustitutivas, etc.).

Tolerancia

3

• **Tolerancia innata:** Hay una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde la primera administración. Esto facilita adquirir la dependencia temprana.

• **Tolerancia adquirida.** Tres tipos clásicos de tolerancia:

- **Tolerancia farmacodinámica.** Se produce cuando la respuesta del organismo a la sustancia que entra en él reduce su potencia con el uso repetido. Así, los receptores responden con cambios químicos para mantener la homeostasis. De ahí que la persona tiene que incrementar la dosis para lograr el efecto que tenía en las primeras pruebas de la droga porque la respuesta a la droga es menor.
- **Tolerancia farmacocinética (o metabólica).** Tiene que ver con mecanismos del propio cuerpo como absorción, distribución, metabolismo y eliminación de la droga, lo que va a marcar diferencias de unos a otros individuos ya que la potencia, efectos secundarios y duración de su efecto varía de unas a otras personas. El mecanismo más frecuente es la inducción enzimática que provoca la propia sustancia, al aumentar la síntesis de enzimas microsomales hepáticas. Esta inducción enzimática, si no se originan metabolitos activos, reduce la biodisponibilidad y la eficacia de la sustancia.
- **Tolerancia conductual (o condicionada).** Se refiere al efecto que tiene la sustancia en un individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la droga. En ello influyen además las expectativas o el estado de ánimo, que pueden cambiar la intensidad de los efectos. Por tanto, la misma se produce por aprendizaje (condicionamiento clásico u operante), a través de la asociación del consumo de la droga con ciertos estímulos o contextos ambientales. Esto lleva a que el efecto de la droga puede depender más del contexto («señales» como olores, preparación de la droga, jeringuilla, etc.) que de la propia sustancia. Esto explica cuadros de intoxicación aguda (sobredosis) en adictos que consumen la droga fuera de su contexto habitual.

• **Tolerancia aguda.** Es la que ocurre precozmente con la administración repetida de una droga con motivo de un acontecimiento determinado (p. ej. el consumo de cocaína intenso al inicio de una fiesta).

• **Tolerancia invertida.** Es la propiedad que tienen algunas drogas de producir los mismos efectos, pero con dosis bajas (p. ej. en alcohólicos por su hepatopatía)

• **Tolerancia cruzada o recíproca.** Ocurre cuando la persona que tiene tolerancia a una droga también se hace tolerante a los efectos de otra que tiene una acción semejante (p. ej., la heroína tiene dependencia cruzada con los fármacos opiáceos, como la morfina; el consumo intensivo de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos).

El fenómeno de la **dependencia cruzada**, se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra. Por ejemplo, la metadona puede suprimir el síndrome de la abstinencia de la heroína y los tranquilizantes, el del alcohol. De hecho, la mayoría de los métodos de desintoxicación se basan en el fenómeno de la tolerancia cruzada. Relacionado con la tolerancia y el síndrome de abstinencia está el de neuroadaptación.

Craving



4

El **craving** se caracteriza por un deseo intenso de consumir una sustancia que, si no se realiza, produce un poderoso sufrimiento físico y/o mental. El craving varía en intensidad. Puede ser breve o mantenerse durante tiempo. Puede aparecer puntualmente o de forma recurrente. Padecerlo es una causa frecuente de la recaída. El **DSM-5** ha incluido el craving como uno de los criterios diagnósticos del trastorno relacionado con sustancias. Sin embargo, no hay un completo acuerdo de que ello sea un criterio básico en todas las drogas.

Vía de administración



5

- 1.Oral. En forma de ingestión, mascado o sublingual.
- 2.Pulmonar, inhalada y/o fumada. Nasal (esnifada).
- 3.Intravenosa.
- 4.Intramuscular o subcutánea.
- 5.Rectal.

Las que llegan antes al torrente sanguíneo (intravenosa, fumada, intranasal, esnifada) son las que producen una intoxicación inmediata. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del consumo al abuso y, finalmente, a la dependencia. Lo vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína por los problemas de salud asociados.

Potencia de la droga y duración de su efecto



6

No es lo mismo tomar una bebida de 3 o 5 grados de alcohol que otra de 40 grados. Ni es lo mismo tomar delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), la sustancia psicoactiva más importante del cannabis, con 3 o 10% de THC, ni tomar cocaína con un 70% de pureza que con un 30%.

No solo hay que considerar el consumo según la dosis, sino también según su pureza para así conocer la potencia que tiene esa droga cuando el individuo la ingiere. Relacionada con la potencia de una droga está la **duración de sus efectos**.

Las de acción corta producen su efecto en poco tiempo, con un desarrollo rápido de la abstinencia. Cuando el efecto es de acción larga, hay menores efectos de la abstinencia y menor intensidad del síndrome de abstinencia.

Escalada en el consumo



7

Para el **DSM-5** el curso del trastorno tiene varias especificaciones para la remisión, dependiendo de cada sustancia. Se diferencia la remisión inicial de la remisión continuada. También debemos especificar si está en un entorno controlado (p. ej., hospital, comunidad terapéutica, centro asistencial) en donde tiene un acceso restringido a la sustancia, o en un entorno controlado (p. ej., hospital o comunidad terapéutica).

- La **remisión inicial** se aplica después de haberse cumplido previamente los criterios del trastorno pero desde hace al menos tres meses, y menos de doce meses, no los cumple, con la excepción del craving en muchas sustancias.
- La **remisión continuada** es cuando, como en el caso anterior, supera ya los doce meses sin consumir la sustancia, aunque puede seguir teniendo craving.

Politoxicomanía y poliadicción



8

Se habla de **politoxicomanía, poliadicción o consumo de sustancias múltiples** cuando una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia psicoactiva presenta al mismo tiempo dependencia de otra u otras sustancias. Por ejemplo, el consumidor de heroína que consume cocaína cuando escasea la primera o, el consumidor de cocaína, que toma con frecuencia alcohol o ansiolíticos para contrarrestar el efecto de la ansiedad.

Uso, abuso y dependencia vs. nivel de gravedad



9

El **DSM-5** distingue el nivel de gravedad (leve, moderado o grave). Esto es, en función del número de síntomas que tiene la persona, la gravedad del trastorno puede ser leve (2-3 síntomas), moderado (4-5 síntomas) o grave (6 o más síntomas). En la práctica, esto acarrea problemas al homogeneizar por igual al efecto de todas las drogas con el mismo nivel de gravedad.

Trastornos por consumo de sustancias (TCS)

De modo general, los TCS se caracterizan por un patrón problemático de consumo de la sustancia que lleva a un perjuicio o malestar clínicamente significativo, manifestado por **al menos dos de los once síntomas** que definen este trastorno, a lo largo de un periodo de doce meses:

1. Se consume a menudo la sustancia en mayor cantidad o durante un periodo de tiempo mayor que el esperado.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de dejar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Tiene craving, o un fuerte deseo o urgencia de consumir la sustancia.
5. Hace un consumo recurrente de la sustancia que le lleva a un fracaso para cumplir con las principales obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
6. Continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener de modo persistente o recurrente problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la misma.
7. Deja de hacer o reduce importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
8. El consumo de la sustancia es recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Continúa con el consumo de la sustancia a pesar de conocer que tiene un persistente o recurrente problema físico o psicológico que es probablemente causado o exacerbado por la misma.
10. Tolerancia, definida de uno de estos dos modos:
 1. La necesidad de incrementar de modo importante la cantidad de sustancia consumida para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
 2. Una marcada disminución del efecto con el uso continuo de la misma cantidad de sustancia.
11. Síntoma de abstinencia, manifestado por uno de los siguientes:
 1. Los característicos del síndrome de abstinencia para esa sustancia.
 2. La sustancia (o una sustancia similar, como las benzodiazepinas en el caso del alcohol) se toma para aliviar o evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Además, el DSM-5 considera que se debe especificar:

- Si el trastorno está **en remisión inicial** (cuando no cumple los criterios del mismo en un mínimo de tres meses y menos de doce).
- Si el trastorno está **en remisión continuada** (cuando no cumple los criterios durante doce meses o más).
- Si la persona está en un **entorno controlado**, que es cuando tiene en ese ambiente restringido el acceso a la sustancia (p. ej., en una unidad hospitalaria cerrada).
- El **nivel de gravedad actual** (en función del número de síntomas que presente):
 - Leve (2-3 síntomas).
 - Moderado (4-5 síntomas).
 - Grave (6 o más síntomas).

Los trastornos inducidos por sustancias

Los trastornos inducidos por sustancias pueden aparecer en el contexto de la intoxicación, de la abstinencia de sustancias, o persistir largo tiempo una vez que el consumo ha cesado. Siendo graves en muchos casos, suelen ser temporales. Si el consumo es continuado suelen ser persistentes. Si los síntomas no remiten, hablaríamos de un **trastorno mental primario** independiente; si remiten, hablaríamos de un trastorno inducido por sustancias.

En general, las drogas sedantes (p. ej., alcohol, ansiolíticos) pueden causar trastornos depresivos importantes durante la intoxicación, y en el síndrome de abstinencia suelen observarse alteraciones ansiosas. En cambio, en la intoxicación por los estimulantes (p. ej., anfetaminas, cocaína) podemos encontrar trastornos psicóticos o de ansiedad inducidos por el consumo, y episodios de depresión mayor en la abstinencia.

Criterio A. El trastorno tiene una presentación sintomática clínicamente representativa de un trastorno mental relevante.

Criterio B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que:

- ✓ El trastorno se ha desarrollado durante o dentro del mes posterior a la intoxicación o la abstinencia de la sustancia o por la toma de una medicación.
- ✓ El consumo de la sustancia o de la medicación es capaz de producir el trastorno mental.

Criterio C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno mental independiente (p. ej., un trastorno que no está inducido por la sustancia o la medicación). Tal evidencia de un trastorno mental independiente puede incluir lo siguiente:

- ✓ El trastorno precede al comienzo de la intoxicación severa, abstinencia aguda o la exposición al medicamento.
- ✓ El trastorno mental completo persiste por un periodo de tiempo sustancial (p. ej., al menos un mes) después del cese de la intoxicación o abstinencia aguda, o de tomar la medicación. Este criterio no se aplica para los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias o el trastorno perceptivo persistente por consumo de alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación aguda o del síndrome de abstinencia.

Criterio D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirio.

Criterio E. El trastorno causa un malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral u otras importantes del funcionamiento del individuo.

Comorbilidad

Autor/es	Dependencia	Comorbilidad	Trastorno comórbido
Grant et al., 2004	Dependencia del alcohol	25%	Depresión
Grant et al., 2004	Dependientes de drogas ilegales	50%	Depresión
Grant et al., 2004	Dependientes de opiáceos	90%	Depresión??
Grant et al., 2004	Dependencia del alcohol	50%	Personalidad
Grant et al., 2004	Dependientes de drogas ilegales	70%	Personalidad

TRASTORNO COMÓRBIDO	TRASTORNO POR USO DE DROGAS	ABUSO DE DROGAS	DEPENDENCIA DE DROGAS
Abuso del alcohol	4.2	4.2	3.7
Dependencia del alcohol	6.8	4.8	9.0
Dependencia de la nicotina	4.2	2.6	4.4
Cualquier trastorno del estado de ánimo	1.8	1.1	3.3
Cualquier trastorno de ansiedad	1.2	0.9	1.8
Cualquier trastorno de personalidad	2.2	1.8	3.3
Trastorno de personalidad antisocial	2.9	2.5	2.6
Trastorno de personalidad dependiente	2.2	–	–

Características clínicas de las distintas drogas

Alcohol

DMG:

La **etanol** es una sustancia que se utiliza para la fabricación de bebidas alcohólicas. Se trata de una sustancia que se encuentra en todas las bebidas alcohólicas. Su consumo excesivo puede provocar problemas de salud, como la enfermedad del hígado, la hipertensión arterial, la enfermedad del corazón, la enfermedad del estómago y la enfermedad de Alzheimer.

El **alcoholismo** es una enfermedad crónica que se caracteriza por el consumo excesivo de alcohol. Se trata de una enfermedad que puede provocar problemas de salud, como la enfermedad del hígado, la hipertensión arterial, la enfermedad del corazón, la enfermedad del estómago y la enfermedad de Alzheimer.

Indicaciones: El alcohol se utiliza para la fabricación de bebidas alcohólicas. Se trata de una sustancia que se encuentra en todas las bebidas alcohólicas.

Preparación: El alcohol se utiliza para la fabricación de bebidas alcohólicas. Se trata de una sustancia que se encuentra en todas las bebidas alcohólicas.

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas. Su consumo puede provocar problemas de salud, como la enfermedad del hígado, la hipertensión arterial, la enfermedad del corazón, la enfermedad del estómago y la enfermedad de Alzheimer.

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Tabaco

DMG:

El **tabaco** es una planta que se utiliza para la fabricación de cigarrillos. Se trata de una sustancia que se encuentra en todos los cigarrillos. Su consumo puede provocar problemas de salud, como la enfermedad del hígado, la hipertensión arterial, la enfermedad del corazón, la enfermedad del estómago y la enfermedad de Alzheimer.

Preparación: El tabaco se utiliza para la fabricación de cigarrillos. Se trata de una sustancia que se encuentra en todos los cigarrillos.

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Cocaína

La **cocaína** es una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas. Se trata de una sustancia que se encuentra en todas las drogas alucinógenas. Su consumo puede provocar problemas de salud, como la enfermedad del hígado, la hipertensión arterial, la enfermedad del corazón, la enfermedad del estómago y la enfermedad de Alzheimer.

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas.

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Inhalantes

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Cafeína

DMG 5. Fisiología relacionada con la cafeína
La cafeína es una sustancia que se utiliza para la fabricación de bebidas alcohólicas. Se trata de una sustancia que se encuentra en todas las bebidas alcohólicas.

La **abstinencia** de la cafeína puede provocar síntomas como la ansiedad, la irritabilidad, la fatiga y la depresión. Se trata de una enfermedad que puede provocar problemas de salud, como la enfermedad del hígado, la hipertensión arterial, la enfermedad del corazón, la enfermedad del estómago y la enfermedad de Alzheimer.

Clase y subclase: La cafeína es una sustancia que se utiliza para la fabricación de bebidas alcohólicas. Se trata de una sustancia que se encuentra en todas las bebidas alcohólicas.

Anfetaminas

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas.

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Cannabis

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Las **estimulantes** son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, aumentando la actividad eléctrica de las células nerviosas. Se trata de una clase de drogas que incluye a la cocaína, la amfetamina y la nicotina.

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas.

El **DMG** se refiere a la clasificación de las drogas en función de su efecto en el organismo. Se trata de una clasificación que se utiliza para describir las características clínicas de las distintas drogas.

Opiáceos

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas.

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas.

Otras sustancias psicoactivas

Entre los **alucinógenos**, el **LSD** es el más conocido, con una pureza de la sustancia de un 10% y un peso molecular de 323. Se trata de una sustancia que se utiliza para la fabricación de drogas alucinógenas.

Alcohol

DSM-5:

La **intoxicación** por alcohol se caracteriza por una ingestión reciente de alcohol, junto a cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio) que se presentan durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después. Esto se acompaña de una serie de signos o síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol, como: habla disártrica; incoordinación; marcha inestable; nistagmo; deterioro de la atención o de la memoria; y estupor o coma.

El **síndrome de abstinencia** del alcohol se produce cuando se reduce o se deja de consumir alcohol después de un tiempo prolongado de consumo. Los síntomas característicos son: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones); temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o delirios; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis comiciales de gran mal (epilepsia alcohólica). También se debe especificar si es o no con alteraciones perceptivas. Tarda en desaparecer, si no se trata, de cinco a siete días. De ahí que si la persona no busca ayuda, y no se le trata, aumenta la probabilidad de recaída.

Embriaguez. Alteraciones del comportamiento, reducción de la capacidad de autocrítica, mala coordinación de movimientos y alteraciones en la capacidad perceptiva.

Pequeñas dosis. Interfiere con distintas funciones (p. ej., autocrítica), aunque la persona siente sedación y sensación de excitación.

La comorbilidad que se encuentra frecuentemente en relación con los problemas debidos al consumo de alcohol son problemas de conducta, depresión, ansiedad, insomnio, disfunción eréctil y mayor riesgo de suicidio, entre otros. Las personas que lo sufren tienen más accidentes de tráfico, laborales y problemas por conducta violenta. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Tabaco

DSM-5:

- No incluye la intoxicación por el tabaco.
- El **síndrome de abstinencia del tabaco** se caracteriza, para el DSM-5, por la aparición en las 24 horas después del cese del consumo de irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, intranquilidad, estado de ánimo deprimido e insomnio.

***Becoña (2006).** La nicotina tiene un gran poder adictivo pues tarda menos de diez segundos en atravesar la barrera hematoencefálica y en activar los receptores colinérgicos-nicotínicos.*

Los efectos psicofarmacológicos de la nicotina se deben a su poder altamente reforzante, tanto a través del refuerzo positivo (placer después de fumar) como del refuerzo negativo (evitación de los síntomas del síndrome de abstinencia). Entre los factores que contribuyen al reforzamiento positivo se encuentran: la mejora de la concentración, del estado de ánimo, disminución de la ira y el peso, efecto en el cerebro casi inmediatamente después de la inhalación, capacidad de modular la cantidad que se necesita con la profundidad de las caladas, conducta que se repite continuamente a lo largo del día y que se asocia a distintas señales que dan lugar a la repetición de la conducta por condicionamiento.

Cafeína

El DSM-5 no reconoce un trastorno por consumo de cafeína, pero sí la intoxicación, la abstinencia, el trastorno inducido y el trastorno relacionado no especificado por la cafeína. La intoxicación por cafeína se produce, para el DSM-5, después de un consumo reciente de cafeína a altas dosis (más de 250 mg) y cuando aparecen cinco o más de los siguientes síntomas: intranquilidad, nerviosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis, trastornos gastrointestinales, espasmos musculares, divagación de los pensamientos y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, periodos de infatigabilidad y agitación psicomotora.

DSAM-5. Trastornos relacionados con la cafeína

- Intoxicación por cafeína
- Abstinencia de cafeína
- Otros trastornos inducidos por la cafeína
- Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

La abstinencia de cafeína produce cefalea; fatiga o somnolencia notable; disforia, desánimo o irritabilidad; dificultades para concentrarse; y síntomas gripales (náuseas, vómitos y dolor o rigidez muscular). El dolor de cabeza, a veces fuerte y molesto, es un síntoma característico de la abstinencia de cafeína. La abstinencia aparece poco tiempo después de dejar de consumirlo, a las 12-24 horas. El pico se da a las 20-48 horas. A la semana suele remitir.

Cannabis

El DSM-5 considera que para que haya intoxicación por cannabis tiene que haber un comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante, o poco tiempo después del consumo de cannabis, junto a algunos de los siguientes síntomas que aparecen sobre unas dos horas después de su consumo: inyección conjuntival, aumento de apetito, boca seca y taquicardia.

Con relación al síndrome de abstinencia del cannabis, este se ha encontrado cuando el nivel de consumo es muy alto, habitualmente cuando es diario o casi diario. Con consumos menores o esporádicos puede no darse. De ahí que el DSM-IV no incluía el síndrome de abstinencia del cannabis, pero sí el DSM-5. En este se indica la irritabilidad, rabia o agresividad; nerviosismo o ansiedad; dificultades para dormir (insomnio, pesadillas...); pérdida de apetito o peso; intranquilidad, estado de ánimo deprimido, y por lo menos uno de los siguientes síntomas físicos que provocan una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.

Estimulantes

El DSM-5 ha incluido dentro de la denominación de trastornos relacionados con estimulantes a la cocaína, la sustancia anfetamínica y otros estimulantes. Las anfetaminas y los estimulantes de tipo anfetamínico son sustancias con una estructura química feniletilamina sustituida, entre las que se incluyen las anfetaminas, la dextroanfetamina y la metanfetamina. De una estructura química distinta, pero también estimulante, incluyen al metilfenidato. Este es un medicamento legal, pero también puede derivarse al mercado ilegal.

La intoxicación de estimulantes produce una sensación de bienestar, confianza y euforia, junto con taquicardia o bradicardia; dilatación pupilar; tensión arterial elevada o reducida; sudoración o escalofríos; náuseas o vómitos; pérdida de peso; agitación o retraso psicomotores; debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas; y confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma. Luego le sigue un comportamiento caótico, aislamiento social, comportamiento agresivo y disfunción sexual. En la intoxicación aguda se presenta habla incoherente, dolor de cabeza, ideas de autorreferencia y tinnitus.

La abstinencia de los estimulantes aparece horas o días después de cesar el consumo. Suele caracterizarse por un estado de ánimo disfórico con algunos de estos síntomas: fatiga; sueños vividos y desagradables; insomnio o hipersomnias; aumento del apetito; y, retraso psicomotor o agitación. Pueden aparecer paranoias y alucinaciones auditivas y táctiles, anhedonia y depresión, amenazas o conducta agresiva, alteraciones de la atención y concentración e ideación suicida.

Cocaína

En el DMS-5 la abstinencia de cocaína está dentro de la abstinencia de estimulantes (anfetamina, cocaína y otros estimulantes). Se caracteriza por padecer un estado de ánimo disfórico y otros cambios fisiológicos (p. ej., fatiga, sueños vividos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito, y retraso psicomotor o agitación) que aparecen en unas horas o en unos días después de cesar el consumo de la sustancia. Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso síndrome de abstinencia (crash), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables, como deseo intenso de consumir (craving), depresión, trastorno de los patrones del sueño, hiper-somnolencia e hiperalgesia.

Distintos estudios han encontrado relación entre los trastornos afectivos y el abuso de cocaína, lo que sugeriría un consumo de la misma para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece claro cuando, después del síndrome de abstinencia, no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína. Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos de la misma. **La cocaína, a diferencia de la mayoría de las drogas, produce un elevado grado de dependencia psicológica y poca dependencia física.**

Las complicaciones orgánicas más importantes que produce el consumo de cocaína son distintas alteraciones cardiovasculares, como arritmias, infarto agudo de miocardio e ictus, incluso en personas jóvenes. También pueden aparecer alteraciones neurológicas, como convulsiones, vasculitis cerebral, cefaleas, etc. Igualmente pueden aparecer complicaciones respiratorias en los que la esnifan, como es la perforación del tabique nasal; complicaciones en las vías aéreas inferiores (p. ej., hemorragia pulmonar); fallo renal agudo, infarto de la arteria renal, o facilitar la progresión de una insuficiencia renal crónica; ginecomastia, disfunción eréctil, amenorrea, infertilidad; perforación yuxtapiórica, lo que exige una intervención quirúrgica, etc. Todo ello indica el gran número de complicaciones médicas que su consumo puede acarrear. En algunos casos pueden llegar a producir la muerte. Igualmente, el consumo agudo o crónico de cocaína puede producir depresión, paranoia transitoria, alucinaciones, psicosis inducida por cocaína, etc. La comorbilidad del consumo de cocaína con otros trastornos suele ser frecuente.

Anfetaminas

Colado et al. (2006). Los estudios sugieren que los consumidores crónicos de metanfetamina sufren cambios estructurales en el cerebro y se observan cambios cognitivos en áreas como la memoria y el aprendizaje.

Las anfetaminas son potentes estimulantes del SNC. Descubiertas en los años treinta, e inicialmente usadas como descongestivo nasal, pronto se vieron sus potencialidades y problemas de abuso. Las anfetaminas producen una elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Finalizados los efectos estimulantes iniciales, surge la depresión y la fatiga. La metanfetamina (speed, hielo, ice, crystal) es estructuralmente similar a la anfetamina, pero más potente.

La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión. El síndrome de abstinencia de las anfetaminas, cuando la dosis que se consume es alta, dura muchos días. Para evitar los efectos negativos de la intoxicación por anfetaminas también suelen consumir, abusar o depender del alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para aliviar los efectos desagradables de la intoxicación por anfetaminas. Algunos de los efectos conductuales más importantes que producen las anfetaminas son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en otros casos, disfunción social, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria. Puede incrementarse la agresividad del consumidor en el período de intoxicación.

Opiáceos

La intoxicación por opiáceos, para el DSM-5, incluye la presencia de cambios comportamentales desadaptativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación, alteración de la capacidad de juicio, etc.) y algunos síntomas físicos específicos del consumo de opiáceos (p. ej., miosis, somnolencia, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria). En general, la presencia de un estado de ánimo alterado, retardo psicomotor (inhibición psicomotora), somnolencia, lenguaje farfullante, disminución de la memoria y la atención en la presencia de otros indicadores de un consumo reciente de opiáceos, sugieren un diagnóstico de intoxicación por opiáceos.

El DSM-5 considera para la abstinencia de opiáceos que esta se puede producir tanto por el cese de su consumo como por la administración de un antagonista. Los síntomas serían los de estado de ánimo disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar, piloerección o sudoración; diarrea; bostezos; fiebre, e insomnio. Aparece varias horas después desde que el individuo tenía que haberse administrado la dosis, sobre las ocho horas desde el último consumo. Alcanza su punto álgido a los dos o tres días y desaparece tras siete a diez días. Los signos y síntomas más importantes, semejantes a una gripe fuerte, son: piloerección, sudoración, lagrimeo, bostezos y rinorrea, al principio; luego, diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso. Transcurridas 36 horas desde el último consumo, los síntomas de abstinencia aumentan en gravedad, pudiendo aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño. Los síntomas más intensos duran unas 72 horas y disminuyen gradualmente durante los siguientes cinco a diez días.

Alucinógenos

Dentro de los alucinógenos, el DSM-5 considera, por una parte, a la fenciclidina (p. ej., PCP o polvo de ángel) y otros compuestos menos potentes, como la ketamina, la ciclohexamina y la dizocilpina, los cuales son anestésicos disociativos que se usan ilegalmente. En dosis bajas se usan en anestesia; permiten disociar el cuerpo de la mente. Por otra parte, incorpora otros alucinógenos como las fenilalquilaminas (p. ej., mescalina, MDMA o éxtasis -3,4-metilendioximetanfetamina), indolaminas (p. ej., dietilamina del ácido lisérgico, LSD) y las semillas de gloria de la mañana (pariente cercano del LSD). No incluye el cannabis, aunque este también puede tener efectos alucinógenos. Aparte de los cambios en la percepción que producen todos los alucinógenos (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias), la intoxicación por fenciclidina produce conductas agresivas, impulsividad, agitación psicomotora, juicio alterado y con signos y síntomas como nistagmo vertical u horizontal, hipertensión o taquicardia, entumecimiento o reducción de la respuesta al dolor, ataxia, disartria, rigidez muscular, convulsiones e hiperacusia.

En relación con la intoxicación de otros alucinógenos, el DSM-5 incluye la dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación. Los flashbacks son frecuentes en consumidores de alucinógenos. Es lo que el DSM-5 denomina trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. La persona vuelve a experimentar los síntomas de tipo perceptivo (p. ej., alucinaciones, destellos de color, intensificación de los colores, rastros de imágenes de objetos en movimiento, halos alrededor de objetos) sin haber consumido la sustancia. Es un fenómeno característico del consumo de alucinógenos. No se reconoce la existencia del síndrome de abstinencia de alucinógenos.

Las drogas de síntesis son estimulantes tipo anfetamínico, derivadas de las anfetaminas o de las metanfetaminas. Su origen está en la elaboración de anfetaminas sintéticas en la II Guerra Mundial para uso de los soldados alemanes, de cara a mejorar su rendimiento, concentración y evitar el sueño. Son potentes estimulantes del SNC. Su fabricación es sencilla, con ingredientes de bajo coste y fáciles de conseguir, de ahí su gran difusión. A pesar de que hay un gran número de drogas de síntesis, la más importante y consumida es el éxtasis.

Inhalantes

El DSM-5 considera la intoxicación, pero no la abstinencia en los inhalantes. La intoxicación se caracteriza por cambios claramente observables en el comportamiento, como belicosidad, agresividad, apatía, juicio alterado; y con signos y síntomas como mareos, nistagmo, descoordinación, habla disártrica, marcha insegura, aletargamiento, reducción de reflejos, retraso psicomotor, temblores, debilidad muscular generalizada, visión borrosa o diplopía, estupor o coma y disforia.

Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los signos característicos de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son: habla disártrica, descoordinación, marcha insegura, nistagmo, trastorno cognitivo (p. ej., alteración de la memoria o de la atención) y estupor o coma. Su consumo puede producir altos niveles de tolerancia y un agudo síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia es característico cuando se dejan de tomar, al ser sustancias depresoras del SNC. Uno de los síntomas característicos es el craving. Con frecuencia, el paciente con otros trastornos por consumo de sustancias, como cocaína o anfetaminas, las usan para relajarse tras su uso; o, en pacientes en tratamiento con metadona, para potenciar sus efectos. Otras veces se usan para aliviar el efecto no deseado de otras sustancias o al surgir el síndrome de abstinencia de ellas.

El DSM-5 incluye como síntomas de abstinencia de estas la hiperactividad del SN autónomo (p. ej., sudoración o ritmo superior a 100 lpm), temblores en las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotora, ansiedad y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Este síndrome de abstinencia va a depender de la vida media de la sustancia, oscilando la misma de horas a días, incluso una semana después.

Otras sustancias psicoactivas

Sabemos que existen más de 100 plantas con propiedades alucinógenas en el mundo vegetal, y otras de tipo químico. Derivados anfetamínicos y metanfetamínicos aparecen cada vez más frecuentemente, elaborados en muchos laboratorios del este de Europa. El conocido como éxtasis líquido, que es el GHB (gamma-hidroxibutirato), heroína sintética, derivados de los fentanilos, poppers (nitrito de amilo) y otras sustancias para incrementar la masa muscular (anabolizantes) son algunas de ellas. Existen otras drogas de menor difusión en España y Europa, pero de amplio uso en otros países, como la ayahuasca en Latinoamérica, utilizada frecuentemente para fines religiosos y espirituales; el khat (una catinona, en varios países de África, como Yemen, Etiopía y Somalia), etc.

Etiología

Becoña (1999, 2002, 2019). El proceso de comenzar a consumir drogas no es simple; es un proceso complejo. Pasa por una fase previa, o de predisposición, y puede seguir la de conocimiento, la de experimentación e inicio al consumo de sustancias, la de consolidación, de dependencia, de abandono o mantenimiento, y de recaída.

El proceso de comenzar a consumir drogas no es simple, en la **fase previa** o de predisposición hay toda una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad del consumo de drogas. Pueden ser de tipo biológico, psicológico y sociocultural. En la **fase de conocimiento** de la sustancia su contacto y su conocimiento van a depender de la disponibilidad, del interés que surja por ella, del efecto que crea que producen (expectativas), y de si los amigos o los propios familiares le inducen a su consumo. La fase de conocimiento puede llevar a la experimentación e inicio al consumo de distintas sustancias o bien puede seguir sin consumir. Conocer adecuadamente los factores de riesgo y protección y las características de la etapa adolescente es de gran relevancia en esta fase. La **fase de consolidación** del consumo de una sustancia es aquella donde se da el paso del uso al abuso y a la dependencia. La última fase es la de **abandono o mantenimiento**.

Factores de predisposición históricos, ecológicos y de la especie humana

Factores genéticos, biológicos y neurobiológicos. Existen en nuestra especie el potencial de consumir drogas, y dentro de nuestra propia especie, las diferencias genéticas y biológicas de individuos por sus rasgos genéticos, sus rasgos biológicos y sus rasgos psicológicos y de comportamiento. En el momento de la adolescencia, el cerebro está en desarrollo y es vulnerable a la acción de drogas. El consumo de drogas puede afectar al desarrollo del cerebro, especialmente en la corteza prefrontal, que es responsable de la toma de decisiones y el control de los impulsos.

Factores de predisposición contextuales y cerebrales

Factores ambientales y sociales. El entorno social y cultural puede influir en el consumo de drogas. Los factores ambientales incluyen la disponibilidad de drogas, la presión de los pares, la cultura de consumo y el acceso a servicios de salud. Los factores cerebrales incluyen la neurobiología del cerebro, que puede ser afectada por el consumo de drogas, especialmente en la corteza prefrontal, que es responsable de la toma de decisiones y el control de los impulsos.

Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo

Factores de conocimiento y experimentación. El conocimiento de la sustancia y sus efectos puede influir en el consumo de drogas. La experimentación es el primer paso en el consumo de drogas, y puede ser influenciada por factores como la presión de los pares, el acceso a drogas y el conocimiento de los riesgos.

Factores relacionados con la consolidación del consumo: del uso al abuso y a la dependencia

Factores de consolidación y dependencia. El consumo regular de drogas puede llevar a la consolidación del consumo y a la dependencia. Los factores de consolidación incluyen la disponibilidad de drogas, la presión de los pares, el acceso a servicios de salud y el conocimiento de los riesgos.

¿Qué lleva al abandono del consumo o al mantenimiento del mismo?

Factores de abandono y mantenimiento. El abandono del consumo de drogas puede ser influenciado por factores como el conocimiento de los riesgos, el acceso a servicios de salud, el apoyo social y el conocimiento de los riesgos.

Factores de predisposición históricos, ecológicos y de la especie humana

- **Factores ecológicos, históricos y socioculturales.** Nuestro mundo actual se estructura en grupos sociales. Y, dentro de nuestro grupo social, las creencias, expectativas y conductas se modulan por una historia previa que ha llevado a la constitución de una cultura específica en la interrelación mutua del hombre con su ambiente a lo largo del tiempo. Y ciertas drogas se llevan consumiendo años o siglos en esa cultura (p. ej., el alcohol).

- **Predisposición biológica.** Distintos estudios han mostrado la existencia de una predisposición biológica para el consumo de distintas sustancias, aunque esto varía de persona a persona. Se considera que los factores genéticos explicarían el 49% de la variando en el riesgo para la dependencia del alcohol (en gemelos monocigóticos).

- **Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.** Sin aprendizaje no hay conducta. El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo frecuentemente en contextos sociales o en grupo, aumenta más la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto. Este refuerzo va a fortalecer posteriormente el proceso de búsqueda de la droga. Y sin olvidar que el consumo de drogas no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativa). Varios estudios han encontrado una asociación entre menor coeficiente de inteligencia (CI) y abuso o dependencia del alcohol.

Factores de predisposición contextuales y cercanos

- **La biología.** En este modelo el sustrato central para explicar el consumo de drogas sería biológico, con base genética. La mayor parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos, sobre todo para el consumo de alcohol y de drogas de los padres y el posterior consumo de sus hijos. También los estudios que se basan en los cambios biológicos que producen las drogas en el organismo en distintas dianas biológicas, sobre todo en el cerebro, la existencia de receptores específicos en el cerebro, el papel de la dopamina y el centro del reforzamiento cerebral, etc. Esto ha llevado al planteamiento en los últimos años de la adicción como una enfermedad cerebral.
- **El ambiente.** El ambiente familiar es uno de los más relevantes para la evolución de la persona. Tipos de ambientes determinan distintos comportamientos y son un elemento esencial para el proceso de socialización. Otros ambientes, como el escolar, referido al tipo de escuela en donde estudia, o como el barrio influyen en un modo u otro de socializarse. Con posterioridad, conforme la persona llega a la adultez, o al final de la adolescencia, es posible seleccionar el ambiente en el que uno puede vivir.
- **El aprendizaje.** Sin aprendizaje no hay conducta.
- **La socialización.** Desde el nacimiento, el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de la misma, siendo aquí relevantes los estilos de crianza. La socialización sigue luego en la escuela, instituto y ambiente escolar. Los compañeros tienen en este momento un papel destacado. Finalmente, están los medios de comunicación, sobre todo hoy vía internet. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que este no finaliza hasta que muere la persona.
- **Leyes y normas sobre las sustancias legales e ilegales.** Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de drogas, menos consumo se hace, sobre todo en el caso de las drogas legales.
- **Internet, redes sociales y otros medios de comunicación.** Hay muchos contenidos pro-consumo circulando sin ningún control.
- **Factores cognitivos: las expectativas y creencias.** Las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. El consumo de cualquier droga no depende siempre de sus propiedades farmacológicas, sino de sus propiedades esperadas (expectativa). También, cada vez tenemos más pruebas de que las percepciones cognitivas inadecuadas o erróneas mantienen el consumo tanto en personas normales como en personas con problemas de dependencia del alcohol.

Factores relacionados con la experimentación e inicio al consumo

- **La adolescencia.**

- **Características sociodemográficas.** Los varones consumen más; la edad de inicio al consumo está en torno a la adolescencia, 14-16 años.

- **Características de la sustancia.** Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es la disponibilidad.

- **La percepción del riesgo de cada sustancia.** *a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo, y viceversa.*

- **Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo (normalización) y presión social al consumo como una conducta «normal».**

- **Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones.**

- **Las drogas como reforzadores.** El alcohol, el tabaco y las drogas ilegales, son potentes reforzadores para los individuos.

- **Los iguales y amigos en las situaciones de consumo, ocio y diversión.**

- **La interacción con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conducta antisocial).**

- **La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones.**

- **Rendimiento escolar y consumo de drogas.** Han encontrado una clara relación entre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales y un menor rendimiento académico.

- **Trastornos mentales de los padres y consumo de drogas en los hijos.** Un gran número de estudios han encontrado que hay una relación consistente entre los trastornos mentales de los padres y el mayor riesgo del posterior consumo de drogas de sus hijos.

- **Estrés y eventos vitales estresantes.** El estrés y la exposición a eventos vitales estresantes son factores importantes relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales o el incremento en el consumo.

- **El estado emocional.**

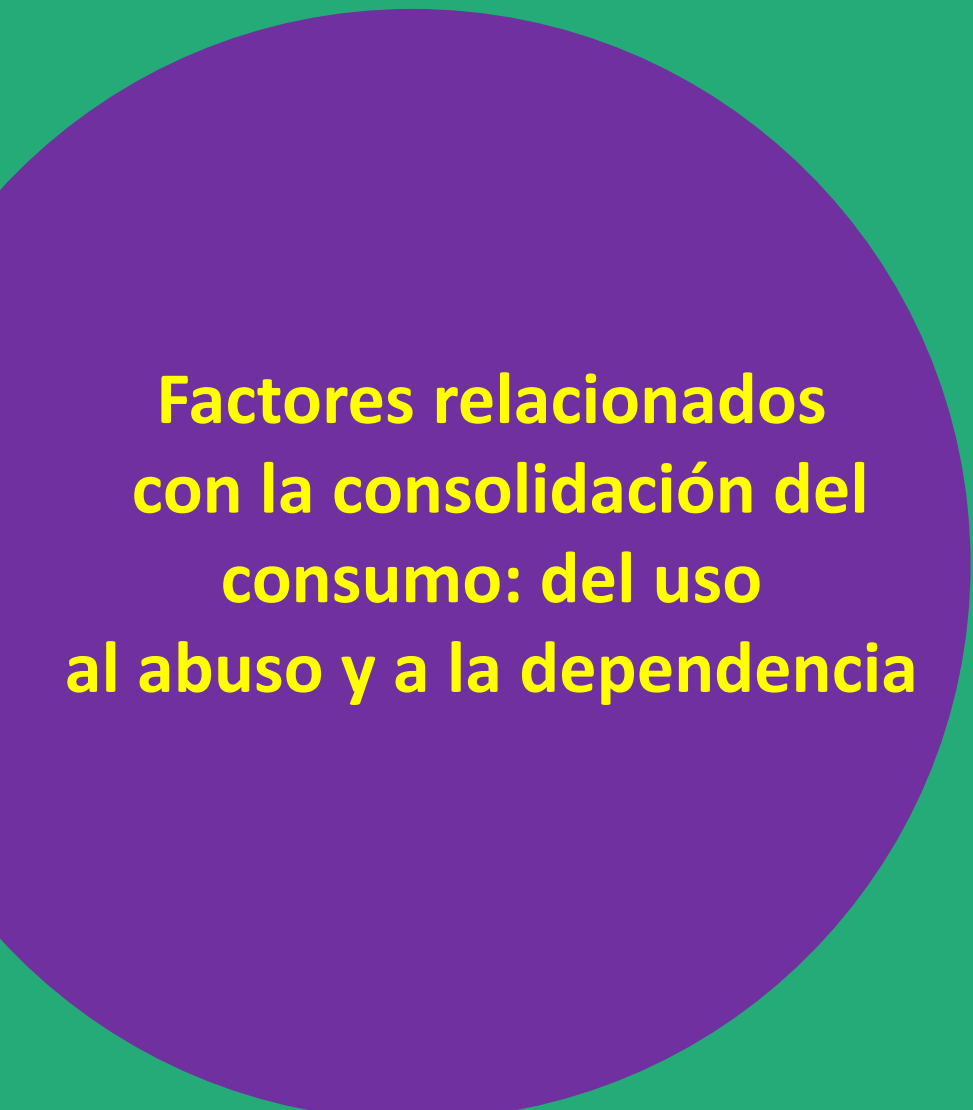
- **Habilidades de afrentamiento.**

- **Problemas internalizantes y externalizantes.** Varios estudios longitudinales han demostrado que los adolescentes con problemas de conducta no solo tienen una mayor probabilidad de abusar del alcohol, sino también de consumir otro tipo de sustancias y de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo.

- **Autocontrol.**

- **Efectos de la prueba/no prueba de la sustancia disponible.**

- **La interacción entre los distintos factores.** Sería una simpleza pensar que hay un solo factor, o unos pocos factores, que puedan explicar el consumo abusivo de una droga. Siempre están varios presentes, tanto de la esfera social como de la psicológica y biológica. También unos individuos son más vulnerables que otros al consumo o dependencia de drogas.



**Factores relacionados
con la consolidación del
consumo: del uso
al abuso y a la dependencia**

Lo que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de estas, la persona decidirá si continúa consumiendo o no. Las consecuencias estarán en relación con sus iguales, su familia y consigo mismo. En función de todo esto, y de la percepción del riesgo de la sustancia una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo o, en caso negativo, a seguir sin consumirla, o a hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En el proceso adictivo la persona empezará habitualmente a consumir drogas legales, luego ilegales, hasta pasar del uso, al abuso y a la dependencia. La interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, reforzará el proceso adictivo. Y, poco a poco, el estado emocional modulará su comportamiento. Cuando ya se está en una fase de dependencia, y se ha mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

¿Qué lleva al abandono del consumo o al mantenimiento del mismo?

A los **25 años** la mayoría de las personas dejan el consumo de drogas o consolidan el mismo. Esto es aún más claro a los 30 años. De los que lo abandonan, el motivo puede ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas puede ser la presión familiar, de los amigos, la pareja, presión social, policial, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc.

FIN

Belloch, Sandín, Ramos Campos, and Sandín,
Bonifacio. Manual De Psicopatología. 3ª edición.
Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana De España,
2020. Print.

