

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Jurídicas



TESIS DOCTORAL

**CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ASOCIADO AL DESEMPEÑO
COGNITIVO, LA DEPRESIÓN Y OTRAS VARIABLES PSICOLÓGICAS**

*CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ASSOCIATED WITH COGNITIVE
PERFORMANCE, DEPRESSION AND OTHER PSYCHOLOGICAL VARIABLES*

Doctoranda

Victoriana García García

Directoras

Carmen Tabernero Urbieta

Bárbara Luque Salas

CÓRDOBA, 2019

TITULO: CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ASOCIADO AL
DESEMPEÑO COGNITIVO, LA DEPRESIÓN Y OTRAS VARIABLES
PSICOLÓGICAS

AUTOR: *Victoriana García García*

© Edita: UCOPress. 2019
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

<https://www.uco.es/ucopress/index.php/es/>
ucopress@uco.es



Departamento de Psicología

Programa de doctorado de Ciencias Sociales y Jurídicas

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ASOCIADO AL
DESEMPEÑO COGNITIVO, LA DEPRESIÓN Y OTRAS VARIABLES
PSICOLÓGICAS

Tesis Doctoral

Victoriana García García

Córdoba, 2019



TÍTULO DE LA TESIS: Consumo de sustancias psicoactivas asociado al desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicológicas

DOCTORANDA: Victoriana García García

INFORME RAZONADO DE LAS DIRECTORAS DE LA TESIS

La tesis doctoral realizada por Victoriana García García ha seguido un desarrollo sobresaliente en cada una de sus fases. Desde el primer artículo realizado y que ha sido publicado en la revista *Salud y drogas* (2017) como estudio exploratorio, la investigación le llevó a nuevos planteamientos e hipótesis que le han permitido avanzar en el desarrollo de competencias investigadoras. Además, dada la trayectoria profesional de la doctoranda el trabajo que aquí se presenta muestra una destreza en el campo de estudio que, junto a una pormenorizada revisión sobre las investigaciones más recientemente desarrolladas en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas y su relación con el desempeño cognitivo, la depresión y otras variables psicológica.

El trabajo presenta una solidez en la fundamentación teórica, en la que se encuentran los conceptos adecuadamente organizados y debidamente fundamentados, además los objetivos que se han perseguido y alcanzado no solo poseen relevancia teórico-científica, sino también aplicada en el campo de la salud y la prevención del consumo de drogas.

En su conjunto, la tesis presenta un total de tres estudios que han sido sometidos para su publicación a diferentes revistas de reconocido prestigio en el campo del consumo de sustancias psicoactivas, como el trabajo enviado a la *Revista Española de Drogodependencias* y a la revista *Adicciones*.

En resumen, el trabajo doctoral reúne todas las condiciones exigidas a este tipo de resultado académico, dirigido a la obtención del grado de Doctora.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 29 de octubre de 2019

Firma de las directoras

Fdo. Dra. Carmen Taberero Urbieto

Fdo. Dra. Bárbara Luque Salas

A Rafael y Ana

Porque nunca es demasiado tarde para iniciar nuevos caminos

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis profundos y sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que de una forma u otra me han acompañado a lo largo de estos años en esta aventura, contribuyendo a la elaboración de esta Tesis Doctoral.

En primer lugar, he de agradecer a mis directoras, la Dra. Carmen Taberero Urbietta y la Dra. Barbara Luque Salas, su constante apoyo y ánimo, su generosidad y el tiempo que han dedicado a esta Tesis Doctoral. Gracias a los dos por introducirme en el mundo de la investigación guiándome y enseñándome con mucha paciencia y profesionalidad. Gracias por confiar en mí y en este trabajo. He de decir que he tenido dos Directoras de Tesis con las que he podido contar en todo momento sois un gran ejemplo para mí. Mil gracias por ayudarme a cumplir mi meta la cual muchas veces me pareció imposible de lograr.

Al Doctor Bartolomé Cañuelo Higuera, mi maestro y compañero, que me introdujo en el difícil mundo de la intervención clínica de las adicciones, gracias por compartir conmigo tu conocimiento, tu gran capacidad de trabajo, permitiéndome crecer y afrontar nuevos retos en el campo de la intervención clínica. Cuantos momentos hemos compartido de risas y lamentos en el ejercicio profesional que forman parte de nuestra historia. No he podido tener mejor maestro.

A los doctores Francisco García y M. Rosario Castillo incansables compañeros, siempre dispuestos a echar una mano. Gracias a los dos por haberme dado vuestro apoyo y cariño a lo largo de estos años.

A M. Victoria, M. Guía, Ana, Yayo, Inmaculada, y todos mis compañeros de la Unidad de Drogas y Adicciones UDA, por su apoyo y animo a lo largo de este viaje.

A Fátima y Tamara, gracias por estar siempre dispuestas a ayudarme con la mejor de las sonrisas. A mis compañeros del departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación por el cariño que me han regalado desde el principio, han hecho que me sienta como en casa. Gracias a todos por los momentos compartidos.

Por último, quiero expresar mi agradecimiento a todos mis pacientes que de forma generosa se prestaron a colaborar, y que han dotado de contenido y sentido esta tesis, sin ellos no hubiera sido posible.

RESUMEN

Esta tesis se propone estudiar el papel de las variables psicológicas relacionadas con la adicción a sustancias psicoactivas. Por un lado, explora la relación existente entre el deterioro cognitivo, la depresión y las variables autorreguladoras del comportamiento (positividad, autoeficacia para regular las emociones, satisfacción vital e indefensión como pesimismo). Por otro lado, analiza la relación entre la impulsividad y las distintas variables psicológicas con el tipo de sustancia psicoactiva. Finalmente, evalúa la influencia del consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, cannabis, benzodiazepinas, heroína, alcohol) en el desempeño cognitivo y la depresión. Todo ello, teniendo en consideración las diferencias de sexo, la edad actual y la edad de inicio de consumo.

Para alcanzar estos objetivos, se han elaborado tres estudios. El primer trabajo es un estudio preliminar cuyo objetivo es explorar si el desequilibrio en las variables psicológicas de autorregulación conlleva a la depresión y ésta al deterioro cognitivo en una muestra de personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Los resultados sugieren que en las personas con una mayor capacidad para regular sus emociones será menos probable que presenten depresión y, por tanto, un mostrarán un mejor rendimiento cognitivo. En el segundo estudio, se pretende esclarecer la posible relación entre la impulsividad y algunas variables psicológicas. Los resultados señalan que esta población presenta un nivel alto de impulsividad, con independencia de la sustancia consumida, y menor positividad. Sin embargo, también muestran una mejor regulación de emociones positivas frente a las negativas, lo que puede facilitar que sientan una mayor insatisfacción con la vida y una mayor indefensión. El tercer estudio, analiza el nivel de deterioro cognitivo y de depresión en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, encontrándose que un alto porcentaje de estas tienen alteraciones a nivel cognitivo y en el estado de ánimo.

A modo de conclusión, se destaca que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan más dificultades en el desempeño cognitivo, el control de los impulsos, la estabilidad del estado anímico y en la autorregulación emocional. Por esta razón, se propone la inclusión en la evaluación clínica de la valoración del desempeño cognitivo y de la impulsividad, con el fin de adaptar y mejorar las estrategias para el control del *craving*, y en la prevención de recaídas. Además, se propone que las variables psicológicas estudiadas en esta investigación (positividad, satisfacción vital,

autorregulación emocional e indefensión como pesimismo) se incluyan en los programas de prevención para dotar a la persona de una mayor capacidad ante el riesgo de consumo y/o para evitar el desarrollo de conductas adictivas.

SUMMARY

This thesis aims to study the role of psychological variables related to the addiction of psychoactive substances. On the one hand, it explores the relationship between cognitive impairment, depression and self-regulatory variables (positivity, self-efficacy to regulate emotions, life satisfaction and helplessness as pessimism). On the other hand, it analyzes the relationship of impulsivity and different psychological variables with the type of psychoactive substance consumed. Finally, it assesses the influence of the consumption of psychoactive substances (cocaine, cannabis, benzodiazepines, heroin and alcohol) on cognitive performance and depression. Differences according to the participants' sex, current age and age at the onset of consumption are also considered.

To achieve these objectives, three studies have been carried out. The first one is a preliminary study which aimed to explore that the imbalance in the psychological variables of self-regulation leads to depression and this to cognitive deterioration in a sample of people that consume psychoactive substances. The results suggest that a person with a good ability to regulate their emotions is less likely to suffer from depression and therefore will show a better cognitive performance. In the second study, it is intended to clarify the possible relationship between impulsivity and some psychological variables. The results indicated that this population shows a high level of impulsivity, regardless of the substance consumed, and lower positivity. However, they seem to regulate better positive emotions than negative ones, which probably facilitates that they feel a greater dissatisfaction with life and a greater helplessness. The third study analyzes the level of cognitive deterioration and depression in people that consume psychoactive substances, finding that a high percentage of them have cognitive and affective impairments.

To conclude, this research shows that people that consume psychoactive substances present more difficulties in cognitive performance, impulse control, mood stability and emotional self-regulation. For this reason, it is proposed to include the assessment of cognitive performance and impulsivity during the clinical evaluation in order to adapt and improve strategies for craving control and during relapse prevention. In addition, it is proposed to include the psychological variables analyzed in this research (positivity, life satisfaction, emotional self-regulation and helplessness as pessimism) in prevention programs to provide the person with a greater ability to face the risk of consumption and / or to avoid the development of addictive behaviors.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Primera Parte: Fundamentación Teórica	3
Capítulo 1. Marco teórico conceptual.....	5
1.1.- Evolución Histórica.....	5
1.2.- Conceptos Generales	13
Capítulo 2. Clasificación y criterios diagnósticos	25
Capítulo 3. Modelos Teóricos	33
3.1.- Modelos biológicos o modelos médicos	35
3.2.- Modelos Psicológicos.....	40
3.3.- Modelos Sociológicos	43
3.4.- Modelo Bio-Psico-Social	45
Capítulo 4. Prevalencia.....	49
4.1. Prevalencia del consumo de cannabis	55
4.2. Prevalencia del consumo de alcohol.....	58
4.3. Prevalencia del consumo de cocaína	63
4.4. Prevalencia del consumo de heroína	66
4.5 Prevalencia del consumo de hipnóticos y sedantes	68
Capítulo 5. Sustancias Psicoactivas.....	73
5.1.- Cannabis	83
5.2.- Alcohol.....	73
5.3.- Cocaína.....	77
5.4.- Heroína.....	80
5.5.- Hipnóticos y sedantes (benzodiacepinas).....	83
Segunda Parte Investigación Empírica	93
Capítulo 6. Planteamiento General.....	95
Capítulo 7: Estudio 1	99

Capítulo 8: Estudio 2.....	119
Capítulo 9: Estudio 3.....	133
Capítulo 10. Discusión general, conclusiones y perspectivas futuras.....	147
Referencias.....	161
Anexos.....	179
Anexo 1. Cuestionario sociodemográfico.....	181
Anexo 2. Consentimiento informado.....	185
Anexo 3. Inventario de depresión de Beck.....	187
Anexo 4 Evaluación cognitiva Montreal.....	191
Anexo 5. Escala de impulsividad de Barrat.....	193
Anexo 6. Variables psicológicas.....	195
Glosario de términos.....	197

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de las drogas OMS	23
Tabla 2. Criterios diagnósticos de la abstinencia de cannabis DSM-5.....	27
Tabla 3. Criterios diagnósticos Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)	27
Tabla 4. Consumo perjudicial CIE10	30
Tabla 5. Síndrome de dependencia según CIE10.....	30
Tabla 6. Clasificación de las Teorías y Modelos Explicativos.....	34
Tabla 7. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%) España. 1995-2017.....	52
Tabla 8. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%) España, 1995-2017.....	53
Tabla 9. Edad media de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años, España, 1995-2017.....	54
Tabla 10. Edad media de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años, según sexo, España 2017.....	54
Tabla 11. Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017	61
Tabla 12. Prevalencia de las personas que consumido hipnosedantes sin receta o para uso no médico mezclados con alcohol y/o drogas ilegales entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017.....	71
Tabla 13. Efectos agudos del consumo de cannabis.....	85
Tabla 14. Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables estudiadas	110
Tabla 15. Modelo de regresión lineal por pasos para explicar las variables predictivas del desempeño cognitivo en una muestra de consumidores	112
Tabla 16. Distribución de las personas participantes del estudio según sustancia psicoactivas consumidas.....	123
Tabla 17. Relación entre escalas de impulsividad y variables psicológicas.....	128

Tabla 18. Porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas según los tipos de depresión.....	140
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama funcional de la unidad de drogas y adicciones del IPBS.	13
Figura 2. Desarrollo de la Dependencia.	20
Figura 3. Circuito de la recompensa.	38
Figura 4. Neuroadaptación Metabólica.	40
Figura 5. Representación gráfica del tipo de variables implicadas en el modelo biopsicosocial.	46
Figura 6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (%) España, 1995-2017.	56
Figura 7. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%) España, 2017.	57
Figura 8. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%) España, 2017.	57
Figura 9. Países con mayor tasa de muertes atribuidas al consumo de alcohol en población entre 15 y 49 años de ambos sexos por cada 100.000 en 2016.	59
Figura 10. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (%), España 1997-2017.	61
Figura 11. Prevalencia de consumo de atracción de alcohol (binge drinking) en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15-64 años (%), España 2017.	62
Figura 12. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (%), España 1995-2017.	64
Figura 13. Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según sexo y edad (%), España 2017.	65
Figura 14. Tendencias en los consumidores de opiáceos que inician tratamiento por primera vez.	67
Figura 15. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (%), España 1995-2017.	68

Figura 16. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (%), España 2005-2017.....	69
Figura 17. Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (%), España 2017.....	70
Figura 18. Equivalencia en unidades de diversas consumiciones.	75
Figura 19. Áreas del cerebro donde actúa el THC.	87
Figura 20. Esquema estudio 1.	96
Figura 21. Esquema estudio 2	97
Figura 22. Esquema estudio 3	98
Figura 23. Media de las puntuaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas en la clasificación del deterioro cognitivo entre las puntuaciones MoCA (Evaluación Cognitiva de Montreal).....	141
Figura 24. Las diferencias de medias en el nivel de depresión experimentadas teniendo en cuenta la puntuación en el deterioro cognitivo en MoCA (Evaluación Cognitiva de Montreal, las puntuaciones inferiores a 26 se consideran deterioro cognitivo).	142

INTRODUCCIÓN

El consumo y la adicción a sustancias psicoactivas constituye un fenómeno mundial de enorme complejidad por los graves problemas sobre la salud física y psicológica con consecuencias a nivel familiar, social, cultural, político y económico. Por ello, su abordaje ha de llevarse a cabo desde diferentes enfoques, bio-psico y social, con la participación de varias disciplinas.

Debemos señalar que, en la actualidad están cobrando interés en el campo de las adicciones el papel que ejercen las emociones y la forma de gestionarlas, así como el control que ejerce la persona sobre los impulsos y su conducta, además del desempeño a nivel cognitivo que posee la misma en función de las sustancias consumidas, puesto que pueden tener una implicación importante tanto en el inicio del consumo como en su desarrollo, además de aportar claves específicas en cuanto al tratamiento.

Con la finalidad de aproximarnos a estas cuestiones, esta tesis se propone estudiar en personas consumidoras de sustancias psicoactivas tres objetivos principales:

1. El primero es explorar la relación existente entre el deterioro cognitivo, la depresión y las variables autorreguladoras del comportamiento (positividad, autoeficacia para regular las emociones, satisfacción vital e indefensión como pesimismo).
2. El segundo es analizar la relación entre la impulsividad y las distintas variables psicológicas con el tipo de sustancia psicoactiva.
3. El tercero de los objetivos es establecer la influencia del consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, cannabis, benzodiazepinas, heroína, alcohol) en el desempeño cognitivo y la depresión.

Todo ello, teniendo en consideración las diferencias de sexo, la edad actual y la edad de inicio de consumo.

Para desarrollar estos objetivos, la tesis se organiza en dos partes, la *Primera Parte* comprende la fundamentación teórica y se compone de cinco capítulos. En el Capítulo 1 con objeto de contextualizar el tema de estudio, se presenta la evolución histórica de las drogodependencias, así como los conceptos principales, los trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, las vías de administración y la clasificación de la

mismas, seguidamente, en el Capítulo 2 se muestran los sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que imperan actualmente. Continuamos en el Capítulo 3, donde se describen los modelos teóricos más importantes que explican este fenómeno. A continuación, en el Capítulo 4 se indica la prevalencia actual del consumo de las sustancias sujetas a estudio. Y finalmente, en el Capítulo 5, se da paso a la descripción de las distintas sustancias en las que se ha centrado este trabajo.

Así mismo, en la *Segunda Parte*, se presenta la investigación empírica que incluye en el Capítulo 6 los objetivos e hipótesis de trabajo que conforman los tres estudios que hemos llevado a cabo: En el Capítulo 7, se presenta el Estudio 1, donde exploramos la influencia de variables autorreguladoras en el estado de ánimo y en el desempeño cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas; a continuación, en el Capítulo 8 se presenta el Estudio 2, en él estudiamos la influencia de la impulsividad y las variables autorreguladoras en el consumo de sustancias psicoactivas; y para terminar los estudios, en el Capítulo 9 se recoge el Estudio 3, en él estudiamos el papel que ejerce el consumo de sustancias en el estado de ánimo y en el desempeño cognitivo.

Por último, en el Capítulo 10, discutiremos nuestros hallazgos en función de sus implicaciones teóricas y clínicas y presentaremos las conclusiones y perspectivas futuras de investigación derivada de esta tesis.

PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Desde la antigüedad se tiene conocimiento que determinadas sustancias son capaces de provocar alteraciones psíquicas en el ser humano, de hecho, el consumo de drogas es tan antiguo como la propia civilización y existe constancia de su utilización en las diferentes culturas y pueblos. En el pasado, no existía gran variedad de sustancias, pero sí había una especialización de tipo étnico y geográfico. Las razones para su consumo eran fundamentalmente religiosas, místicas y supersticiosas, así pues, se utilizaban para obtener sensaciones placenteras, liberarse de ciertas molestias, y facilitar rituales sociales y religiosos. Sin embargo, en la actualidad el panorama es totalmente diferente, dado que entre otras cosas el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un grave problema de salud pública por las consecuencias nocivas que ocasiona a nivel individual, familiar, y social. Cabe señalar que actualmente existe una muy amplia variedad de sustancias (naturales, semisintéticas y sintéticas) y desgraciadamente sigue creciendo. A diferencia del pasado, debido a el fenómeno de la globalización, actualmente se ha perdido el localismo, el consumo de sustancias psicoactivas se han extendido por todo el planeta y tanto los patrones de consumo como los perfiles de este se asemejan. En cuanto a los motivos del consumo, hoy en día sobre

todo radica en la búsqueda de nuevas sensaciones y aventuras placenteras, o para vencer inquietudes, etc.

El alcohol es la droga más antigua de la que se tiene conocimiento. Es en el neolítico cuando se produce la primera gran revolución de la humanidad y se pasa de una economía depredadora y nómada a otra de tipo sedentario basada en el desarrollo de la agricultura y la ganadería, la humanidad se inicia en la explotación de los recursos naturales y descubre, entre otras muchas cosas que cuando almacena el zumo de uvas y/o de ciertos granos en condiciones adecuadas, consigue distintas bebidas (vino, cerveza) con efectos tonificantes que le desconecta de la realidad (embriaguez y estupor) a estos efectos se le atribuye un carácter mágico y de esta manera se llega al descubrimiento de las bebidas alcohólicas. En el Código de Hammurabi, Babilonia 1700 a.C. (Lara Peinado, 1986), se ha hallado la descripción del uso de diversas plantas medicinales, regaliz y otras sustancias embriagantes (alcohol). También en el Libro egipcio de los muertos (Champdor, 2000) aparece la fermentación de cerveza y vino.

Con relación al opio, se han localizado semillas de *Papaver somniferum* que datan del neolítico. Así mismo, en las civilizaciones babilónicas aparecen las primeras referencias al uso de opio y a su cultivo industrial que se inicia en el siglo II a.C. Como refiere Villalobos y Pacheco (2009), los papiros egipcios: Papiros de Ramesseum 1990 a.C.; Kahoum 1850 a.C.; y Papiro de Ebers 1550 a.C., los cuales recogen distintos preparados a base de cápsulas de adormidera, llamada planta de spen, que se utilizaba como analgésico y tranquilizante.

Según Reynaud (2016), la utilización del cannabis como uso medicinal es milenaria, el primer registro del cannabis con fines médicos se encuentra en el libro de medicina china Pen tsao Ching del año 2700 a.C. donde lo detalla Shen Nung emperador chino y médico.

En la civilización griega no se aprobaba el consumo de drogas, ya que se buscaba el equilibrio cuerpo-mente, por lo que tanto, el uso de cáñamo como el de adormidera fue muy limitado, sin embargo, conocían muy bien sus efectos, siendo abundantes las referencias que aparecen en la mitología y literatura griega. Por ejemplo, Asclepio fue castigado por Zeus por revelar los secretos del opio, por otra parte, Hipócrates, empleaba el opio y el beleño para el tratamiento de enfermedades, aunque los griegos denostaban estas sustancias, por el contrario, veneraban el vino, lo utilizan como un medio para

mejorar el ánimo y la búsqueda de placer, sus efectos se describen en La Ilíada y la Odisea. El alcohol era un instrumento que ayudaba a pensar y opinar en los Symposia que eran reuniones en las que se comía, se bebía y tenían lugar las discusiones filosóficas y los debates políticos. Su cultivo se sitúa en el 3000 a.C. y según la mitología griega, Dionisos, el dios griego del vino, fue el que enseñó a los hombres su cultivo y elaboración.

En la época romana Dioscórides. y Plinio narran los usos y abusos del opio.

Esta medicina quita totalmente el dolor, mitiga la tos, reprime los humores que destila la caña de los pulmones, refrena los flujos estomacales y aplicase con agua sobre la frente y sienas de quienes dormir no pueden. Pero tomándose en gran cantidad ofende, porque hace letargia y despacha (Escohotado, 1998, p. 126).

También el opio era uno de los componentes de la Triaca Magna se trataba de un preparado polifármaco que se empleaba contra diversas enfermedades, se usó desde el siglo II a.C., alcanzando gran popularidad en la Edad Media, mientras que durante los siglos XVIII y XIX fue perdiendo popularidad.

Según recoge Escohotado (2008), Marco Aurelio, tomaba Triaca Magna por sus fuertes dolores de cabeza, la dosis habitual era un haba de Egipto diluida en vino, finalmente, terminó habituándose a ella, llegando a ser el toxicómano más célebre de la antigüedad.

Decididamente, el vino era la bebida por excelencia, resultando imprescindible en las fiestas (bacanalia y saturnalia). Baco el dios del vino y del delirium místico representaban la exaltación del vino, por el contrario, el consumo de cerveza se asociaba a las clases sociales más inferiores. Pero no fue hasta el año 186 a.C., cuando el senado romano prohibió las bacanales en honor al dios Baco. Pero a pesar de ello, los romanos fueron los grandes difusores de la cultura vitivinícola, por toda la cuenca mediterránea a través de las tabernas o thermopolias, aunque su cultivo y producción fue disminuyendo con la llegada de los bárbaros (bebedores de cerveza) y la caída del imperio romano. En la edad Antigua los celtas elaboraban sus bálsamos sagrados con opio, cáñamo y beleño, consiguiendo alcanzar el éxtasis y la perturbación de la conciencia.

Por otra parte, los árabes fueron los creadores de los primeros fumaderos de opio que se ubicaban en la trastienda de las tabernas institucionalizando su consumo (Marruecos, Turquía) y normalizando el de la marihuana y hachís.

Cabe señalar, según detalla Maimónides filósofo y médico cordobés del siglo XII en el Tratado sobre venenos y antidotos, que también fueron los primeros en extraer alcohol de sustancias fermentadas para uso terapéutico. Escotado (2008) expone que, durante la época del Califato cordobés, una de las más prósperas en la historia del islam, el vino no estaba prohibido de forma radical, pero si era reprochable las consecuencias de su consumo, sin llegar nunca a la penalización. Se citan hasta tres casos de jueces musulmanes que se topan con unos borrachos por las calles en Córdoba y deciden modificar su camino para no tener que intervenir y aplicarle ninguna sanción por pequeña que fuera.

En la Edad Media, las plantas, brebajes y filtros que tuvieron mayor resonancia fueron la mandrágora, beleño, datura, belladona, etc. Las brujas realizaban mezclas con belladona, beleño y mandrágora que se frotaban en la piel o se insertaban en la vagina para ser absorbida, usaban un palo de escoba para aplicarse el ungüento en axilas, pubis y vagina. Los efectos eran de sensación de volar, salir del cuerpo, o transformarse en diversos animales probablemente sea de aquí de donde proviene la imagen estereotipada de la bruja volando en su palo de escoba. En los países cristianos se restringió su uso por la asociación con la brujería ya que la iglesia excomulgaba tanto a aquellas personas que pudieran ser adivinas, brujas, hechiceras como a las que requerían sus servicios.

A su vez, se va desarrollando una amplia red de destilación, almacenamiento y distribución de bebidas alcohólicas que invariablemente se elaboran en los monasterios: a partir de hierbas maceradas En la Abadía de Fécamp de la orden benedictina se elaboraba el licor de hierbas Benedictine, en el monasterio Cartujo la Grande Chartreuse se elaboraba el licor francés de alta graduación, Chartreuse.

Durante el siglo XVI, los mercaderes holandeses y portugueses iniciaron el comercio y el tráfico de opio, aunque en un principio, su consumo estaba destinado a uso medicinal contra la malaria, tos y vías respiratorias, al cabo del tiempo se constató que tras su administración las personas se volvían alegres, bonachones, chistosos y recurrían a esta sustancia cuando la vida les parecía ardua y escabrosa. Ante el aumento de su consumo por parte de la población, el Emperador Yung-Chen promulgó leyes severas para que sus súbditos no adquirieran “la diabólica sustancia”, pero debido a que su consumo estaba muy extendido, esto fue inútil.

A lo largo del siglo XVII es cuando se desarrolla la comercialización del vino a gran escala, y a partir del s. XVIII en Europa se puso de moda el consumo de opio, concretamente en Inglaterra y en Francia que se empezó a utilizar el Láudano por vía oral.

Más tarde los ingleses a través de la Compañía de Indias se hacen con el comercio del opio. El Emperador Ming-Ning apela a la Reina Victoria para que prohibiera a sus súbditos vender en China lo que no estaba permitido en Gran Bretaña, pero la Cámara de los Comunes contesta que no estaban dispuestos a renunciar a esa fuente de ingresos, generando un conflicto que desembocó en las guerras del opio (estas guerras se consideran la primera guerra de drogas) y llevaron a los chinos a tener que comprar la paz a costa de pérdidas de territorio y dinero: Hong-Kong (Tratado de Nankín, 1842). Esto marcó el final de la primera guerra del opio.

Más tarde, a comienzos del s. XIX, el cannabis es introducido en Europa desde Egipto a través de las tropas de Napoleón con uso no médico. Su consumo era minoritario puesto que los europeos no tenían costumbre de utilizar el cannabis como sustancia embriagante ya que en la civilización cristiana la principal droga era el alcohol, pero particularmente, se empieza a consumir de forma habitual en círculos artísticos e intelectuales, siendo representativo el grupo de escritores franceses que, como Balzac, Baudelaire, Dumas y Gautier, se reunían bajo el nombre del “Club des Haschis” en París en el periodo de 1840-1860.

En la Edad contemporánea, con el desarrollo de las industrias químicas y farmacéuticas, se empiezan a aislar los principios activos de las plantas, se promueven las ciencias biomédicas, se impulsa la industria farmacéutica y por consiguiente aparecen las drogas sintéticas, aumentando de forma importante tanto su producción como su consumo. A partir de aquí los hechos se desencadenan de forma vertiginosa, Sertürner aísla en 1803 el alcaloide de mayor proporción en el opio, lo llama Morfina por Morfeo: Dios del sueño y actúa como un potente analgésico. Más tarde, en 1853, se inventa la aguja hipodérmica y se inicia la administración de drogas por vía subcutánea o intravenosa. Durante las guerras de Secesión de Estados Unidos (1861-1865) y la Franco-prusiana (1870-1871), la morfina adquiere protagonismo debido a una amplia utilización.

En relación con la cocaína, en 1859, Albert Niemann, extrae el clorhidrato de cocaína, el cual, años más tarde, Freud (1884) utiliza como antidepresivo y en el tratamiento de

dependencia a la morfina, pero se observa que tiene una gran capacidad adictiva y se abandona el uso medicinal.

La farmacéutica Bayer fue pionera en la fabricación industrial y comercialización, de la heroína que comenzó en 1898, pocos días después de sacar a la venta la aspirina.

En consecuencia, desde el momento en que se produce el intercambio y la comercialización a mayor escala, el consumo de sustancias psicoactivas comienza a ser un grave problema social y político.

Como refiere Escotado (2008), en el siglo XX existe una disponibilidad total, a nivel mundial de todas las drogas conocidas en farmacias y droguerías. A principios de siglo XX se inicia el consumo de cocaína vía esnifada en EE.UU. y posteriormente en Francia, Alemania y Suiza, su consumo se lleva a cabo en ambientes noctámbulos y frívolos, pero disminuyó en 1930 al sintetizarse las anfetaminas y ser desplazada por el consumo de heroína.

Las experiencias clínicas de las anfetaminas no se realizaron hasta los años 30, pues se utilizaron en las guerras para aumentar la resistencia física (Kamikazes), dar impulso a los soldados agotados (Nazis), sin embargo, su consumo abusivo se inicia en los años 60-70. En esos años también se usan las drogas de diseño: M.D.A. (droga del amor) y M.D.M.A. (éxtasis). En los años 70, los psiquiatras norteamericanos las utilizaban como coadyuvante en psicoterapia, de forma que progresivamente los sistemas sanitarios de cada país iban absorbiendo las nuevas demandas y los nuevos problemas asociados a las drogas.

En otro orden de cosas, el estudio de las conductas derivadas del consumo de drogas y alcohol se empieza a contemplar a finales del s. XVIII y principios del s. XIX, cuando el alcoholismo y otras formas derivadas de las conductas morales, empiezan a estudiarse como entidad clínica. A principios del siglo XIX el higienismo actualiza el concepto planteado por el filósofo suizo Jean Jacques Rousseau al distinguir entre enfermedades naturales y enfermedades por la culpa, responsabilizando y a su vez culpabilizando el consumo de sustancias, como consecuencia de ello dio lugar a campañas antialcohólicas, y a crear una imagen negativa del alcohólico. Algo muy parecido a lo que sucedió con la sífilis o el SIDA años más tarde (Barona, 2003). A finales del siglo XVIII, Benjamín Rush en su obra *Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind*

describió el alcoholismo como una enfermedad de la voluntad (Levine,1978). Posteriormente, en 1849, Magnuss Huss publica el artículo *Alcoholismo Chronicus* sobre la embriaguez, donde comienza a entenderse la adicción como un problema médico desplazando la idea de falta de voluntad o problema moral, desarrollando a su vez, asociaciones de ayuda que promocionaban la templanza (Freixa i Sanfeliu, 2002), por contra el Dr. Morel en 1857, expone que entre las diversas causas de degeneración de la especie humana se encontraba el alcoholismo, vinculándolo a la locura y la criminalidad contribuyendo de esta manera a ofrecer una imagen muy negativa y moralizada de los alcohólicos, en consecuencia, este enfoque degeneracionista abonó una imagen aún más negativa y moralizada de los alcohólicos, que influyó en el resto de los países.

En España, la sociedad se fue adaptando de forma progresiva a los problemas que ocasionaba el consumo de drogas y alcohol, de tal forma que en los años 50 se crearon los Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías (Pascual, 2009).

A partir de 1960 se extiende vertiginosamente el consumo del cannabis, en Europa Occidental y sobre todo en los Estados Unidos se introduce de una forma masiva entre la juventud, vinculado inicialmente a actitudes contestarías, marginales, y estrechamente asociado al denominado movimiento contracultural y la subcultura de la droga, pero, con el paso de los años el consumo se va asociando al ocio y entretenimiento de los más jóvenes cambiando por completo los patrones de su consumo. Cabe observar que en España a partir de los años 70 se produce una escalada en el consumo.

En la década de los 80 aparece en Londres el movimiento Acid House, la gente joven se reunía en clubs, escuchaban música y consumían éxtasis, de forma simultánea, en España surge la Ruta del Bakalao, los After Hours y en 1986 en Ibiza se consume de forma recreacional en grandes discotecas acompañada de música High-Tech o Máquina. La juventud que salía de fiesta se reunía en polígonos industriales iniciándose el fenómeno de las raves (fiestas ilegales que suelen organizarse en lugares abandonados o zonas rurales).

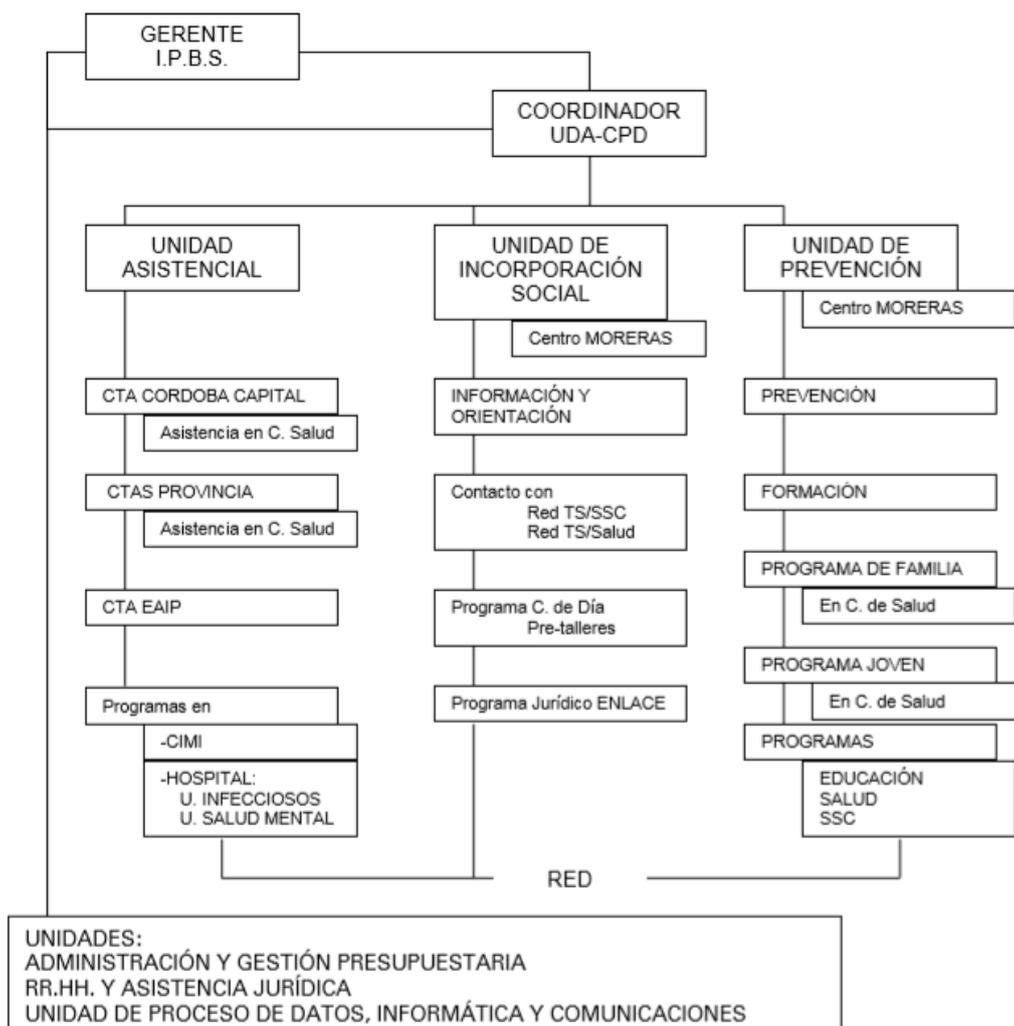
Desde mediados de los 80 hasta principios de los 90, el consumo de heroína irrumpió bruscamente de forma preocupante, provocando una epidemia con consecuencias devastadoras, que sólo se vio frenada por la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta situación generó gran alarma social, además los servicios sanitarios

se vieron desbordados, los profesionales no contaban con experiencia en el tratamiento. Todo ello provocó que el 20 de marzo de 1985 el Gobierno creara el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), cuyos objetivos prioritarios, fueron reducir la oferta y la demanda, disminuir la inseguridad ciudadana, ofertar una red pública de servicios de atención, coordinar y cooperar con todas las Administraciones e Instituciones implicadas, todo esto a su vez, constituyó un modelo para articular otros planes. Así pues, en un corto periodo de tiempo, todas las comunidades autónomas elaboraron e implementaron sus propios planes y recursos específicos para abordar la situación.

En 1985 se crea el Plan Andaluz sobre Drogas, se constituyen, por un lado, el Comisionado para la Droga como órgano coordinador y de planificación (Decreto 72/85 de 3 de abril) y, por otro, los Centros Provinciales de Drogodependencias con la misión de desarrollar los Planes de Drogas a nivel provincial (Decreto 73/85 de 3 de abril).

Los Centros Provinciales (CPD) son centros ambulatorios especializados en la atención a las drogodependencias, constituyen la puerta de entrada a la red asistencial y refuerzan la continuidad de la cadena terapéutica mediante la coordinación de los recursos existentes en su ámbito territorial y la derivación de los pacientes a los servicios y programas especializados que consideren adecuados.

A partir del año 2000, en la provincia de Córdoba se crean las Unidades de Drogas y Conductas Adictivas (UDAs) ubicadas en los centros de salud, en el nivel de atención primaria desde donde se abordan estos trastornos de forma totalmente normalizada (véase Figura 1). Es desde estas UDAs donde se ha obtenido la muestra clínica de este estudio (Instituto Provincial de Bienestar Social, 2017).



CTA: Centro de Tratamiento Ambulatorio
IPBS: Instituto Provincial de Bienestar Social

Figura 1. Organigrama funcional de la unidad de drogas y adicciones del IPBS.

Fuente: Memoria 2017 de la Unidad de Drogas y Adicciones Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba.

1.2.- CONCEPTOS GENERALES

Desde que una persona realiza su primer consumo hasta que se genera la adicción, se producen varios cambios que se manifiestan de manera sustancial a nivel físico y psicológico y social, es por ello necesario definir los conceptos y términos que nos encaminen a un mayor entendimiento del tema.

1.2.1.-Concepto de Droga

El concepto de droga es un término amplio, variado y complejo, se ha ido modificando a lo largo del tiempo conforme a la aparición de nuevos avances en el conocimiento, y en los logros científicos relacionados con la biología humana, la psicología, la sociología y el estudio e investigación sobre las drogas. En 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define Droga como “Cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste”.

La Ley de Drogas de Andalucía, Ley 4/1997, publicada en el BOJA n° 83 de 19/07/1997, recoge en las disposiciones generales de su Título I: Drogas son “Aquellas sustancias, naturales o sintéticas, cuyo consumo puede generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud”.

Según el diccionario de psicología Galimberti (2002, p. 354), “droga es una cualquier sustancia, sintética o natural, químicamente pura o no, cuya ingestión provoca una modificación de la conciencia, de la percepción y del humor”.

Aunque existen muchas definiciones de droga, en la última década y bajo una perspectiva científica, el concepto de droga se aplica a:

Aquellas sustancias psicoactivas de acción reforzadora positiva (que inducen a las personas consumidoras a repetir su autoadministración por el “placer” que les proporciona) capaces de generar dependencia psíquica o física (cuando se dejan de tomar pueden desencadenar un malestar psíquico y/o físico) y que ocasionan en muchos de los casos graves deterioros psicoorgánicos, sociales, familiares, etc. (Del Moral, Fernández, Laredo y Lizasoain, 1998, p. 3).

Como afirma Del Río (2011), en la definición se han de incluir tanto los efectos a nivel individual como a nivel social, las describe como sustancias psicoactivas externas al cuerpo que modifican el organismo con capacidad reforzadora positiva en sus primeros momentos, pudiendo llegar a ser un refuerzo negativo si su uso es continuado, generan tanto dependencia psicológica y física indistintamente, y llevan a la persona a padecer problemas a todos los niveles, familiar, social, económico, etc.

Otra definición de droga es:

Toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento contempla también las sustancias legales como alcohol, tabaco, psicofármacos y disolventes volátiles (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011, p. 18).

1.2.2.- Trastornos por consumo de sustancias

Como queda expuesto anteriormente, la adicción (del latín *addictio*), se refiere al hábito que domina la voluntad de una persona, se produce en un continuum que puede progresar desde el uso, al hábito, abuso y la dependencia, por ello es conveniente delimitar los diferentes conceptos de manera inequívoca.

En la actualidad hablamos de uso y/o consumo de drogas cuando se produce una relación con la sustancia o actividad adictiva en las que bien por su cantidad o por su frecuencia, no se detectan consecuencias inmediatas sobre la persona que la consume o sobre su entorno. Edwards, Arif y Hodgson (1981) diferencian varios tipos de usos, consideran *uso no aprobado* cuando el consumo está legalmente sancionado, por ejemplo, el dopaje etc., *uso nocivo*, o uso peligroso, se refiere al consumo de riesgo, que se realiza ante una situación en la que por pequeña que sea la cantidad, puede generar riesgos y daños. por ejemplo, las personas que van a conducir un vehículo o, van a realizar actividades peligrosas o de precisión, o cuando estén tomando determinados medicamentos, *uso desadaptativo*, hace hincapié en la modificación de los hábitos que conlleva la ingesta de tóxicos.

Siguiendo a Gómez, García y Collado (2007) el hábito se refiere al consumo más frecuente, en otras palabras, a la costumbre de consumir una sustancia, debido a la adaptación del cuerpo a sus efectos, un ejemplo es el consumo de café o de té. En el hábito existe el deseo de consumo, pero es circunstancial y flexible, sin tendencia a aumentar la

dosis, ni de padecer trastornos físicos o psicológicos. Por lo tanto, ni su búsqueda ni su consumo deriva en alteraciones conductuales.

En 1987, el Real Colegio de Psiquiatras Británico definió el abuso como *cualquier consumo de sustancias químicas que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general*. (Pérez del Río, 2011, p. 30). Asimismo, se considera abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) consideraba el abuso como una relación con las sustancias o la actividad adictiva en las que bien por su cantidad o por su frecuencia, se producen consecuencias negativas sobre la persona que las consume y/o sobre su entorno, pero desde la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM V (American Psychiatric Association APA, 2013), se modifica el enfoque de categorial a dimensional, por consiguiente, se elimina el concepto de "abuso" y "dependencia" que contemplaba el DSM IV, pasando a incluirse distintos niveles de severidad en relación con el número de criterios diagnósticos: leve: 2-3 criterios, moderado: 4-5 criterios, severo: 6 o más criterios.

En el CIE 10 (World Health Organization, 2000), el abuso se considera como un consumo perjudicial, en el que se contemplan varios tipos, a saber, abuso social, abuso ocasional, etc. en el que intervienen la vulnerabilidad de las personas, del contexto y del potencial adictivo de la sustancia o de la actividad que se realiza cuando se consume.

En general el abuso se define como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro significativo en las obligaciones personales o se consume en situaciones de riesgo o se asocia a problemas legales o el sujeto continúa consumiendo a pesar de las consecuencias que le ocasiona, en áreas significativas como salud física, psíquica, relaciones familiares, laborales y sociales. En definitiva, el abuso de una sustancia psicoactiva se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo (Casas, Roncero y Colom, 2010).

En otra época, a las personas que consumían drogas se les etiquetaba de viciosos sin fuerza de voluntad y faltos de moral, asociados a distintas taras físicas.

En el siglo XIX se utilizaba el término de toxicomanía, pero a causa de la estigmatización social y las connotaciones negativas a nivel moral fue reemplazado por el de drogodependencia que implicaba una connotación más científica pues aludía al estado de intoxicación periódica o crónica de la persona que consumía una sustancia, otro aspecto, es que se centraba en la intoxicación como síntoma, es decir, en la cantidad y la frecuencia de consumo, no obstante en las últimas décadas se ha generalizado el término adicción ya que contempla tanto las dependencias de sustancias como las adicciones comportamentales (Casas et al., 2010). Sin embargo, este término no aparece en ninguno de los sistemas de clasificaciones DSM5, CIE10, como diagnóstico clínico.

La OMS en 1964: consideraba la dependencia como un estado psíquico y, en ocasiones, físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y una droga, que se manifiesta por un conjunto de conductas que implica la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada para experimentar sus efectos psíquicos o, para evitar el displacer ante su falta (Casas et al., 2010).

Cabe añadir que en 1981 la OMS modificó la anterior definición y pasó a considerarla como el conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que incluía varias consideraciones; por un lado, la compulsión a consumir, y al mismo tiempo el intento de cesar o reducir su consumo, por otro, la neuroadaptación bioquímica-funcional y por último la propensión al restablecimiento del consumo compulsivo tras un periodo de abstinencia (Casas et al., 2010).

En la dependencia física o neuroadaptación, se genera un vínculo muy profundo entre la droga y el organismo, que se caracteriza por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una sustancia en el organismo, el desarrollo de la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo.

La *tolerancia* implica la adaptación del organismo a la droga, de tal manera que desencadena en la persona la necesidad de consumir cada vez más cantidad para llegar a obtener el mismo efecto, forzándola a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial, en otras palabras, la tolerancia se caracteriza por una disminución gradual del efecto de la droga tras la administración repetida de la misma dosis.

En su desarrollo inciden varios factores, por un lado la propia sustancia consumida, por ejemplo, la heroína y la nicotina tiene un alto poder adictivo, pues poseen mayor

capacidad para generar tolerancia y dependencia (Laporte, 1976) y por otro lado, las características de la persona que la consume, como su constitución, el peso, el sexo, y la vulnerabilidad o sensibilidad, puesto que existen personas que para alcanzar los mismos efectos que otras, necesitan consumir mayor cantidad desde el primer consumo, un ejemplo son los hijos de alcohólicos, parece ser que pueden presentar menor sensibilidad al alcohol, desarrollando una *tolerancia innata*, teniendo mayor predisposición a experimentar una dependencia temprana.

Así mismo, en la *tolerancia adquirida*, tras el consumo continuado de una sustancia, el organismo se desensibiliza, se produce un efecto de habituación de tal forma que con la dosis habitual no se consigue los efectos conseguidos en sus inicios, con lo cual la persona experimenta la necesidad de aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos. Por lo tanto, una dosis determinada puede ser letal para una persona y no para otra, en función de su tolerancia. Es muy importante tener en cuenta cuando se produce una recaída (reinicio del consumo tras un periodo importante de abstinencia) pues se corre el peligro de sufrir una sobredosis si la persona retoma el consumo con la misma cantidad que consumía en el pasado, puesto que el organismo se ha modificado durante la abstinencia.

La *tolerancia cruzada* se refiere a cuando una persona que ha desarrollado tolerancia a una sustancia concreta se hace tolerante a los efectos de otras sustancias de la misma familia que actúan por un mecanismo idéntico, por ejemplo, la heroína presenta tolerancia cruzada con la morfina, el alcohol con los barbitúricos.

Sin embargo, en la *tolerancia invertida* con dosis inferiores aparecen efectos muy acentuados por ejemplo en alcohólicos con problemas en la metabolización del alcohol con dosis pequeñas de alcohol aparece una intoxicación aguda.

El *síndrome de abstinencia agudo o de retirada (withdrawal syndrome)*, sobreviene ante el cese brusco del consumo de la sustancia o cuando se administra una sustancia antagonista, se manifiesta con un conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que desaparecen con el consumo de dicha sustancia o con sustitutivos farmacológicos. Tanto su intensidad, duración y gravedad va a depender del tipo de sustancia, la dosis habitualmente consumida, frecuencia, vía de administración, etc. Los síndromes de abstinencia más peligrosos son los de los barbitúricos y el del alcohol que en el estadio más grave (Delirium tremens) puede ser letal.

El síndrome de abstinencia tardío aparece tras pasar un tiempo en abstinencia pudiendo pervivir durante meses o años. Causa alteraciones en el sistema neurovegetativo y las funciones psíquicas básicas (afectividad, pensamiento, percepción, memoria, etc.) provocando que la persona rememore con frecuencia la sustancia que consumía, dificultándole una adecuada calidad de vida pudiendo precipitar la recaída.

Por último, hemos de considerar *el síndrome de abstinencia condicionado* que aparece ante la exposición de la persona a los estímulos ambientales que han estado fuertemente asociados a lo largo de toda su historia de consumo sin que haya existido ningún consumo, los síntomas que se manifiestan son los síntomas típicos del síndrome de abstinencia agudo.

La *dependencia psicológica* se refiere al deseo irreprimible (*craving*) de repetir el consumo de una sustancia psicoactiva para obtener sus efectos gratificantes y/o evasivos y/o evitar el malestar que se siente con su ausencia, es muy difícil de superar e impulsa a la persona a consumir después de llevar meses o incluso años de abstinencia. Se caracteriza fundamentalmente por la búsqueda persistente de la sustancia asociada a un patrón de consumo patológico.

Se basa en la capacidad que tiene la sustancia de reforzar la conducta de consumo debido a los efectos inmediatos positivos que genera, placer, evasión y aprobación de los amigos (refuerzo positivo), sin embargo cuando se produce la abstinencia y/o retirada del consumo afloran manifestaciones desagradables, estas se eliminan consumiendo la sustancia, en este caso el objetivo de buscar la droga y consumirla es eliminar dichas manifestaciones desagradables, de esta manera el consumo también actúa como refuerzo negativo. Tanto si es para conseguir placer como si es para evitar malestar la persona continúa consumiendo la sustancia ocasionando cambios en su actitud, comportamiento y en su estilo de vida.

Por otra parte, todos los estímulos y conductas asociadas al consumo se convierten en “disparadores” de la conducta de consumo ya que cuando la persona se expone a los mismos experimenta el deseo de consumo precipitando la conducta de búsqueda y consumo de la sustancia. Desde esta perspectiva tanto el condicionamiento operante y el clásico favorecen el aprendizaje y mantenimiento de las conductas adictivas. Pero la dependencia psicológica es muy compleja, en su desarrollo influyen también agentes

motivacionales, contextuales, educativos, sociales, biológicos y aspectos ligados a la propia sustancia integrándose en la persona, configurando su estilo de vida.

La *dependencia social* alude al consumo de una sustancia con objeto de integrarse e identificarse en un grupo específico, de tal manera que su eliminación puede provocar un desajuste en sus relaciones sociales, ocasionándole un sentimiento de exclusión y malestar e impulsando a la persona a reanudar el consumo que le facilita la identificación e integración en ese grupo (Del Moral y Fernández, 1998). En la Figura 2 se representa el proceso de desarrollo hasta llegar a la dependencia.

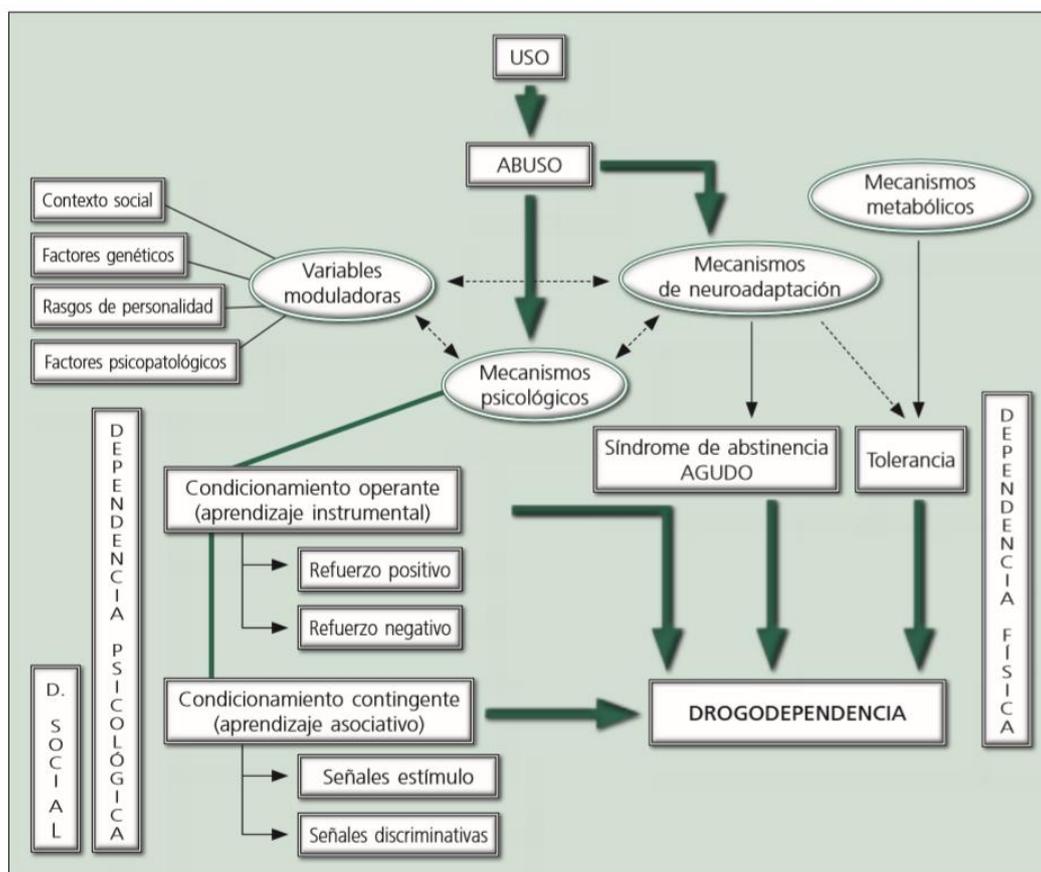


Figura 2. Desarrollo de la Dependencia.

Fuente: Del Moral y Fernández (1998).

1.2.3.- Vías de administración

Es fundamental tener en cuenta la vía de administración de la sustancia, puesto que ejerce una gran influencia en el potencial adictivo, ya que determinadas formas de

consumo producen efectos placenteros más inmediatos y breves, siendo su potencial de adicción más alto que cuando se administran por otras vías, un ejemplo es cuando el consumo de cocaína se realiza por vía parenteral “engancha” más rápidamente que si se consume por vía nasal.

Según Salazar y Rodríguez (1994) existen cinco vías de administración:

- Vía oral: se realiza en forma de ingestión, mascado o sublingual, su llegada al torrente sanguíneo está condicionada por factores tales como el estado gastrointestinal, lo que produce variaciones interpersonales en relación con el tiempo y la cantidad de droga absorbida, es la vía utilizada para el consumo de alcohol, benzodiazepinas, anfetaminas, LSD, barbitúricos, drogas de síntesis, etc.
- Vía pulmonar: la sustancia puede ser inhalada y/o fumada, la llegada al SNC es muy rápida. se utiliza en el consumo de nicotina, cannabis, crack (derivado de la cocaína).
- Vía nasal: requiere que la sustancia sea aspirada a través de la mucosa nasal (esnifada), es la vía más utilizada para consumir cocaína.
- Vía parenteral: requiere mayor cuidado y destreza que otras vías, se precisa una jeringuilla hipodérmica para administrarse la droga, se puede llevar a cabo por vía intravenosa, intramuscular y subcutánea, es la usual en heroinómanos y policonsumidores.
- Vía rectal o genital: se aplica sobre la mucosa anal o genital, la utilizan consumidores de cocaína y heroína (Del Moral y Fernández, 1998).

1.2.4.- Clasificación de las drogas

A lo largo de la historia las drogas han sido clasificadas según numerosos sistemas de categorización con criterios que responden a la diversidad de puntos de vista disciplinarios. Así, según Freixa y Soler Insa (1981), debemos contemplar las drogas, frente a la droga en singular.

Destaca por un lado la que se realiza según la intensidad de la adicción que provocan estableciendo la distinción entre blandas (marihuana, cafeína, tabaco). y duras (opiáceos,

barbitúricos, alcohol, cocaína y anfetaminas), sin embargo, al considerar una droga blanda, en contraste a otras que serían duras, se puede concebir la idea de que existen drogas inofensivas, lo cual es una falacia. Esta clasificación se remonta a los años 70 cuando se presumía que la marihuana no era peligrosa, pero posteriores investigaciones realizadas en los años 80 lo desmintieron.

Así mismo, también han sido clasificadas desde una perspectiva legal, en relación con el consumo, la producción y venta distinguiéndose cuatro categorías:

1. Institucionalizadas, que aluden a aquellas sustancias cuyo consumo, producción y comercialización son legales, un ejemplo de ello es el alcohol y el tabaco.
2. De uso médico, se refiere a las sustancias que se consume por prescripción médica, un ejemplo son los psicofármacos (hipnóticos y sedantes).
3. De uso industrial: equivale a aquellas sustancias que se elaboran legalmente para utilización industrial, pero se consumen de forma patológica, un ejemplo son los pegamentos, lacas e inhalantes.
4. Clandestinas: son aquellas sustancias cuyo consumo, producción y comercialización es ilegal, por ejemplo, heroína, cocaína. etc.

Otra clasificación se ha basado en función de su procedencia:

- a) Naturales, que se obtienen directamente de la propia naturaleza, sin pasar por ningún proceso de intervención química, (marihuana, hachís, cocaína, opio)
- b) Sintéticas se obtienen por procedimientos químicos que son necesarios para depurar su composición y su grado de pureza y así poder comercializarlas y distribuir las (Barbitúricos, anfetaminas, tranquilizantes, ácido lisérgico LSD).
- c) Industriales también llamadas " las drogas de los pobres" porque son fáciles de obtener y de bajo costo (pegamentos y combustibles).

En definitiva, la más utilizada en la práctica clínica actualmente es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que las agrupa según sus efectos sobre el sistema nervioso central SNC (véase Tabla 1), es decir, las que lo estimulan o psicoanalépticas, las que lo deprimen o psicolépticas, las que lo alteran o psicodislépticos, en la clasificación inicial de la OMS, el cannabis se incluía en este grupo por el potencial de su principio activo THC, pero en la actualidad se la considera separada de éstos.

- Las drogas estimulantes (psicoanalépticos) aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando niveles de alteración y de exaltación nerviosa y motora, en consecuencia, la persona entra en un estado de euforia y desinhibición, con menor control emocional, mayor irritabilidad y agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud. En este grupo se incluyen la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y la mayor parte de las sustancias de síntesis y de las nuevas sustancias psicoactivas.
- Las drogas depresoras (psicolépticas) disminuyen las respuestas cerebrales, o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y en ocasiones del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión, en definitiva, tranquilizan el cuerpo, dejándolo en estado de sopor y de total inactividad. Dentro de este grupo se incluyen el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona).
- Las drogas alucinógenas (psicodislépticas) son sustancias químicas cuya ingesta a través de las mucosas, afectan parte de las conexiones cerebrales ocasionando una alteración de la conciencia y distorsionando la percepción de los objetos (intensidad, tono y forma). Deben su nombre a la formación de percepciones no reales, es decir, alucinaciones, en este grupo se incluyen el ácido lisérgico (LSD).

Tabla 1.

Clasificación de las drogas OMS

Clase	Ejemplos	Efectos conductuales más comunes
Estimulantes	Anfetamina Cocaína Éxtasis Nicotina	Estimulación, excitación, incremento en la energía, incremento en la concentración, disminución del apetito, aumento del ritmo cardiaco, respiración incrementada, paranoia, pánico
Depresivos	Alcohol Sedantes e hipnótico Solventes volátiles	Relajación, desinhibición, disminución motora, disminución en la memoria y la cognición, ansiolisis
Alucinógenos	Cannabinoides LSD Fenciclidina	Alucinaciones, conciencia sensorial incrementada, déficit motor y cognitivo
Opioides	Morfina Heroína	Euforia, analgesia, sedación

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.

1.2.5.- Seguridad vial y consumo de sustancias psicoactivas

En España tras el Real Decreto Legislativo 6/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, destaca la modificación que endurecen las sanciones por conducir un vehículo habiendo consumido sustancias psicoactivas y/o alcohol.

Se realizan controles toxicológicos de drogas y alcohol de forma rutinaria, para detectar si una persona que conduce un vehículo ha ingerido drogas, con influencia en la conducción. Estos controles son de carácter obligatorio y todas aquellas personas conductoras de vehículos y las de la vía implicadas en un accidente de tráfico o que hayan cometido una infracción han de someterse a estas pruebas. En los controles toxicológicos se toma una muestra de saliva y en el caso de resultado positivo, se toma una segunda muestra que se analiza en laboratorio. Estos controles, sólo detectan el consumo en las 4 o 6 horas anteriores, su fiabilidad es tal que el 98,6% de los positivos, se confirman en la prueba del laboratorio. Si el control de tóxicos detecta indicios de consumo, esto supone la pérdida de 6 puntos del permiso de conducir y 1000€ de multa. A este respecto prima el principio de tolerancia cero con el consumo de drogas y la conducción de vehículos.

Con relación al alcohol, la prueba de alcoholemia mide la concentración de alcohol en sangre. Los límites de alcoholemia son: en conductores en general: 0,5 g/l en sangre, 0,25 mg/l en aire aspirado. y en conductores noveles y profesionales: 0,3 g/l en sangre, 0,15 mg/l en aire espirado. Pero la tendencia a nivel internacional es ir rebajando las tasas máximas permitidas, con la finalidad de alcanzar al menos el límite de 0,1-0,2 g/l para conductores en general y a 0,0 g/l para los profesionales. Por encima de estas cifras, se aplican las sanciones correspondientes, que prevé la retirada de 4 o 6 puntos o, incluso, penas de cárcel (Ministerio del Interior DGT, 2014).

CAPÍTULO 2.

CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La clasificación en ciencia es uno de los cometidos obligados para poder avanzar, como sostenía Eysenck uno de los problemas de la psicología era que los psicólogos se habían puesto a investigar sin que previamente todos entendiesen lo mismo en el manejo de las categorías.

La primera clasificación de los trastornos psicológicos proviene de Grecia, Hipócrates, en el siglo IV a.C. diferenció entre Manía y Melancolía, esta clasificación se mantuvo hasta el Renacimiento a través de Galeno (I d.C.). Pero no fue hasta 1899 cuando Kraepelin, clasificó los trastornos mentales tal como los consideramos en la actualidad, puesto que ideó un sistema constituido por grupos de pacientes con sintomatología homogénea que constituían un síndrome (Del Barrio, 2009).

En los años 50 con la introducción de los psicofármacos y la observación de la poca fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos se gestó la necesidad de elaborar unos criterios que validaran el proceso diagnóstico. Desde entonces, hasta la actualidad se han formulado varias clasificaciones siendo las más conocidos y utilizados el DSM-5 y la CIE-10.

En 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.), en un primer intento de desarrollar unos criterios diagnósticos operativos publicó el DSM-I (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders), desde esta primera clasificación, se han sucedido varias versiones hasta la actual (DSM-II 1968, DSM-III 1980, DSM-III-R 1987 DSM-IV 1994, DSM-IV-R 1998, DSM-IV-TR 2000).

El DSM-5 es la quinta edición del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, se publicó en 2013.

Uno de los principales cambios que se presentan en el DSM 5 es que se pasa de un enfoque categorial a una concepción dimensional donde existe una única dimensión que subyace a los trastornos por consumo de sustancias, además se eliminan los términos "abuso" y "dependencia" del DSM IV y se incluye el término trastornos por consumo de sustancias, asimismo, se incorpora el criterio de craving.

Otra novedad del DSM5, es que, para establecer el diagnóstico es necesario como mínimo tener dos síntomas de 11, en un período de 12 meses, incorporándose a su vez los niveles de severidad en relación con el número de criterios diagnósticos: Leve: 2-3 criterios, Moderado: 4-5 criterios, Severo: 6 o más criterios.

Cabe señalar que en esta última versión se elimina el ítem referido a las consecuencias legales del consumo de sustancias.

Otro cambio muy importante en esta edición es la inclusión del juego patológico dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, ya que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa semejantes a los que se activan cuando se consume sustancias psicoactivas.

Para concluir con las novedades de esta edición conviene subrayar la introducción del síndrome de abstinencia del Tetrahidrocannabinol THC (véase Tabla 2) tan discutido y controvertido en el pasado. Este cuadro aparece en más del 50% de los consumidores intensos o en el 15% de los consumidores regulares. Aparece a las pocas horas de la suspensión del consumo, los primeros 4-5 días son más intensos y tiende desaparecer en 1-2 semanas (Portero, 2015).

Tabla 2.

Criterios diagnósticos de la abstinencia de cannabis DSM-5

Criterio A	Cese brusco de un consumo de cannabis intenso y prolongado.
Criterio B	Aparición en el plazo de una semana tras el criterio A, de tres o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, rabia o agresividad. • Nerviosismo o ansiedad. • Dificultades para dormir. • Pérdida de apetito o peso. • Intranquilidad. • Animo deprimido. • Dolor abdominal, espasmos, temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
Criterio C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas del funcionamiento del individuo.
Criterio D	Los síntomas no pueden ser atribuidos, o mejor explicados, por otra patología o la abstinencia a otra sustancia

Fuente American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

El DSM 5, diferencia en dos grupos los trastornos relacionados con sustancias (véase Tabla 3): por un lado, los trastornos por consumo de sustancias y por otro, los trastornos inducidos por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos).

Tabla 3.

Criterios diagnósticos Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)

Un modelo problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- 1.- Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- 2.- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
- 3.- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
- 4.- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.

5.- Consumo recurrente, que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6.- Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.

7.- El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8.- Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9.- Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

10.- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

- Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

Especificar si:	Especificar la gravedad actual:
<p>En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir”, que puede haberse cumplido).</p>	<p>Leve: Presencia de 2–3 síntomas.</p>
<p>En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir”, que puede haberse cumplido).</p>	<p>Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.</p>
<p>En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la sustancia (en el caso de los opiáceos, es necesario especificar si está en terapia de mantenimiento).</p>	<p>Grave: Presencia de 6 o más síntomas</p>

Fuente American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub.

Por otra parte, la O.M.S. también se preocupó de la clasificación de los trastornos mentales quedando recogidos por primera vez en la CIE 6, publicada en 1948, de igual forma que el DSM, también se han sucedido varias versiones hasta la actual.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud O.M.S. publica la CIE-10, la décima edición de la “Clasificación Internacional de las Enfermedades”, que analiza el conjunto de todas las enfermedades, trastornos y alteraciones que existen. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) quedan recogidos en su capítulo 5 y apartado 2.

Para realizar el diagnóstico se ha de tener en cuenta varias consideraciones:

- La identificación de la sustancia psicoactiva se ha de llevar a cabo través de todas las fuentes posibles, como analíticas, conducta, información de terceros o cualquier otra fuente de datos pertinente.
- Es necesario considerar la sustancia o el tipo de sustancia que haya causado la sintomatología que presenta la persona, sobre todo en aquellas personas que consumen varias sustancias psicoactivas de forma continuada.
- Se diagnostica como F19 “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas o de otras sustancias psicoactivas”, solamente cuando la persona presenta un consumo de varias sustancias difícil de separar.
- Se diagnostica como F55 “Abuso de sustancias que no crean dependencia”, solo cuando se refiere a el uso de otras sustancias no psicoactivas como laxantes, aspirinas, etc.

La CIE 10, dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas contempla varios cuadros clínicos:

- Intoxicación aguda: Se trata de un estado temporal ocasionado por los efectos agudos del consumo de la sustancia que se manifiesta por alteraciones cognitivas, afectivas, perceptivas y del nivel de consciencia. Un ejemplo de ello es la embriaguez aguda por consumo de alcohol o el "mal viaje" (debido a drogas alucinógenas).
- Consumo perjudicial: Se refiere a la forma de consumo que afecta tanto a la salud física como a la salud mental. En la Tabla 4 se recogen los criterios diagnósticos

del consumo perjudicial según el Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10).

Tabla 4.

Consumo perjudicial CIE10

Los criterios que se señalan son:

Existencia de consecuencias sociales adversas (detenciones policiales, problemas matrimoniales, deterioro del rendimiento, etc.)

Lo anterior o la reprobación por terceros no es por sí solo suficiente para este diagnóstico

Las intoxicaciones agudas no son, tampoco, por sí solas o por sí mismas suficientes para considerar “daño de salud”.

No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia

Fuente Organización Mundial de la Salud (1992). International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva

- Síndrome de dependencia: Consiste en un conjunto de manifestaciones a nivel fisiológico, comportamental y cognitivo que se generan tras el consumo continuado de sustancias psicoactivas y se caracteriza por un impulso irreprimible de consumir dichas sustancias a pesar de las consecuencias negativas de dicho consumo, priorizándolo sobre la realización de otras actividades u obligaciones.

En la Tabla 5 se recogen los criterios diagnósticos del Síndrome de dependencia:

Tabla 5.

Síndrome de dependencia según CIE10

Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.

2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.

3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de esta (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.

5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.

6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

A. - Especificar en la actualidad en abstinencia:

- Remisión temprana
 - Remisión parcial
 - Remisión completa
-

B. - En la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido (por ejemplo, hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

C. - En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución (dependencia controlada) (por ejemplo, con metadona, parche o chicle de nicotina).

D. - En la actualidad en abstinencia, pero en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).

E. - Consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

- Sin síntomas físicos
 - Con síntomas físicos
-

F. - Especificar:

- Con consumo continuo
 - Con consumo episódico (dipsomanía)
-

Fuente World Health Organization (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.

- Síndrome de abstinencia: Es un conjunto de síntomas que aparecen tras el abandono o una reducción importante de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma continuada a lo largo del tiempo. Tanto su aparición como su desarrollo tienen un principio y un fin y depende del tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia.
- Síndrome de abstinencia con delirium: Se trata del síndrome de abstinencia cuando se complica con un delirium.
- Trastorno psicótico: Son un conjunto de manifestaciones psicóticas que se presentan asociadas al consumo de una sustancia psicoactiva o inmediatamente después del mismo. Se trata de alucinaciones (típicamente auditivas, paranoide o persecutoria), alteraciones psicomotoras (excitación o estupor) y de un estado

emocional anormal que puede oscilar desde miedo intenso al éxtasis. Puede aparecer un cierto grado de obnubilación de la conciencia, pero no una confusión importante. Un ejemplo es la celotipia alcohólica.

- Síndrome amnésico: Representa un conjunto de síntomas asociados a un deterioro importante de la memoria reciente que se encuentra más alterada que la memoria remota, sin embargo, la persona suele conservar la memoria inmediata, es decir, suele recordar los acontecimientos más inmediatos. Además, está alterado el sentido del tiempo y la capacidad de organizar los acontecimientos del pasado presentando a si mismo dificultad para realizar nuevos aprendizajes.
- Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas. Se trata de un conjunto de manifestaciones cognitivas, conductuales, afectivas o de personalidad etc. inducidos por el consumo de sustancias psicoactivas que perduran más allá del tiempo en el que se atribuye al efecto directo de la sustancia psicoactiva.
- Otros trastornos mentales o del comportamiento: Se refiere a aquellos trastornos desencadenados directamente por el consumo de una sustancia pero que no se pueden incluir en ninguno de los trastornos anteriores.

Aunque probablemente el DSM-5 sea el sistema clasificatorio más conocido y el más utilizado en América, sin embargo, la O.M.S. recomienda la utilización del CIE 10, y en la actualidad una gran mayoría de profesionales del mundo y especialmente de Europa emplean la CIE-10 (Mimenza, 2018).

En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó la undécima edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). En mayo de 2019 ha sido presentada ante la Asamblea Mundial de la Salud para su adopción formal por los estados miembros, estando establecida la fecha para su entrada en vigor el 1 de enero de 2022 (Consejo General de la Psicología de España, 2018).

En esta nueva edición, los cambios realizados en los trastornos por uso de sustancias se adecuan mejor a la realidad clínica y permiten mejorar las orientaciones para la prevención y el tratamiento de estos problemas. La CIE-11 recoge los diferentes patrones de consumo nocivo, desde episodios recurrentes hasta continuos y simplifica las pautas de diagnóstico para la dependencia de sustancias.

CAPÍTULO 3.

MODELOS TEÓRICOS

A lo largo de los años, se han sucedido diversas teorías que han tratado de explicar el fenómeno de las drogodependencias, desde diferentes perspectivas, se han intentado explicar las conductas de consumo en función de la sustancia (enfoque bioquímico, farmacológico, etc.), del contexto, de la cultura (enfoque antropológico, cultural, económico, político, etc.) y del sujeto.

Lettiere y col. en 1980, identificaron más de cuarenta perspectivas teóricas que trataban de explicar los problemas y las conductas de adicción a drogas, más tarde Petraitis y col, en 1995 realizaron una revisión teórica y seleccionaron las 14 que consideraron más importantes, comprensivas, y que tenían mayor apoyo empírico (Sánchez-Hervás, Bou, Gurrea, Gradolí y Gallús, 2002). Posteriormente Becoña (2002) recopila una selección de las teorías y modelos más actuales, relevantes y con apoyo empírico (véase Tabla 6), diferenciándolas en:

- Teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes
- Teorías y modelos de estadios y evolutivas
- Teorías y modelos integrativos y comprensivos

Tabla 6.

Clasificación de las Teorías y Modelos Explicativos

- I.- Teorías parciales o basadas en pocos componentes
 - 1. Teorías y Modelos biológicos
 - 1.1 La adicción como un trastorno con sustrato biológico
 - 1.2 La hipótesis de la automedicación
 - 2.- Modelo de creencias de salud y de competencia
 - 3.- Teorías de aprendizaje
 - 3.1 Condicionamiento Clásico
 - 3.2 Condicionamiento operante
 - 3.3 Teoría del aprendizaje social
 - 4.- Teoría de la actitud-conducta
 - 4.1 Teoría de la acción razonada
 - 4.2 Teoría de la conducta planificada
 - 5.- Teorías psicológicas basadas en causas interpersonales
 - 5.1 Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan
 - 5.2 Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.
 - 6.- Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
 - 7.- El Modelo social de Peele
 - 8.- Otros modelos teóricos
 - 8.1 Modelo de Becker
 - 8.2 Modelo de Burgess
 - 8.3 El modelo de afrontamiento de estrés de Wills
- II.- Teorías de estadios y evolutivas
 - Modelo evolutivo de Kandel
 - Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente
 - Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al
 - Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie
 - Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb
 - Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz
 - Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos
 - Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.
- III.- Teorías integrativas y comprensivas
 - Modelo de promoción de la salud
 - Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura
 - Modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.
 - Teoría interaccional de Thornberry
 - Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor
 - Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor
 - Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin
 - Modelo de estilo de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.
 - Teoría de la influencia triádica de Flays y Petraitis
 - Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

Fuente Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Gómez, J. L. G. (1994). Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. Debate

Pese a la diversidad de enfoques y teorías, muchas de ellas no han sido útiles de cara a la intervención en los problemas derivados del consumo de drogas, de hecho la evidencia empírica ha demostrado que en las conductas de uso y abuso de sustancias psicoactivas no interviene un factor único sino múltiples factores de distinta índole, de manera que la idea central sobre la que se fundamenta el fenómeno de las drogodependencias es la de una naturaleza multifactorial y dimensional del consumo de drogas.

Hasta mediados del siglo 20 imperó el Modelo Moral que consideraba la adicción una debilidad de carácter, estigmatizaba a la persona como inmoral y viciosa, la responsabilizaba de esa conducta por no ser capaz de resistir la tentación de consumir, y su propuesta de tratamiento consistía en el uso de “la fuerza de voluntad”. Este modelo se abandonó por resultar insuficiente para explicar la realidad de los problemas asociados al consumo de drogas.

A pesar de la dificultad que supone compendiarlos, a continuación, paso a describir los diferentes modelos teóricos que han pretendido comprender y explicar el fenómeno de la adicción

3.1.- MODELOS BIOLÓGICOS O MODELOS MÉDICOS

Considera la adicción como el resultado de la interacción entre la biología humana y las características farmacológicas de las sustancias psicoactivas.

3.1.1- Modelo de enfermedad:

Fue introducido en 1952 por Elvin Morton Jellinek que ha sido uno de los investigadores más importantes en el trastorno del consumo de alcohol y se considera el padre de los estudios científicos para explicar el alcoholismo. Señaló por primera vez el concepto de enfermedad del alcoholismo (Jellinek, 1960) y preconizó la intervención médica en la intoxicación y la habituación alcohólica. Posteriormente, Dole y Nyswander en 1965 consideraron la dependencia de heroína como una enfermedad fisiológica que se

caracterizaba por una deficiencia metabólica permanente y cuya mejor manera de estabilizarla era con la administración supervisada de opiáceos, por lo que promovieron la metadona como tratamiento de sustitución para reducir el consumo y la actividad criminal (Casero, 2002).

Este modelo, considera la adicción como un problema médico, como una enfermedad crónica, progresiva y grave del cerebro con posibilidad de recidivas que ocasiona cambios estructurales y funcionales que participan en la recompensa, el estrés y el autocontrol, pudiendo perdurar mucho tiempo después de que la persona deja de consumir drogas (National Institute on Drug Abuse NIDA. Las drogas el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción, 2018).

Desde este enfoque, se contribuyó a eliminar el estigma de “desviado”, “vicioso” o “delincuente” y se llegó a considerar al adicto como un enfermo con derecho a recibir tratamiento, además, este planteamiento ha propiciado numerosos avances en el conocimiento de la adicción y en investigaciones médico-farmacológica contribuyendo a un mayor desarrollo y evolución en el tratamiento, pero lo cierto es que este modelo no explica la complejidad de la adicción, puesto que solo se centra en el consumo de drogas como patología orgánica, sin tener en cuenta la afectación de la conducta, ya que soslaya perspectivas tan importantes como las psicológicas y sociales, aun así, actualmente se mantiene, gracias al avance de las neurociencias.

3.1.2.- Hipótesis de la automedicación:

Khantzian en 1985, propuso que los pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas lo hacen porque sufren trastornos psicopatológicos previos que le abocan al consumo de sustancias psicoactivas como forma de auto tratamiento. En un principio esta hipótesis se basó en teorías psicodinámicas, sin embargo, a partir del desarrollo de la neurociencia, esta hipótesis se fundamenta en el descubrimiento de los receptores opiáceos en el SNC y en el de sus neurotransmisores específicos. Koob y Simon (2009) sugieren que, al actuar la sustancia (heroína, cocaína), de forma repetida sobre determinadas estructuras orgánicas, se desencadenan una serie de cambios moleculares y funcionales en el SNC, que transforman a un individuo "sano" en "dependiente", impulsando a la persona a consumir la sustancia con objeto de recuperar el equilibrio

perdido a raíz de las modificaciones cerebrales sufridas. Al hacerlo, la persona se automedica, es decir, se administra a sí misma la sustancia que alivia su malestar

Casas y col. (2010) sugieren la existencia de tres tipos de adictos:

- Pacientes sin trastornos psíquicos concomitantes y con un nivel socioeconómico y cultural medio-alto, que sabrían dónde está el límite y ello les permitiría mantener el equilibrio. Pueden dejar la sustancia, pero vuelven a consumirla por el malestar que les provoca el síndrome de abstinencia. Estas personas no acuden nunca a tratamiento.
- Pacientes sin patología psíquica concomitante, pero con un precario nivel socioeconómico y cultural, que precisan la sustancia para llevar una vida normal y suelen conseguirla a través de actos delictivos. No tienen motivación para abandonarla.
- Pacientes con trastornos psíquicos concomitantes. Padecen previamente un trastorno de personalidad. La sustancia les ayuda inicialmente, pero luego los lleva a conductas anárquicas y desestructuradas. Suelen estar obligados a desintoxicarse, recaen posteriormente y entran en un círculo vicioso. Al tiempo, se dan cuenta de su imposibilidad para abandonar la sustancia y pueden incrementar los sentimientos autodestructivos siendo impredecible su evolución a largo plazo.

Esta hipótesis también es aplicable al alcohol y a la nicotina. Lo que plantea esta hipótesis es que el consumo de drogas es una tentativa evasiva y equivocada de autoterapia, y aunque existen datos a favor y en contra de esta hipótesis, solo se ha encontrado evidencia parcial en pacientes esquizofrénicos y en personas con trastornos de la personalidad (Casas, 2008).

3.1.3.- Modelo de exposición

Weiss y Bozarth, en 1987 propusieron este modelo donde consideran que la dependencia se produce por la capacidad que tienen las drogas de actuar dentro de nuestro cerebro como reforzadores primarios al activar los mecanismos cerebrales de la vía de la recompensa (véase Figura 3), lo cual desencadena la conducta de búsqueda y consumo.

De tal manera que las drogas actuarían sobre los circuitos de recompensa dopaminérgicos, “hackeando” (Platt, Watson, Hayden, Shepherd y Klein, 2010), “pirateando” (Becoña y Cortés, 2010) este sistema.

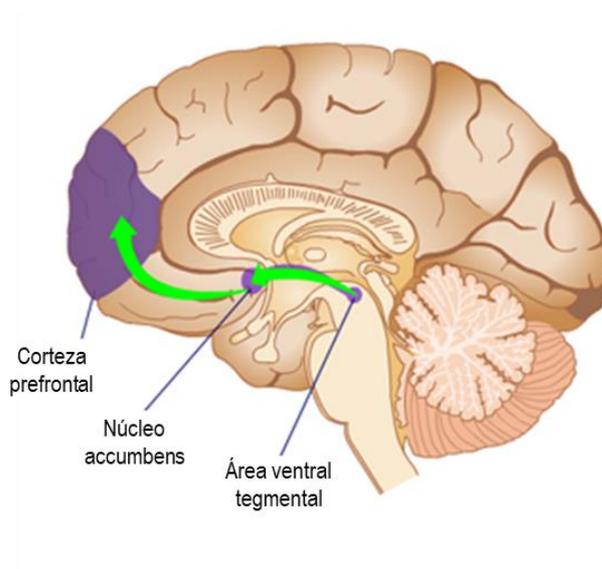


Figura 3. Circuito de la recompensa.

Fuente: National Institute on Drug Abuse. Advancing Addiction Science (NIDA).

El circuito del placer o circuito de recompensa está conformado por el Área Tegmental Ventral, ATV el Núcleo Accumbens, NAc y la Corteza Prefrontal, desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas.

El ATV envía proyecciones hacia el núcleo accumbens (NAc), éste a su vez se conecta con el hipotálamo lateral y la corteza prefrontal. La estimulación del ATV supone la liberación de dopamina en el NAc, provocando euforia y placer, que es lo que hace que el sujeto quiera volver a consumir. La repetición en la activación de estos núcleos (como consecuencia del consumo de la sustancia) estaría induciendo en el cerebro a un aprendizaje erróneo del tipo “ahora lo más importante para mí supervivencia es tomar la droga” de este modo, este comportamiento se va haciendo habitual en el repertorio del individuo, facilitándose el aprendizaje de las conductas que se realizan cuando se consume drogas. Hay que tener en cuenta que como el sistema de recompensa se localiza

principalmente en estructuras subcorticales del cerebro (es decir, evolutivamente más arcaicas que el córtex cerebral), no tiene acceso al procesamiento consciente o voluntario y aunque su activación se traduce en conducta, lo hace de una manera principalmente encubierta, sin la participación cognitiva.

En definitiva, el consumo crónico genera una disfunción de la comunicación neuronal dopaminérgica, de tal manera que, en las primeras exposiciones a la mayoría de las drogas, probablemente se produce un incremento de la liberación de dopamina, por el contrario, cuando el consumo es continuado la liberación de dopamina disminuye, e incluso no se produce. y, aunque la persona repita una y otra vez esa conducta para tratar de alcanzar las mismas sensaciones placenteras que tenía cuando se iniciaba en el consumo, ya no es posible obtenerlas (Ambrosio y Fernández, 2011).

Este comportamiento de activación que va en contra del funcionamiento natural del sistema hace que cuando se deja de consumir la sustancia, además del síndrome de abstinencia, también la persona continúe buscando la droga para saciar esta necesidad que antes no estaba alterada.

En otras palabras, el consumo crónico de drogas puede producir una neuroadaptación metabólica en el circuito cerebral del refuerzo, lo que justifica que el deseo de consumo y la conducta de búsqueda perduren tras un periodo de tiempo sin consumo (véase Figura 4).

En humanos los estudios de neuroimagen muestran que el consumo crónico de drogas produce una disminución de la transmisión dopaminérgica, que es relativamente duradera en el tiempo, y que está asociada a una reducción de la actividad metabólica en regiones cerebrales del lóbulo frontal (Volkow, Fowler y Wang, 2003).

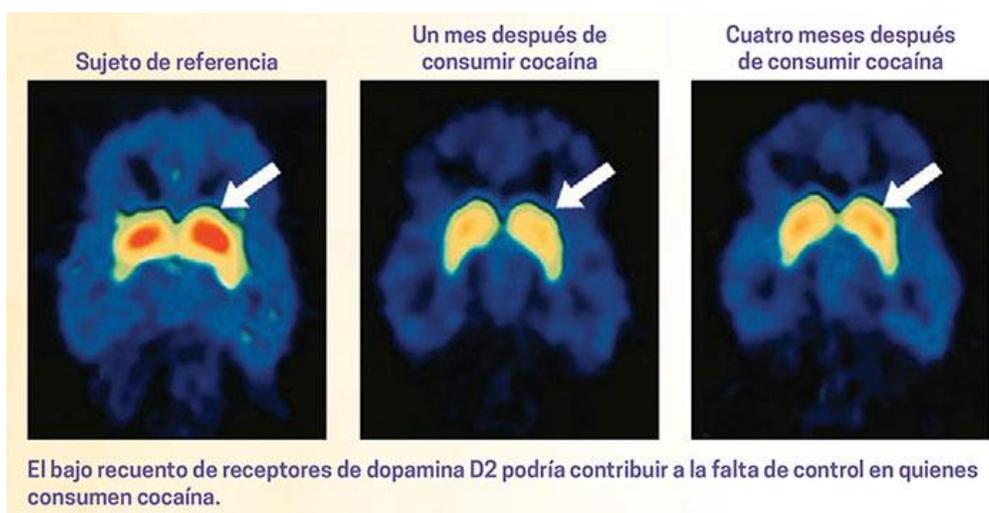


Figura 4. Neuroadaptación Metabólica.

Fuente: Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Modificado con autorización de Volkow et al. 1993.

Nota: Estas imágenes obtenidas por resonancia magnética funcional (fMRI) comparan el cerebro de una persona con antecedentes de un trastorno por consumo de cocaína (centro y derecha) con el cerebro de una persona que no tiene antecedentes de consumo de cocaína (izquierda). La persona que ha tenido un trastorno por consumo de cocaína tiene niveles más bajos del receptor de dopamina D2 (ilustrado en rojo) en el núcleo estriado un mes (centro) y cuatro meses (derecha) después de dejar de consumir cocaína en comparación con una persona que no consume la droga. El nivel de receptores de dopamina en el cerebro del consumidor de cocaína es más alto a los cuatro meses (derecha), pero no ha retornado a los niveles que se observan en quien no consume la droga (izquierda).

3.2.- MODELOS PSICOLÓGICOS

Se basan en la teoría del aprendizaje. Las tres teorías principales del aprendizaje y comportamiento más importantes en el campo de las adicciones son: el condicionamiento clásico; el condicionamiento operante; y el aprendizaje social (Becoña, 2002).

3.2.1.- Condicionamiento Clásico

Wikler en 1965 estableció las bases de esta teoría. Observó en el marco de las sesiones de grupo con personas adictas a opiáceos, que a veces presentaban síntomas del síndrome de abstinencia S.A. tras llevar varios meses sin consumir, a este tipo de S.A. lo llamó síndrome de abstinencia condicionada S.A.C. La idea central sobre la que se fragua

este planteamiento es que durante los episodios de consumo se habrían asociado estímulos ambientales, de manera que posteriormente, ante la presencia de estos estímulos o simplemente el hecho de pensar en ellos podría provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Gómez y Carrobles, 1991).

Por otra parte, en diferentes investigaciones se ha evidenciado que diferentes estímulos ambientales influyen en el desarrollo de la tolerancia a las drogas. A este tipo de tolerancia se le denomina conductual y depende no sólo de la experiencia directa con la droga sino también de la experiencia con las señales ambientales presentes en el momento del consumo (Poulos, Hinson y Siegel, 1981). Otro aspecto interesante se refiere al efecto placebo de las drogas, de modo que, algunas personas adictas a opiáceos presentan efectos subjetivos y fisiológicos similares a los de la heroína cuando en lugar de esta se les ha inyectado una solución salina. Esto implica que los efectos similares a la droga o "efectos placebo" han sido condicionados en el pasado mediante la exposición a las drogas bajo circunstancias similares.

Por otra parte, las personas refieren diversos estímulos que se pueden asociar al consumo como el olor, diferentes sonidos, determinadas horas del día, personas concretas... Estos estímulos condicionados pueden generar síntomas del síndrome de abstinencia o de los efectos placenteros. No obstante, esto varía en función de la persona y de la sustancia. En investigación animal se evidenció que los estímulos condicionados ocasionaban cambios metabólicos específicos en determinadas áreas cerebrales, así mismo, en los últimos años se ha replicado con metodología de Tomografía de Emisión de Positrones en humanos, obteniéndose las mismas conclusiones. En otras palabras, cuando la sustancia se consume siempre en el mismo entorno, aparecen una tolerancia y sensibilización mayores (Ambrosio y Fernández, 2011).

3.2.2.- Condicionamiento Operante

Fue formulado y sistematizado por Skinner, hace referencia al proceso por el que la probabilidad de aparición de una conducta operante está determinada, principalmente, por los hechos que sucedieron después de realizar esta conducta en el pasado. Así pues, se entiende por reforzador a cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que una conducta se repita en un futuro.

En el marco de las drogodependencias una droga funciona como reforzador si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que sigue. Para que esto se produzca, es necesario que se active el sistema de recompensa cerebral, ejerciendo una función esencial en los efectos positivos de todos los reforzadores, ya sean naturales o artificiales (Nestler, 2005). Una vez activado, se produce una sensación de placer que hace que repitamos la conducta previa. Sin embargo, aunque cada droga tiene un mecanismo de acción específico, todas activan este sistema.

En definitiva, las contingencias se refieren por una parte a los efectos reforzadores que se derivan del consumo de la sustancia, tanto fisiológicos como los que se obtienen en otras esferas tales como las relaciones afectivas, el prestigio social, la salud, etc.

En conclusión, el efecto reforzador del consumo de una sustancia se puede definir como el fruto de la interacción de una persona multi-dimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford y Humphreys, 2007).

3.2.3.- Aprendizaje Social

Desde esta perspectiva, el consumo de sustancias se concibe como una conducta que se aprende socialmente a través de un proceso de modelado y reforzamiento, junto con la interacción de otros factores personales y socio ambientales, en otras palabras, integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos, etc.).

Según, Bandura, en la regulación de la conducta intervienen tres sistemas: uno se refiere a los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través del condicionamiento clásico; otro alude a las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, a través del condicionamiento operante o instrumental; y el último se refiere a los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio (Becoña, 1999).

Bandura en 1977 establece el determinismo recíproco entre la conducta, la persona y el ambiente que interactúan de modo recíproco. La influencia de estos factores depende de

las diferentes actividades, individuos y circunstancias y, por el contrario, se rechaza la existencia en la persona de factores fijados, tales como la personalidad predisponente o factores intrapsíquicos (García Moreno, 2003).

Este aprendizaje, comienza mediante la observación de modelos que obtienen unos determinados resultados; creándose así unas expectativas concretas, de tal manera que aquellas conductas que produzcan efectos gratificantes en determinadas situaciones tenderán a ser imitadas, se producirán más a menudo cuanto más motivado se encuentre la persona de cara a conseguir el resultado esperado.

En otras palabras, una vez realizada la conducta tienen gran importancia los modelos y habilidades de afrontamiento de que disponga la persona (relaciones familiares, fracaso escolar, habilidades competencia social, disponibilidad de droga...). Las razones variables para mantener el consumo son fundamentalmente, la necesidad de incrementar el estado afectivo positivo. También es frecuente el fenómeno de “escalada” (primero drogas legales, luego marihuana, después opiáceos...) y utilizar el consumo como estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos o relacionados con el estrés junto a la carencia de un control personal adecuado.

Debemos señalar que el efecto del modelado, la realización y posterior afianzamiento de la conducta no se produce automáticamente, sino que se articula por variables personales como las expectativas, normas, valores, habilidades y destrezas que son el producto de la interacción entre la persona y su entorno (De Lucas, 2013).

La persona decide abandonar el consumo cuando se da cuenta de que la droga le ocasiona más daños, que beneficios, es decir. Una vez conseguida la abstinencia. Ha de necesitar el apoyo social y la necesidad de cambio de estilo de vida.

3.3.- MODELOS SOCIOLÓGICOS

En general estos modelos comparten elementos con los modelos psicológicos. De este modo, el modelo social de Peele, mantiene que el origen de la adicción radica en la forma que tiene la persona de interpretar los consumos y sus consecuencias a nivel físico, emocional y conductual, de tal modo que lo que más influye en la conducta adictiva por

un lado es el estilo de afrontamiento a la vida que se define por las experiencias pasadas, la personalidad y por otro el entorno social y la percepción de sí mismo.

La persona sería dependiente, no por la sustancia, sino por el impulso de depender y por su pasividad, siendo ésta la esencia de la adicción. Además, la adicción es la excusa para no esforzarse ni para adaptarse a su entorno ni a su vida. Como fuera de la adicción se experimenta ansiedad y culpa, la persona desarrollará la adicción porque en ella se encontrará mejor.

Según Stanton Peele (1985) la adicción es un continuo, que afecta a la persona en todas las esferas de la vida, la persona consume para eliminar el dolor, sea físico o emocional.

De acuerdo con este planteamiento es muy difícil superar la adicción, para superarla, la persona ha de adquirir nuevos patrones de conducta y reestructurar la personalidad existente de manera que establezca un nuevo modo de relacionarse consigo mismo y con el mundo. Se trata de sustituir una adicción negativa por una adicción positiva que permita que la persona consiga su autonomía y pueda desarrollarse libremente por sí misma.

Considera que la cultura actual propicia las adicciones al tener como valores centrales el logro y el éxito individual, de tal manera que la persona utilizaría las drogas para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor, depresión. Presta una especial atención al alcohol, al que asocia a la masculinidad y al poder, así mismo, elimina las inhibiciones y ansiedades e incrementa el valor. El factor clave para no convertir cualquier conducta en adictiva es que la persona sea capaz de controlarla e introducirla en su vida. Ello exige diferenciar lo bueno de lo perjudicial y tener en la vida modos de satisfacción distintos a las conductas adictivas y aceptarse uno tal como es (Peele, 1985).

A continuación, paso a describir de forma breve distintos modelos sociológicos (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998).

3.3.1.- Modelo de Asociación Diferencial

Sostiene que la administración de la droga por parte del mejor amigo del adolescente y el desapego a la familia de origen facilitarían la integración del adolescente en ambientes marginales, y propiciarían el consumo de drogas. Este modelo plantea que

“cuanto mayor es el apego a la familia, menor es la posibilidad de integración en un grupo de iguales que consuman drogas”.

3.3.2.- Modelo del Control Parental

Mantiene que aquellas personas que han padecido a lo largo de su vida falta de afecto por parte de los padres y falta de respeto a las normas, presenta cierta desadaptación social que, a su vez, supone un factor de riesgo importante de cara al consumo de drogas.

3.3.1.- Modelo de la Autoestima

Sostiene que la baja autoestima que tiene el adolescente dentro del seno familiar se recupera en el grupo de iguales, y si estos consumen drogas, el adolescente adoptará esa misma conducta (Lorenzo, Ladero, Leza, y Lizasoain, 1998).

3.4.- MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

En la actualidad es el enfoque más reconocido y asumido por la gran mayoría de los autores. Surge en la década de los 70, George Engel médico norteamericano especializado en medicina interna y en psiquiatra propuso este modelo frente al modelo biomédico, que reducía problemas complejos a una causa simple, sobre todo en los trastornos mentales (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007). asumiendo que la causa de las enfermedades estriba en un conjunto de elementos que interactúan entre sí, con una relación de interdependencia entre todos los elementos que la comportan.

En el campo de las adicciones, este modelo concibe a la persona de forma holística y postula la participación de factores biológicos, psicológicos y sociales tanto en su inicio como en su desarrollo y mantenimiento (véase Figura 5). Los factores biológicos aluden a la genética, al funcionamiento fisiológico etc., los psicológicos se refieren a características de la personalidad, creencias, hábitos de vida, la indefensión aprendida,

desregulación emocional, insatisfacción vital, falta de autoeficacia , y por último los factores socioculturales se refieren a el nivel socioeconómico, la cultura, presión de grupo, la red de apoyo etc., de tal manera que las consecuencias del consumo de drogas repercuten por lo tanto a nivel biológico (modificaciones neurobiológicas en cerebro), psicológicos, (cambios cognitivos, conductuales y emocionales) y social (familiares, económicas, laborales y legales).

En esta línea, los tratamientos psicoterapéuticos actuales abarcan la mayor parte del espectro biopsicosocial terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras (De León y Pedrero, 2014).

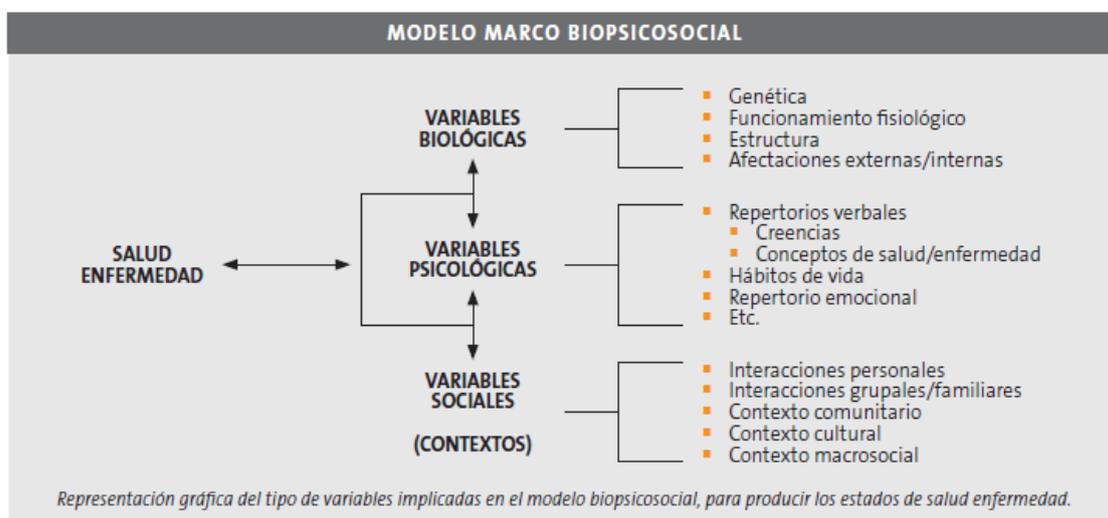


Figura 5. Representación gráfica del tipo de variables implicadas en el modelo biopsicosocial.

Fuente: documento elaborado por la Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015.

Finalmente, tras lo expuesto anteriormente, paso a resumir las ideas fundamentales.

Las sustancias psicoactivas y ciertas conductas, activan el circuito de la recompensa generando sensaciones gratificantes, a su vez y como consecuencia del consumo o de la realización de esta conducta de forma repetida, se produce paulatinamente un condicionamiento adictivo, en el que la persona pierde el control sobre la capacidad para decidir, aflorando conductas automáticas de búsqueda y consumo, siendo muy difíciles

de boicotear. Mientras más grave es la adicción, lógicamente mayor es la dificultad que tiene la persona para controlar la misma. Asimismo, la adicción, puede estar influida por ámbitos familiares, económicos, psicológicos, culturales, políticos, legales. De igual manera, diversos factores individuales y ambientales al presentarse a la vez pueden generar cierta vulnerabilidad en la persona (no todas las personas que consumen desarrollan adicción).

Concluyendo, la adicción es un trastorno biológico, psicológico y social con consecuencias perjudiciales en la salud física, psicológica y sociolaboral. Por lo tanto, la prevención ha de incidir en la eliminación y/o reducción de los factores que favorecen la adicción y potenciar los que protegen de su aparición, por otro lado, el tratamiento ha de ser multidisciplinar, con una intervención integral y de calidad, basada en el conocimiento científico donde es fundamental el papel activo de la persona.

CAPÍTULO 4. PREVALENCIA

El objetivo del siguiente apartado es mostrar la incidencia del consumo de drogas, a través de los datos aportados por diferentes entidades, entre ellos:

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), cuyo objetivo es luchar contra las drogas y el crimen organizado transnacional. Su sede se ubica en Viena.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) que fue creado en 1993, tiene su sede en Lisboa y su principal cometido es proporcionar a la Unión Europea UE y sus países miembros información real sobre las drogas, las toxicomanías y sus consecuencias, con el propósito de aconsejar en la elaboración de políticas y guiar las iniciativas de lucha contra la droga.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), cuya función es realizar y coordinar, la recogida y el análisis de datos, así como su divulgación tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y sobre otras adicciones. En consecuencia, ofrece información y estadísticas sobre la evolución y características del consumo de drogas psicoactivas (incluyendo alcohol y tabaco) y los problemas asociados a éste y a otras adicciones en España

La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (EDADES) que se lleva a cabo de forma bienal, desde 1995, en población general de 15 a 64 años, residente en hogares.

La Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES), que se realiza también cada dos años, desde 1994, en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. Ambas encuestas están patrocinadas por la Delegación del Gobierno para el Plan de Acción sobre Adicciones, antiguo Plan Nacional sobre Drogas contando con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Según la OMS, en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas, de esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis) y el resto relacionadas con los virus del VIH y la hepatitis C contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras.

La UNODC en su informe del 2016, señala que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión, de estos, se calcula que 31 millones padecen trastornos derivados de su consumo, siendo subsidiarios de tratamiento especializado. Por otro lado, con relación a la población joven (15 y 16 años) estima que su consumo era de 13,8 millones. En lo que concierne a la peligrosidad de las sustancias, es el consumo de opiáceos el más dañino ocasionando el 76% de las muertes, así mismo, los adictos por vía parenteral ADVP unos 10,6 millones son los que conllevan mayores riesgos para la salud pues más de la mitad padecen la hepatitis C, y una de cada ocho vive con el VIH. Resumiendo, todo esto muestra el grave impacto que el consumo de drogas ocasiona tanto en la salud como a nivel social y económico. De ahí la obligación de actuar desde todos los estamentos con objeto de reducir y/o eliminar los daños ocasionados por el mismo.

En los últimos años, aunque las cifras en relación con los consumos presentan pocas oscilaciones, no obstante, estamos asistiendo a impactantes cambios.

Por una parte, la coexistencia de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) junto con las drogas disponibles en el mercado desde hace tiempo, como la heroína y la cocaína. La gran variedad de estas nuevas sustancias psicoactivas NSP que aparecen cada día en el mercado, hacen que la situación del consumo de drogas en general resulte mucho más

complicada que en el pasado. Anteriormente las NSP eran conocidas como “drogas de diseño”, “euforizantes legales”, “hierbas euforizantes”, “sales de baño”, “productos químicos de investigación” y “reactivos de laboratorio”. La UNODC las definen como "sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública" (UNODC, 2018).

Además, se ha incrementado notablemente el consumo de medicamentos sujetos a prescripción médica con fines no médicos (bien desviados de los cauces lícitos, bien fabricados ilícitamente), por ejemplo la Ketamina, que clínicamente se utiliza como un anestésico general pero la persona que la consume a dosis altas va buscando un efecto alucinógeno con sensación de disociación, es lo que se llaman entrar en un "agujero K", esta experiencia se ha comparado con las experiencias cercanas a la muerte.

Por otro lado, se está abriendo paso el consumo de sustancias de origen desconocido que se suministran por cauces ilícitos y se hacen pasar por medicamentos, cuando en realidad están destinadas al consumo con fines no médicos.

Finalmente, es importante para tener en cuenta, la generalización que se está haciendo del policonsumo (se trata de consumos de más de una sustancia simultánea o sucesivamente), tanto en consumidores habituales como ocasionales.

En conclusión, la realidad actual a la que nos enfrentamos es que los consumidores nunca han tenido tal variedad de sustancias y mezclas de sustancias a su alcance (UNODC, 2018).

En la Unión Europea UE, se calcula que poco más de una cuarta parte de la población de 15 a 64 años, más de 93 millones de personas, han probado drogas ilegales a lo largo de su vida, predominando el consumo en los hombres (56 millones) frente al de mujeres (36,3 millones). En cuanto a la sustancia ilegal más consumida nos encontramos que es el cannabis (53,5 millones de hombres y 34,3 millones de mujeres) seguida muy de lejos por la cocaína. predominando igualmente el consumo en hombres sobre las mujeres (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018).

Prevalencia

Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) publicada en 2017 (véase Tabla 7), las sustancias más consumidas son el alcohol 91,2%, el tabaco 69,7%, el cannabis 35,2%, siendo ésta la droga ilegal más consumida, seguida de los hipnosedantes con o sin receta 23,8%, y la cocaína en polvo 10,0%, por último, el éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantienen por debajo del 5%, en cambio, el consumo de heroína, inhalables volátiles y cocaína base sigue siendo mínimo

Tabla 7.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%) España. 1995-2017.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco		69.7	64.9	68.4	68.9	69.5	68.5	75.0	71.7	73.1	72.5	69.7
Alcohol		90.6	87.3	89.0	88.6	93.7	88.0	94.2	90.9	93.1	93.5	91.2
Hipnosedantes con o sin receta						8.7	15.4	13.4	19.5	22.2	18.7	20.8
Hipnosedantes sin receta										2.7	4.1	3.0
Cannabis	14.5	22.9	19.6	23.8	29.0	28.6	27.3	32.1	27.4	30.4	31.5	35.2
Éxtasis	2.0	2.5	2.4	4.0	4.6	4.4	4.3	4.9	3.6	4.3	3.6	3.6
Alucinógenos	2.1	2.9	1.9	2.8	3.0	3.4	3.8	3.7	2.9	3.8	3.8	4.5
Anfetaminas/speed	2.3	2.7	2.2	2.9	3.2	3.4	3.8	3.7	3.3	3.8	3.6	4.0
Cocaína (polvo y/o base)							8.3	10.2	8.8	10.3	9.1	10.3
Cocaína en polvo	3.4	3.5	3.1	4.8	5.9	7.0	8.0	10.2	8.8	10.2	8.9	10.0
Cocaína base	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	1.8	0.9	0.9	1.0	0.8	1.3
Setas mágicas									2.4	1.9	2.0	2.4
Metanfetaminas									0.8	0.5	0.6	1.2
GHB										0.6	0.6	0.5
Heroína	0.8	0.6	0.5	0.6	0.9	0.7	0.8	0.6	0.6	0.7	0.6	0.6
Inhalables volátiles	0.7	0.8	0.6	0.8	1.0	0.8	1.1	0.6	0.8	0.6	0.5	0.6

Fuente: OEDA Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Por lo que respecta al consumo en el último año (véase Tabla 8), se repite el orden en la prevalencia de las sustancias consumidas, el consumo de alcohol 75,2%, continua a la cabeza, aun cuando se advierte un descenso de 2,4 puntos respecto al 2015, a continuación, el consumo de tabaco 40,9% seguido del consumo de hipnosedantes 11,1%. Sobre el consumo de cannabis 11,0%, se produce un incremento de 1,5 puntos respecto al 2015 y en relación con el consumo de cocaína en polvo se mantiene estable, alrededor

del 2% (2,2%), cabe añadir que el consumo del resto de drogas ilegales es mínimo, se sitúa, por debajo del 1%.

Tabla 8.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (%) España, 1995-2017.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco		46.8	44.7	46.0	47.8	42.4	41.7	42.8	40.2	40.7	40.2	49.9
Alcohol	68.5	78.5	75.2	78.1	76.6	76.7	72.9	78.7	76.6	78.3	77.6	75.2
Hipnosedantes con o sin receta						5.1	8.6	7.1	11.4	12.2	12.0	11.1
Hipnosedantes sin receta	12.3	2.3	2.3	2.8	3.1	1.2	1.3	1.9	1.2	1.2	2.3	1.3
Cannabis	7.5	7.7	7.0	9.2	11.3	11.2	10.1	10.6	9.6	9.2	9.5	11.0
Éxtasis	1.3	0.9	0.8	1.8	1.4	1.2	1.1	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6
Alucinógenos	0.8	0.9	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.6	0.4
Anfetaminas/speed	1.0	0.9	0.7	1.1	0.8	1.0	0.9	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5
Cocaína (polvo y/o base)							3.1	2.7	2.3	2.2	2.0	2.2
Cocaína en polvo	1.8	1.6	1.6	2.5	2.7	3.0	3.0	2.6	2.2	2.1	1.9	2.0
Cocaína base	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.5	0.1	0.2	0.1	0.2	0.3
Setas mágicas									0.4	0.2	0.4	0.2
Metanfetaminas									0.2	0.1	0.1	0.2
GHB										0.1	0.1	0.0
Heroína	0.5	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Inhalables volátiles	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

En lo que concierne a la edad de inicio en el consumo (véase Tabla 9), se observa que el primer consumo es de alcohol y el tabaco y, se produce alrededor de los 16,6 años, a continuación, les sigue el cannabis a los 18,4 años, por el contrario, los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que comienzan a consumirse a una edad más avanzada, 34,4 años.

Tabla 9.

Edad media de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años, España, 1995-2017.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Tabaco	15.9	16.6	16.7	16.5	16.5	16.4	16.5	16.5	16.5	16.4	16.4	16.6
Alcohol		16.8	16.9	16.9	16.7	16.7	16.8	16.7	16.7	16.7	16.6	16.6
Cannabis	18.3	18.9	18.7	18.5	18.5	18.3	18.6	18.6	18.7	18.6	18.3	18.4
Inhalables volátiles	17.7	19.0	18.1	17.5	17.5	17.8	19.7	19.2	19.7	19.4	20.5	20.1
Anfetaminas	19.2	19.4	19.2	18.8	19.6	19.2	19.7	20.1	20.2	20.8	20.2	20.4
Alucinógenos	19.3	19.0	19.3	18.9	19.9	19.0	19.9	19.7	20.5	20.9	20.3	20.9
Cocaína en polvo	21.4	21.3	21.8	20.4	20.9	20.6	20.9	29.9	21.0	21.3	20.9	21.1
Éxtasis	21.1	20.0	20.7	20.2	20.3	20.1	20.8	20.5	20.8	21.1	20.7	21.1
Cocaína polvo y/o base								20.9	21.0	21.3	20.8	21.1
Heroína	20.3	20.1	19.0	20.7	22.0	20.2	21.7	22.9	20.7	21.5	22.2	22.7
Cocaína base	21.8	20.6	20.1	19.6	20.1	20.8	21.4	23.1	22.4	23.2	20.7	23.2
Hipnosedantes sin receta	35.2	28.7	29.2	29.5	30.0		29.1	29.5	27.8	31.3	32.5	31.6
Hipnosedantes con o sin receta							33.8	34.5	34.5	35.2	35.6	34.4

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Además, se advierte que los hombres son más precoces tanto en el consumo de las sustancias psicoactivas que registran mayores prevalencias (alcohol, tabaco, cannabis y cocaína) como en el consumo de los hipnosedantes, para los que se registra mayor prevalencia de consumo entre las mujeres (véase Tabla 10).

Tabla 10.

Edad media de inicio en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años, según sexo, España 2017.

	H	M
Tabaco	16.3	16.8
Alcohol	15.9	17.3
Cannabis	18.0	19.1

Inhalables volátiles	20.2	19.8
Anfetaminas	20.4	20.4
Alucinógenos	20.4	22.1
Cocaína en polvo	20.8	21.7
Éxtasis	21.0	21.4
Cocaína polvo y/o base	20.9	21.8
Setas mágicas	21.7	23.3
GHB	22.8	20.7
Heroína	22.7	22.4
Metanfetaminas	23.0	23.5
Cocaína base	22.6	25.4
Hipnosedantes sin receta	30.1	33.0
Hipnosedante con o sin receta	33.6	34.9

Fuente: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). (Plan Nacional sobre Drogas, 2018)

4.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS

La UNODC estima que, en 2016, alrededor de 192 millones de personas consumieron cannabis al menos una vez en el último año, siendo esta la sustancia que más se consumió a nivel mundial, y hoy en día el número de consumidores continúa aumentando.

En los Estados Unidos se autorizó desde 2017, el uso del cannabis con fines no médicos en nueve estados, desde entonces, el mismo se ha incrementado notablemente. De igual modo, se ha producido un aumento considerable de las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y las muertes por accidente de tráfico relacionados con el cannabis, así como de los casos conducción bajo los efectos del cannabis (UNODC, 2018).

En Europa, el consumo de cannabis es más bajo que en EE. UU, sin embargo, a diferencia de EE. UU en Europa, el cannabis se fuma mezclado con tabaco.

Según los datos tomados del Informe Europeo sobre Drogas 2018, se estima que el 26,3 %, de adultos europeos (de 15 a 64 años), han consumido cannabis en algún momento de

su vida. De ellos, el 13,9 % de adultos jóvenes (de 15 a 34 años) lo consumieron en el último año. Siendo, la relación de hombres y mujeres de dos a uno.

Con relación a la frecuencia de consumo, se estima que el 1 % de los adultos europeos consumen cannabis a diario o casi a diario, es decir, que han consumido la droga 20 o más días al mes. Aproximadamente el 37 % de ellos son consumidores mayores, de 35 a 64 años, siendo de nuevo mayoritario el consumo en hombres.

En la mayoría de los países de la Unión Europea, el número total de consumidores que inician tratamiento por primera vez por problemas con el cannabis ha crecido sobremanera, concretamente un 76 % entre 2006 y 2016. Este aumento puede ser el resultado de una serie de circunstancias acontecidas en los últimos años, a saber, se ha producido un incremento de consumidores intensivos, así mismo existe una mayor disponibilidad de productos de mayor potencia, además ha disminuido la percepción del riesgo y por otra parte se ha producido un aumento en la oferta de servicios y programas de tratamiento y derivaciones para tratamiento, en especial, desde la administración de justicia (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018).

A nivel nacional el cannabis, es la sustancia que se consume de forma más habitual, sobre todo entre los adolescentes y los adultos menores de 35 años. En 2017, el 35,2% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, aumentando en 3,7 puntos respecto a la media registrada en 2015, lo cual supone un cambio del 31,5% (véase Figura 6).

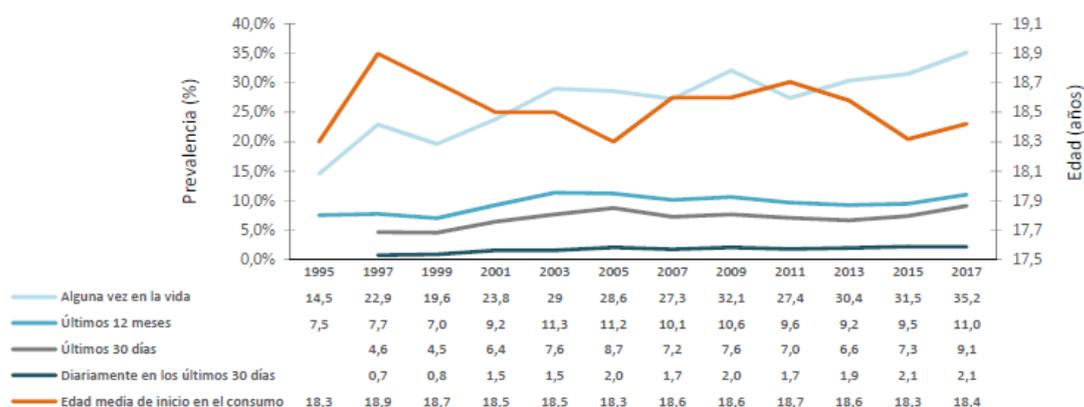


Figura 6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Cabe señalar que, en el último año registrado en la Figura 7, también es más frecuente el consumo en los hombres que en las mujeres (15,4% y 6,6%, respectivamente), independientemente de la edad, sin embargo, conforme aumenta la edad, disminuye el consumo tanto en hombres como en mujeres. Así pues, para concluir, hay que señalar que la mayor prevalencia en ambos sexos se concentra en el tramo de edad que abarca de los 15 a 24 años

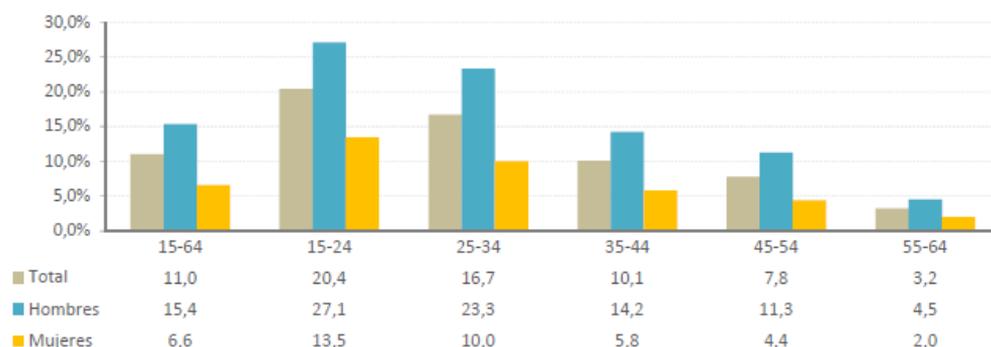


Figura 7. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%) España, 2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Entre aquellos que han consumido en el último mes (véase Figura 8), la forma más frecuente es el consumo de marihuana (48,3%), que supone casi el doble frente al hachís (21,9%), estando su consumo más extendido entre los hombres que entre las mujeres. La práctica totalidad afirma haberlo consumido mezclándolo con tabaco (92,9%).

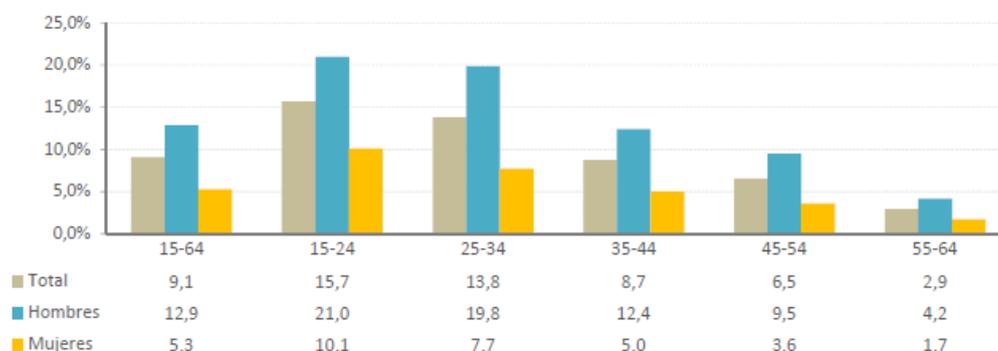


Figura 8. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%) España, 2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Aunque desde el año 2013 existe una tendencia descendente de la prevalencia de consumo problemático. En 2017 la prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15 a 64 años es de 1,6%, representando aproximadamente a 496.000 personas casi la totalidad de las personas lo consumen de manera experimental u ocasional en forma de porro o canuto. Así mismo, un 5% lo consumen usando pipas de agua, bongos o cachimbas (Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

4.2. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol constituye uno de los principales factores de riesgo para la salud, siendo el motivo de más de 200 enfermedades y trastornos. Según el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud (2018) publicado por la OMS, se estima que en 2016 murieron como consecuencia del consumo perjudicial de alcohol más de 3 millones de personas (véase Figura 9), siendo esta tasa más alta que la causada por enfermedades como la tuberculosis, el VIH/SIDA y la diabetes. Griswold et al (2018). De todas las muertes por consumo de alcohol, el 28,7% se debieron a lesiones (debidas a accidentes de tráfico, autolesiones y violencia interpersonal), el 21,3% a enfermedades digestivas, el 19% a enfermedades cardiovasculares, el 12,9% a enfermedades infecciosas y el 12,6% a cánceres.

A nivel mundial, en 2016, el alcohol fue el responsable del 7,2% de todas las muertes prematuras entre personas menores de 69 años. Por otra parte, la población joven entre los 20-29 años se vio afectada desproporcionadamente por el alcohol en comparación con las personas mayores, ya que casi el doble 13,5% de todas las muertes de estas edades se atribuyen al alcohol.

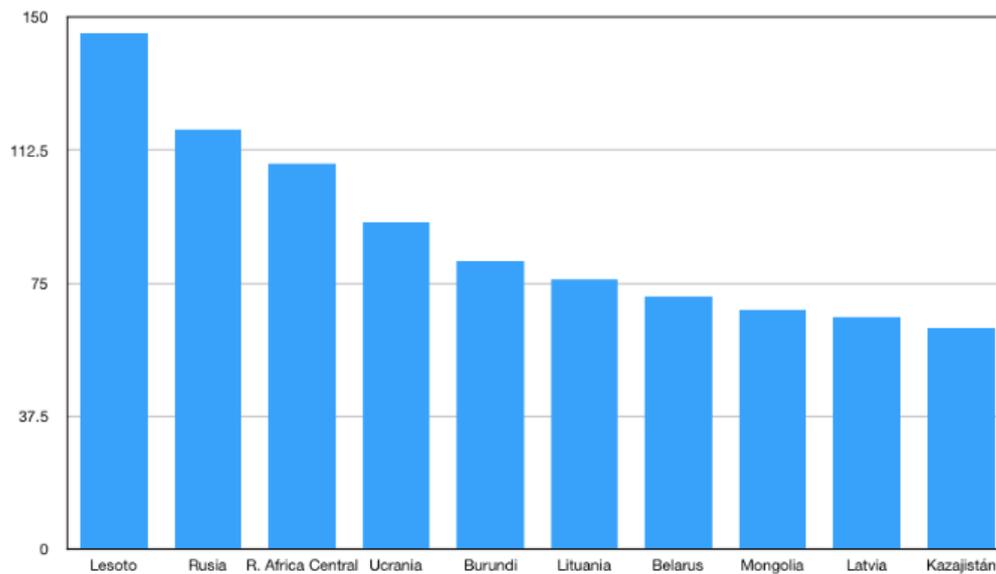


Figura 9. Países con mayor tasa de muertes atribuidas al consumo de alcohol en población entre 15 y 49 años de ambos sexos por cada 100.000 en 2016.

Fuente Griswold et al. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035.

Con relación a los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, se calcula que hay 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que los padecen. La mayor prevalencia se registra en Europa entre hombres 14,8 % y mujeres 3,5 %, respectivamente, de igual forma las mayores tasas de consumo entre jóvenes de 15-19 años también se localiza en Europa (43,8%), seguido de América (38,2%) y el Pacífico Occidental (37,9%) respectivamente.

A nivel internacional, el consumo total de alcohol per cápita en la población mayor de 15 años ha aumentado desde 2010 a 2016, manteniéndose estable desde entonces.

En cuanto al tipo de bebida que se consume, el 44,8% del alcohol total registrado, a nivel mundial son bebidas destiladas (brandy, whisky, ron, ginebra, vodka, o licores), seguido de bebidas fermentadas como la cerveza (34,3%) y del vino (11,7%). Sin embargo, en los últimos años, concretamente desde 2010, han empezado a cambiar las preferencias del consumo, sobre todo en Europa, donde el consumo de destilados ha disminuido en un 3%, mientras que el consumo del vino y la cerveza ha aumentado.

Con respecto al consumo intensivo de alcohol (CIA) o binge drinking, es decir “consumo por atracones” se aprecia un descenso desde el 2000 dado que se ha pasado del 22,6% al 18,2% en 2016; sin embargo, en países de Europa del Este y en algunos del África subsahariana sigue siendo alta entre los bebedores, especialmente (más del 60% entre los bebedores actuales).

Sobre las diferencias en cuanto al sexo, de nuevo encontramos una mayor prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol en hombres que en mujeres. La mayor prevalencia entre hombres y mujeres se localiza en Europa (14,8% y 3,5%).

Los trastornos por consumo de alcohol son más frecuentes en los países de altos ingresos, sin embargo, dado que estos cuentan con políticas nacionales sobre el alcohol (aumentar los impuestos a las bebidas alcohólicas, promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones exhaustivas sobre la exposición a la publicidad del alcohol en varios tipos de medios, y promulgar y aplicar restricciones sobre la disponibilidad física del alcohol a menores) frente a países de bajos ingresos, la morbilidad atribuible al consumo de alcohol es mucho mayor en los países de bajos y medianos ingresos, donde por otra parte los niveles de cobertura de tratamiento para la dependencia del alcohol en estos últimos son mínimos.

No obstante, el descenso en la prevalencia mundial del consumo intensivo de alcohol y en la mortalidad y morbilidad relacionadas con el mismo, no se aprecia una disminución en cuanto a la reducción del consumo total de alcohol per cápita, ni a la carga de enfermedades atribuibles al alcohol. Se prevé un aumento del consumo per cápita en los próximos 10 años a menos que se implementen medidas eficaces de control del alcohol y se detenga y revierta la situación en algunos países que aún presentan tasas elevadas (Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. OMS 2018).

La situación en España en 2017 revela que el consumo de alcohol está muy extendido (véase Figura 10) puesto que el 91,2% declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, y aunque el inicio del consumo se sitúa en los 16,6 años, sin embargo, se ha producido un descenso en el consumo diario, pues desde el 2015 se ha pasado de 9,3% a 7,4%. en 2017.

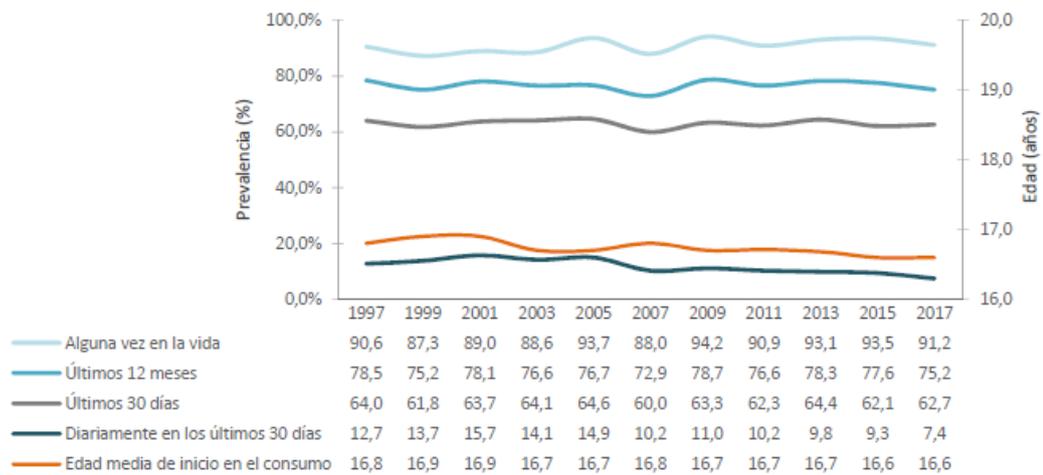


Figura 10. Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (%), España 1997-2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

De igual forma que ocurre con otras sustancias, con independencia del tiempo y de la edad, el consumo de alcohol es más alto en los hombres que en las mujeres (véase Tabla 11). Las mayores diferencias entre ambos aparecen en el tramo que va de 55 a 64 años.

Tabla 11.

Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (%). España, 2017

Edad	15-64			15-24			25-34			35-44			45-44			55-64		
	Total	H	M															
Alguna vez en la vida	91.2	93.6	88.8	85.1	86.8	83.4	91.6	94.3	89	91.7	93.8	89.5	92.8	94.5	91.1	93	96.9	89.1
Últimos 12 meses	75.2	81.3	69.2	76	79.1	72.8	78.1	84	72.1	75.8	82.2	69.2	75	80.5	69.5	71.5	80.2	63
Últimos 30 días	62.7	71.5	54	59.7	64.4	54.8	65	73.2	56.8	64	73.9	53.8	64.3	72.4	56.4	59.2	71	47.7
Diariamente en los últimos 30 días	7.4	11.5	3.3	1.3	1.8	0.7	3.3	5.3	1.2	5.3	8.1	2.4	9.6	15.2	4	16.5	25.7	7.6
Nunca	8.8	6.4	11.2	14.9	13.2	16.6	8.4	5.7	11	8.3	6.2	10.5	7.2	5.5	8.9	7	3.1	10.9

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

En cuanto al consumo diario de alcohol, se observa de nuevo una mayor prevalencia en los hombres 11,5% frente a las mujeres 3,3% que aumenta a medida que aumenta la edad de 55 a 64 años, pasando a el 25,7% entre los hombres y 7,6% entre las mujeres, este aumento, (casi el doble) puede ser debido la costumbre, en este grupo de edad, de consumir bebidas alcohólicas a diario con las comidas.

Se observa que las intoxicaciones etílicas agudas son más frecuentes en los más jóvenes, concretamente en la franja de edad que va de 15 a 34 años. De igual forma se observa de nuevo una mayor prevalencia en los hombres ya que el 38,7% reconoce haberse emborrachado en el último año. frente a las mujeres 24,6%.

Cabe señalar que la bebida más consumida en todos los grupos de edad es la cerveza a la que sigue el vino sobre todo en la población más adulta que abarca de los 55 a 64 años.

Con relación al consumo por atracones (binge drinking), es más frecuente en hombres, adultos jóvenes de 25 a 29 años 30,0% y 16,2% entre las mujeres. y también en los grupos de menor edad (véase Figura 11). Si bien, a lo largo de los años esta forma de consumo se ha incrementado, alcanzando el 17,9% en 2015 desde entonces se ha iniciado un descenso, reduciéndose a 15,1%. en 2017.

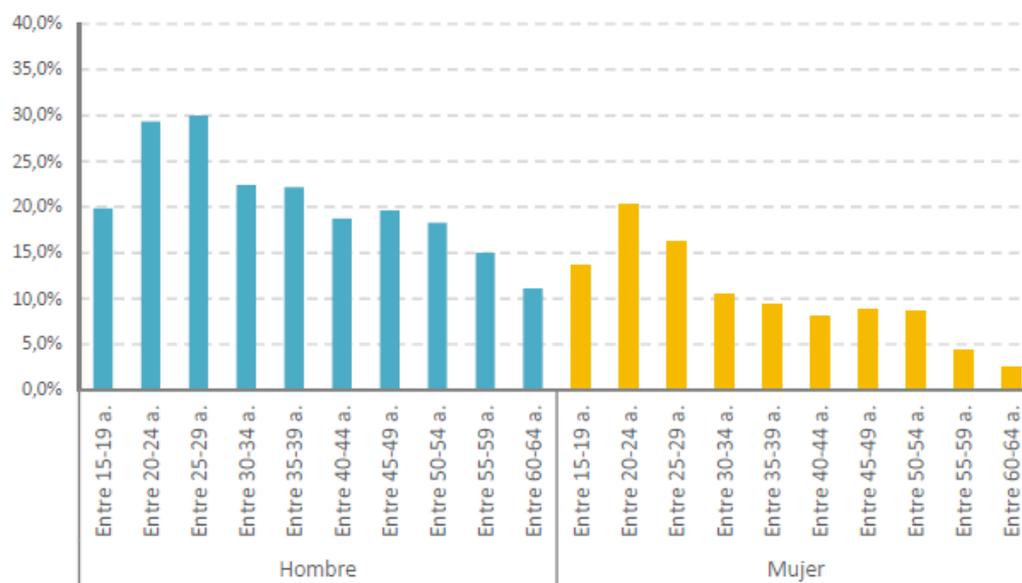


Figura 11. Prevalencia de consumo de atracón de alcohol (binge drinking) en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15-64 años (%), España 2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). (Plan Nacional sobre Drogas, 2018)

4.3. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE COCAÍNA

Según se desprenden del informe de la UNODC (2018) se estima que la elaboración mundial de cocaína en el período 2013-2016 ha aumentado en un 56% aproximadamente, esto ha repercutido en los mercados más consolidados como América del Norte y Europa central y occidental, donde se advierten evidencias de un aumento del consumo. En consecuencia, se presupone que este aumento repercuta en los nuevos mercados de las grandes economías de Asia, donde el consumo de cocaína ha empezado a manifestarse en la clase media, con efectos colaterales también otros países en particular África.

En Europa, la cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida, con mayor prevalencia en los países del sur y el oeste.

Cabe aclarar que, aunque existe una clara diferencia entre los consumidores más normalizados que conservan trabajo, familia etc. integrados en la sociedad, que suelen inhalar polvo de cocaína (clorhidrato de cocaína), y los consumidores de ambientes marginales, que se administran cocaína por vía parenteral o fuman *crack*, a menudo junto con heroína (revuelto), en las estadísticas, no se distinguen entre ambas formas de consumo (polvo o *crack*) solamente se refleja el consumo de cocaína, incluidas ambas formas.

Según el Informe Europeo sobre Drogas 2018, se estima que el 5,1 % de adultos europeos (de 15 a 64 años) han consumido cocaína en algún momento de su vida, de estos el 1,9 % son adultos jóvenes de 15 a 34 años, que la han consumido durante el último año.

Respecto a las personas que inician tratamiento por su consumo de cocaína, el 73 %, se concentran en España, Italia y el Reino Unido. De estos, el 31% lo hace por consumo solo de cocaína, el mismo porcentaje 31% lo hace por consumo asociado al alcohol, el 26 % reconoce el consumo de cocaína junto con el cannabis y el 12 % con otras sustancias. Por lo general se trata de personas integradas socialmente, con una vida normalizada. Así mismo el 2 % demandan tratamiento por el consumo de *crack* como droga principal, este representa el consumo más marginal, en los que en muchos casos aparece asociado al

consumo de heroína. Los países en los que se ha registrado un aumento de este último tipo son Italia y el Reino Unido (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018).

En España, en un pasado reciente se llegó a considerar que la cocaína por comparación con la heroína era una sustancia menos peligrosa, más inofensiva e incluso que no provocaba adicción, pero con el paso del tiempo, la evidencia ha desmontado esta creencia, según (Del Rio,2011) esto ha podido propiciar junto con otros factores, que actualmente España sea uno de los países mayor consumidor de cocaína.

Según recoge la encuesta EDADES 2017 desde 2009, el 10,0%, de personas de 15 a 64 años reconoce haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida, siendo la edad media de inicio en el consumo de 21,1 años (véase Figura 12). Como viene siendo habitual en otras sustancias, existe una gran diferencia entre el consumo de hombres 3,2% frente al de mujeres 0,8%

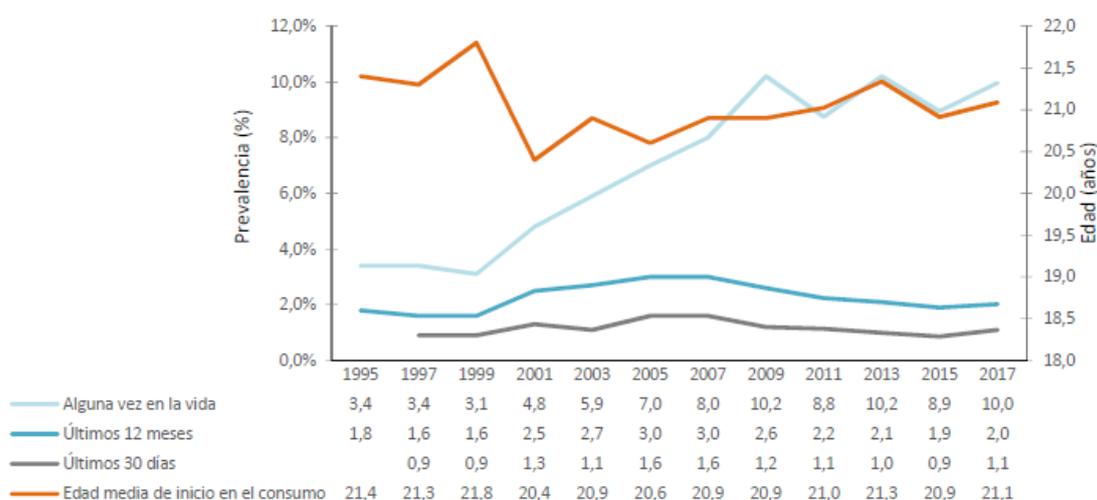


Figura 12. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (%), España 1995-2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Debemos señalar que a diferencia del consumo de cocaína en polvo que es, por detrás del cannabis, la sustancia ilegal más consumida, el consumo de cocaína base es mínimo,

el 1,3% manifiesta haberla consumido en alguna ocasión, el 0,3% en el del último año y el 0,1% en el último mes.

Con relación al consumo de cocaína en el último año, la prevalencia también es mayor en hombres 3,4% que en mujeres 1,0%. Esta situación se mantiene en todos los tramos de edad, pero hay que destacar que en el tramo de 25 a 44 años es donde se aprecian mayor disparidad, exactamente, tres puntos y medio de diferencia.

Entre los hombres se observa un incremento de la prevalencia en el tramo de 25 a 34 años, un 4,9%. manteniéndose hasta los 44 años que es cuando empieza a disminuir hasta los de 55 a 64 años con 1,1% (véase Figura 13). Sin embargo, en las mujeres la prevalencia mayor se da en el tramo de 15 a 24 años manteniéndose hasta los 34 años 1,4% y descendiendo hasta el 0,2% en el tramo de mayor edad de 55 a 64 años.

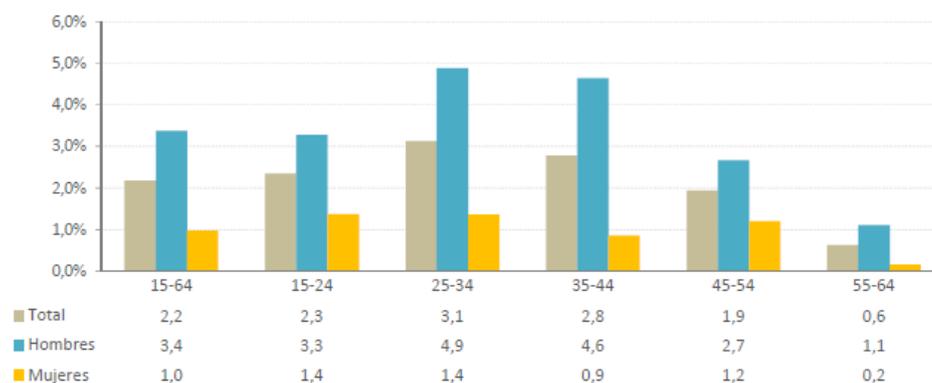


Figura 13. Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según sexo y edad (%), España 2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Para concluir, referir que, en el 2017, las personas que se iniciaron en el consumo de cocaína fueron aproximadamente 85.000 personas siendo mayoritariamente hombres de 15 a 24 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

4.4. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE HEROÍNA

En 2017, se produjo un incremento del 65% con respecto a 2016 en la producción mundial de opio, aproximadamente 10.500 toneladas, esto supone el mayor registro de la UNODC desde que se comenzó a vigilar la producción mundial de opio a comienzos del siglo XXI. Por este motivo, se espera que el aumento del número de envíos desde Afganistán, que es el principal productor de heroína, hacia todos los mercados de Europa y del resto de países, inunde el mercado de heroína de alta calidad a bajo coste, lo que irremediablemente implicará un aumento del consumo y de los daños asociados. en los próximos años. En la actualidad, hay indicios de que el consumo de heroína está repuntando en algunos países en que había disminuido (2018, UNODC)

La heroína es actualmente el opioide ilegal más consumido en Europa, asimismo se ha observado también un consumo abusivo de otros opioides sintéticos, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo.

Desde mediados de la década de los 70 se produjo en Europa la primera ola de adicción a la heroína, que afectó a buena de Europa Occidental, posteriormente se produjo la segunda ola entre mediados y finales de la década de los 90 que afectó a la parte central y oriental de Europa.

Se estima que, en el 2016, el 0,4 % de la población de la UE, de 15 a 64 años. son consumidores de opiáceos de alto riesgo. Alemania, España, Francia, Italia, Reino Unidos, son los países que concentran las tres cuartas partes (76 %) de consumidores de opiáceos de alto riesgo, no obstante, desde el 2006 se ha producido una disminución del consumo en España e Italia, mientras que la República Checa ha aumentado el consumo de forma significativa.

En relación con los inicios de tratamiento se calcula que, en Europa, el 37 %, lo fueron por consumo de opiáceos, de ellos, el 82 %. iniciaron tratamiento por consumo de heroína como droga principal. Siendo en su mayoría hombres 80% frente a las mujeres que suponen el 20%. Siguiendo los datos registrados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías 2018 (véase Figura 14), el número de consumidores de heroína que iniciaron tratamiento por primera vez se redujo a menos de la mitad desde el máximo registrado en 2007 hasta su punto más bajo en 2013, antes de estabilizarse en los últimos años.

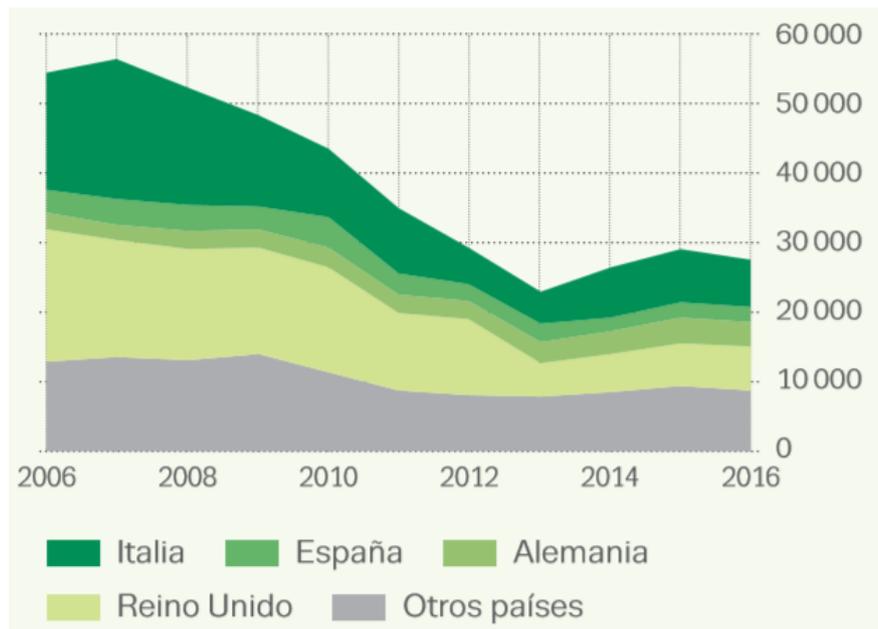


Figura 14. Tendencias en los consumidores de opiáceos que inician tratamiento por primera vez.

Fuente Informe Europeo sobre Drogas 2018.

En la actualidad, los datos apuntan un incremento del uso indebido de opioides sintéticos legales (como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo, la codeína, la morfina, el tramadol y la oxicodona) (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018).

En España, la prevalencia del consumo de heroína es mínima (véase Figura 15) así como el uso de la vía inyectada como vía principal de administración entre los que demandan tratamiento por primera vez, no obstante, presenta el mayor impacto sociosanitario de los consumos de drogas en España (exclusión social, infección VIH, VHC, etc.) con una utilización importante de recursos, además del envejecimiento de esta población y las comorbilidades asociadas a la edad (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024)

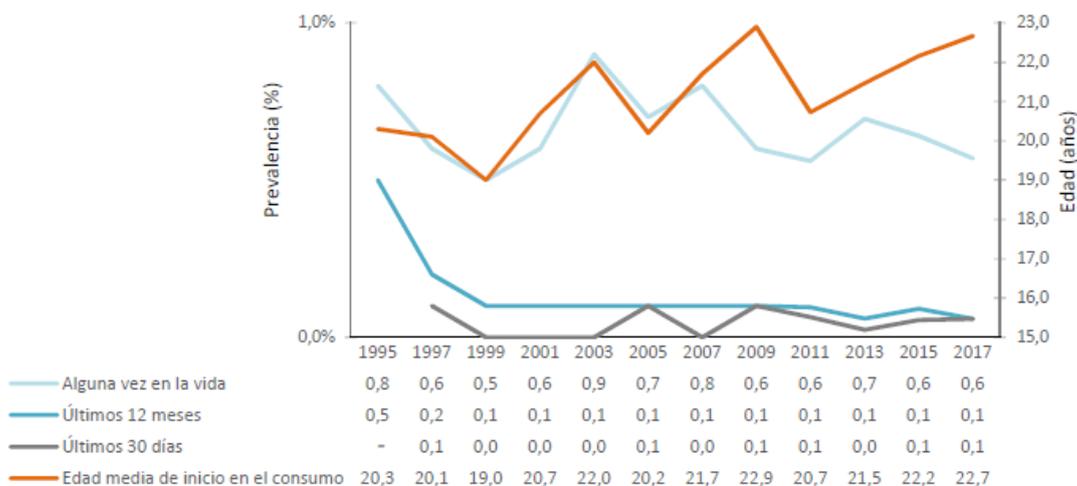


Figura 15. Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (%), España 1995-2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). (Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

4.5 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE HIPNÓTICOS Y SEDANTES

El consumo con fines no médicos de hipnóticos y sedantes comporta en la actualidad uno de los principales problemas de consumo de drogas a nivel mundial.

El número de Urgencias debidas al consumo de BZD no prescritas aumentó un 149% en Estados Unidos desde 2004 hasta 2011. Desde 1984, con el fin de prevenir el uso indebido y, asegurar su disponibilidad como medicamentos, se someten algunos BZD a vigilancia y control internacional en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales (OMS, 2017.)

En algunos países occidentales está emergiendo un mercado de “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP) que pertenecen al grupo de los benzodiazepinas que se comercializan como “benzodiazepinas legales”, “benzodiazepinas de diseño” y “productos químicos de investigación”, se encuentran fuera del sistema de control y vigilancia del medicamento, y se consumen bien solos o bien mezcladas con benzodiazepinas legales, suscitando un grave peligro para la salud pública. Las muertes atribuidas a BZD aumentaron cinco veces desde 1999 hasta 2009. siendo la segunda causa de muerte por sobredosis de medicación (UNODC, Global SMART,2017).

En los EE. UU. los ansiolíticos o hipnóticos que más se prescriben son benzodiazepinas (BZD) o los fármacos Z (zolpidem, zopiclona, zaleplon), inductores del sueño. Su consumo se cronifica mayormente en mujeres mayores y está asociado a problemas del sueño y a la incapacidad para abandonar su consumo tras un consumo continuado (Pereiro y Fernández, Coord,2018).

En España ocupan el tercer puesto de las sustancias adictiva más consumida por detrás del alcohol y del tabaco, Según los datos recogidos en la encuesta EDADES. en 2017, se ha registrado en España un ligero aumento del porcentaje de personas que los han probado alguna vez 20,8% con respecto a 2015 que fueron 18,7%.

Los hipnosedantes con o sin receta son las sustancias psicoactivas que empiezan a consumirse con mayor edad (véase Figura 16). En 2017, la edad media de inicio en el consumo es de 34,4 años, a diferencia de la edad registrada en 2015 que era superior a los 35 años.

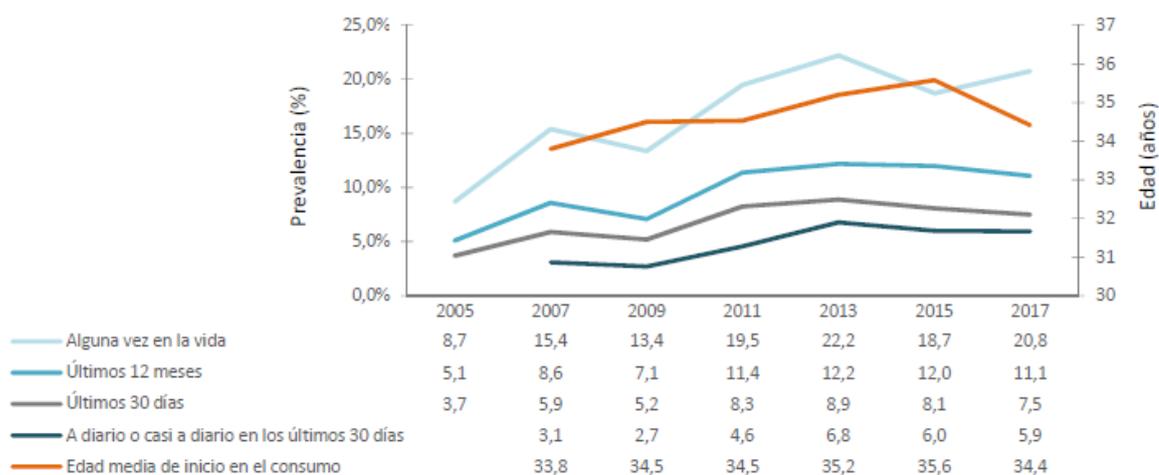


Figura 16. Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (%), España 2005-2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

En relación con la incidencia, es decir, el porcentaje de personas que, sin haberla consumido previamente, ha empezado a consumirla durante el último año, se iniciaron en

el consumo de hipnosedantes con o sin receta aproximadamente 630.000 personas siendo superior la incidencia en las mujeres 390.000 frente a los hombres 240.000.

El consumo de BZD tiene una mayor prevalencia entre las mujeres 25,6%, han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en su vida y aumenta conforme se incrementa la edad. En el último año se advierte una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre el grupo de mujeres de 15 a 24 años 5,8% y el de 55 a 64 años 21,6% (véase Figura 17).

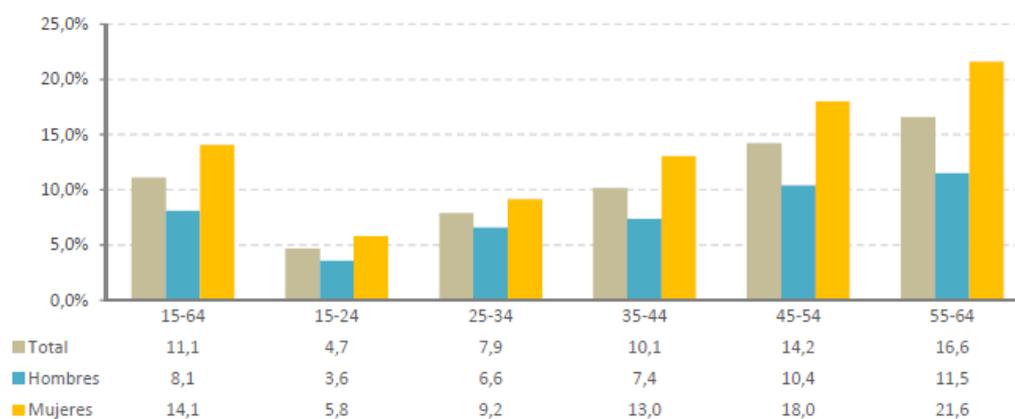


Figura 17. Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (%), España 2017.

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

En relación con hipnosedantes sin prescripción médica el 3,0% de la población de entre 15-64 admite haber consumido alguna vez en su vida, siendo la edad media del primer consumo 31,6 años.

Al igual que ocurría con los hipnosedantes en general, los hipnosedantes sin receta también son consumidos mayormente por mujeres concretamente en el tramo de 55 a 64 años se observa el 1,9% para el consumo en los últimos 12 meses en mujeres frente al 0,9% en hombres. Por el contrario, de los 25 y los 44 años, son los hombres los que registran mayores de prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta.

Es muy importante advertir que casi la totalidad de las personas 92,3% que admiten haber consumido hipnosedantes sin receta en el último año, los han asociado a otras sustancias psicoactivas. el 20,2% con alcohol, el 14,5% con drogas ilegales y casi el 15% de estos

han consumido los hipnosedantes junto con alcohol y con drogas ilegales al mismo tiempo (véase Tabla 12). A diferencia de las situaciones anteriores, la mayor prevalencia del consumo de los hipnosedantes sin receta con alcohol y/o con drogas ilegales se da en los hombres.

Tabla 12.

Prevalencia de las personas que consumido hipnosedantes sin receta o para uso no médico mezclados con alcohol y/o drogas ilegales entre la población de 15-64 años, según sexo (%). España, 2017.

	Total		
	T	H	M
Consumo de hipnosedantes sin receta y alcohol en los últimos 12 meses	20.2	32.0	9.5
Consumo de hipnosedantes sin receta y drogas ilegales en los últimos 12 meses	14.5	22.4	7.4
Consumo de hipnosedantes sin receta y alcohol y drogas ilegales en los últimos 12 meses	14.9	23.5	7.2

Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). (Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

CAPÍTULO 5.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

5.2.- ALCOHOL

Su nombre científico es etanol, es una sustancia psicoactiva depresora del sistema nervioso central, (SNC) con acción reforzante y con capacidad de crear tolerancia y adicción. Afecta a diversos neurotransmisores y a sus receptores, incluyendo la dopamina, glutamato, ácido γ -aminobutirico (GABA), ácido aminobutirico, serotonina, norepinefrina y los péptidos opioides. Su consumo crónico induce cambios neuroadaptativos (tolerancia), aumentando el número de los receptores para glutamato NMDA, desensibilizando la respuesta y el número de receptores GABAA.

Es capaz de producir efectos tanto estimulantes y euforizantes como sedantes, así como efectos placenteros o altamente desagradables en función de diversos factores tales como, la dosis, el tiempo transcurrido tras la ingesta, el consumo crónico o intermitente, los estímulos ambientales, las expectativas de la persona que lo consume, su personalidad y su predisposición genética, entre otras.

Actualmente existe una gran variedad de bebidas alcohólicas en el mercado, distinguiéndose por su elaboración en fermentadas y las destiladas.

Las bebidas fermentadas son el resultado de la transformación del azúcar de las frutas en alcohol etílico o etanol, su contenido en alcohol es más bajo que el de las bebidas destiladas.

Entre ellas encontramos:

- Vino se obtiene de la uva mediante la fermentación de su zumo. El contenido alcohólico, oscila entre los 10 y los 13 grados.
- Cerveza se elabora con granos de cebada germinados y se aromatiza con lúpulo. El contenido alcohólico, oscila entre los 3 y los 9 grados.
- Sidra se elabora con el jugo fermentado de manzana o pera, es una bebida alcohólica de baja graduación, Su contenido en alcohol oscila de 2 a 5 grados.

Las bebidas destiladas se obtienen a partir de una bebida previamente fermentada que puede ser de cebada, maíz o centeno, patata o desechos de frutas mediante la separación de agua y alcohol. Su contenido alcohólico oscila entre los 40 y 60 grados.

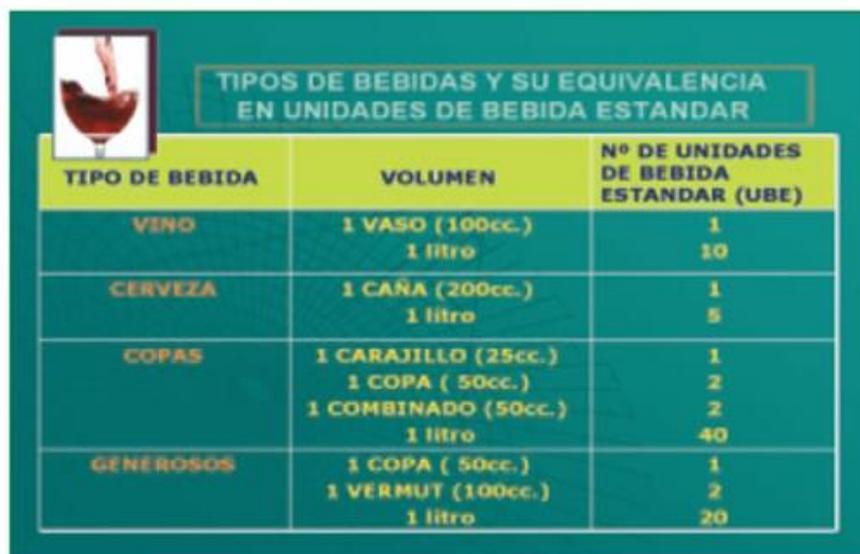
Entre ellas encontramos:

- Coñac es un tipo de brandy, pero tiene un proceso específico tanto para su destilación (debe ser destilado mínimo dos veces) como de selección de uvas destinadas a su producción que procede de la región de Cognac. Su contenido es de aproximadamente 40 grados.
- Brandy se elabora a partir del aguardiente obtenido a través de la destilación del vino. Su contenido oscila entre 36 y 40 grados.
- Ginebra se obtiene a partir de la maceración de una amplia gama de ingredientes de bayas de enebro y otros cereales. Su contenido es de aproximadamente 40 grados.
- Whisky se obtiene por la destilación de la malta fermentada de cereales como cebada, trigo, centeno y maíz, y su posterior envejecimiento en barriles de madera. Su contenido alcohólico oscila entre 40 y 52 grados.

- Ron, se obtiene a partir de la destilación a altas temperaturas de melazas fermentadas la caña de azúcar o de remolacha. Su contenido alcohólico oscila entre 35 y 40 grados.
- Vodka, que se obtiene a partir de la destilación de patata, granos u otras plantas con alta proporción de almidón. Su contenido de alcohol oscila entre 37 y 50 grados.

La graduación alcohólica indica el contenido de alcohol absoluto en 100 c/c, es decir, el porcentaje de alcohol que contiene una bebida, por ejemplo, si un vino tiene 13 grados significa que 13 c/c de cada 100 c/c = 13 % es alcohol absoluto. Se expresa en grados y queda recogido en los envases como (°) o bien como vol. % (recuperado de <https://www.infodrogas.org/drogas/alcohol?start=1>).

Con el fin de unificar criterios a la hora de calcular el consumo de alcohol se estipuló la Unidad de Bebida Estándar (U.B.E.). Cada U.B.E. supone entre 8 y 13 gramos de alcohol puro, en la práctica la más utilizada es la que considera 10 g por U.B.E. Con una U.B.E. se puede medir la cantidad de alcohol puro, no la cantidad de líquido que se bebe (véase Figura 18). La velocidad de metabolización es alrededor de una U.B.E cada hora u hora y media.



TIPO DE BEBIDA	VOLUMEN	Nº DE UNIDADES DE BEBIDA ESTANDAR (UBE)
VINO	1 VASO (100cc.)	1
	1 litro	10
CERVEZA	1 CAÑA (200cc.)	1
	1 litro	5
COPAS	1 CARAJILLO (25cc.)	1
	1 COPA (50cc.)	2
	1 COMBINADO (50cc.)	2
	1 litro	40
GENEROSOS	1 COPA (50cc.)	1
	1 VERMUT (100cc.)	2
	1 litro	20

Figura 18. Equivalencia en unidades de diversas consumiciones.

Fuente Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar social

En conclusión, la U.B.E es un sistema rápido, pero no demasiado exacto, así pues, la mejor manera, para conocer en profundidad los consumos de alcohol realizados por una persona es a través de entrevistas clínicas tanto a el paciente como a sus familiares.

El alcohol ha sido y es utilizado ampliamente en muchas culturas a lo largo de los siglos, en nuestro país, así como en los países de la cuenca mediterránea su consumo forma parte de los usos y costumbres, es nuestra droga cultural por excelencia, hasta el punto de que el hecho de beber es considerado normal, tres cuartas partes de la población española beben de manera esporádica o habitual. Sin embargo, actualmente se está tomando conciencia de que el alcohol es una droga más y de que su consumo no es en absoluto inocuo. En realidad, el consumo de alcohol es uno de los principales factores asociados a la salud de las personas ya que las consecuencias de su consumo abusivo tienen un gran impacto a todos los niveles.

El consumo intensivo de alcohol (C.I.A.) conocido como binge drinking o heavy episodic drinking, es una forma de consumo muy extendida entre los adolescentes que se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de alcohol en un corto espacio de tiempo, alrededor de 5 bebidas o más para los hombres y 4 o más para las mujeres, alcanzando una alta concentración en sangre 80 mg/dl o superior en los hombres y 60 mg/dl en las mujeres (Galán, González y Valencia-Martín, 2014).

Esta forma de consumo comporta importantes riesgos para la salud, mayor probabilidad de, pancreatitis, patología hepática, ingresos hospitalarios, y suicidio también aumenta la probabilidad de accidentes de tráfico, agresiones y violencia, conductas sexuales de riesgo y el consumo de otras sustancias psicoactivas entre otros. Así mismo está relacionado con el consumo de riesgo y de abuso/dependencia en la edad adulta (Grant et al., 2006). y con trastornos y síntomas del espectro depresivo/ansioso (Marmorstein, 2009).

En otro orden de cosas, el consumo excesivo de alcohol puede provocar o precipitar diversas complicaciones y /o trastornos:

- A nivel físico: Alteraciones digestivas, musculo esqueléticas, endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, neurológicas, cutáneas, traumatismos, accidentes, alteraciones del nivel de conciencia, y canceres,

(incrementa de forma importante el riesgo de padecer cánceres en la boca, esófago, laringe, hígado y mama).

- A nivel psicológico: Trastornos del comportamiento y del nivel de conciencia, trastornos psicóticos, trastornos cognitivos, suicidio, además de la elevada comorbilidad entre el consumo excesivo de alcohol y los trastornos psiquiátricos, sobre todo con los trastornos afectivos, con la esquizofrenia y con los trastornos de personalidad.
- A nivel social: problemas familiares, laborales (absentismo, bajo rendimiento), judiciales (agresiones y altercados, daños a otras personas, conductas violentas y accidentes de tráfico por conducción bajo los efectos del alcohol). Se asocian fundamentalmente a los efectos agudos del alcohol (Pereiro y Fernández et al., 2018).

5.3.- COCAÍNA

Su nombre científico es Benzoilmetilecgonina, ha sido llamada la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. Sin embargo, no es una droga nueva, desde hace miles de años ha sido utilizada por las culturas andinas en rituales, para inducir trances ceremoniales, para la rendir más en el trabajo, para el trueque, como digestivo, y con fines analgésicos y curativos en intervenciones médicas. La cocaína es el principal alcaloide que se obtiene de las hojas de la coca, un arbusto denominado *Erythroxylum coca* que se cultiva en la zona occidental de América del Sur (Colombia, Perú y Bolivia), es de sabor amargo, y produce en la lengua una ligera sensación de embotamiento o anestesia local. En la actualidad se utiliza en los países andinos para soportar los inconvenientes de las grandes altitudes, el hambre y las fatigas, los nativos mascan estas hojas junto con una pequeña piedra caliza o polvo de cal que hace que aumente la salivación, sin embargo, se ha demostrado que esto no es eficaz fisiológicamente, ya que la cantidad de cocaína ingerida con la masticación de sus hojas es mínima y sus efectos podrían compararse a los de dos tazas de café (Phillips y Wynne, 1980). Para su elaboración, las hojas de coca se convierten primero en pasta, se mezcla la hoja triturada con agua y queroseno; después se separa el queroseno y se desecha la hoja de coca, se agrega agua más ácido sulfúrico, posteriormente se filtra y se entremezcla con cal o amoníaco, y después en clorhidrato.

Según su elaboración se distinguen tres formas: polvo, pasta y base (crack):

- Pasta base o sulfato de coca: también llamado basuko, este es un producto intermedio en la fabricación del clorhidrato de cocaína, en su elaboración se utiliza ácido sulfúrico, metanol o el keroseno. Su aspecto es de una pasta parda negra.
- Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína: se obtiene a partir de la pasta base, se conoce también como Coca, nieve, farlopa, perico, blanca... es la forma más común del polvo de cocaína.
- Base libre o crack: se refiere a la mezcla de clorhidrato de cocaína y éter, amoníaco y bicarbonato de soda, que al evaporarse con calor generan unos cristales casi puros de cocaína muy potente. Esta forma de la cocaína se puede fumar, ya que no se descompone como sí lo hace el clorhidrato.

Se consume de diversas formas:

- Rayas de cocaína: se consume intranasal o esnifada, dicho de otra manera, aspiran el polvo de cocaína por la nariz o lo masajean en las encías, cada dosis se denomina comúnmente tiro o raya. Es la forma más frecuente, es altamente adictivas, pero menos que otros tipos y formas.
- Cigarrillo chino o nevadito: Se consume humedeciendo un cigarrillo y untando la cocaína por la parte exterior de éste, fumándose posteriormente. El efecto es mucho menor que el de la raya de cocaína, por lo que suele combinarse con la dosis esnifada.
- Basuco o pasta de coca: Se suele mezclar con tabaco o marihuana para ser fumada, y es más económica porque el costo de producirla es mucho menor al estar elaborada con residuos de cocaína, es muy adictiva y provoca un gran deterioro a nivel físico y psicológico.
- Crack o cocaína en base: Se conoce como la cocaína de los pobres porque es hasta 15 veces más barato que el clorhidrato. Tras ser fumado, llega al cerebro en pocos segundos y sus efectos son más fuertes y destructivos que la pasta de coca. También es más adictivo y el riesgo de muerte por su consumo es más elevado que otros tipos de cocaína como el basuco. Se suele fumar en pipa (Corbin,2017). También es utilizada la vía intravenosa.
- Clorhidrato de cocaína inyectada: Se inyecta el clorhidrato de cocaína una vez que se haya diluido en agua. Es una de las formas más adictivas porque va

directamente a la sangre aumentando así la intensidad de su efecto. Es la manera más peligrosa de consumirla, con un efecto inmediato, pero de corta duración. En la actualidad esta vía es poco utilizada por los riesgos que conlleva la forma de aplicación.

- Speedball o “bola rápida”: También conocido como rebujado, es una mezcla de cocaína y heroína que se inyecta, o se inhala por una cánula tras calentarla en un papel de aluminio, lo que se va buscando es obtener los efectos rápidos de la cocaína y los sedantes de la heroína, sin llegar a padecer el impulso irreprimible de volver a consumir por falta de cocaína.

El consumo por vía parenteral y el consumo de crack, son los más adictivos y los que comportan mayores riesgos sanitarios, incluida la transmisión de enfermedades infecciosas.

Las personas que consumen cocaína a menudo lo hacen en atracones, es decir, consumen la droga en forma repetida durante un período de tiempo breve y en dosis cada vez más altas para mantener el estado de euforia (NIDA, 2018).

La cocaína es una droga psicoestimulante que inhibe la recaptación de la dopamina y noradrenalina en los circuitos del cerebro que participan en el control del movimiento y la recompensa. Normalmente, la dopamina se recicla nuevamente en la neurona de la cual salió, cancelando así la señal entre las neuronas, sin embargo, el consumo de cocaína evita la recaptación de la dopamina, provocando un incremento generalizado de la misma en el espacio intersináptico, originando a su vez una estimulación continua de las neuronas receptoras, lo que se asocia a la euforia y a los efectos de placer de la cocaína. Esta acumulación de dopamina en el circuito de recompensa del cerebro refuerza poderosamente el comportamiento del consumo de drogas, por una parte, el cerebro se ajusta a las oleadas de dopamina (y de otros neurotransmisores) es decir, se adapta al exceso de dopamina generado por la cocaína, esto hace que se vuelva menos sensible al neurotransmisor produciendo menos dopamina o disminuyendo el número de receptores que pueden recibir y transmitir señales. Para lograr que la función de la dopamina regrese a su nivel normal, la persona necesita consumir dosis más altas y con mayor frecuencia para intentar sentir la misma euforia y aliviar los síntomas de abstinencia (NIDA, 2018), Los efectos de la cocaína aparecen al momento de haber consumido una sola dosis y se desvanecen en cuestión de minutos, esto varía, en función de la forma en que se haya

administrado, de tal manera que mientras más rápida es la absorción, más intenso es la euforia que resulta, pero menor es la duración del efecto de la droga. En otras palabras, la forma en que se administra la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia, por ejemplo, la euforia que se produce al esnifarla se alcanza más tarde que si se fuma, y su efecto, pero puede durar de 15 a 30 minutos, mientras que al ser fumada se alcanza rápidamente la euforia, pero los efectos solo duran de 5 a 10 minutos.

El consumo de cocaína habitual y en dosis cada vez mayores, puede generar irritabilidad, inquietud y paranoia e incluso puede causar un brote psicótico, en el que se pierde el sentido de la realidad y se sufre de alucinaciones auditivas. Al aumentar la dosis o la frecuencia del consumo, también se incrementa el riesgo de sufrir efectos psicológicos o fisiológicos adversos.

Por lo general, los efectos que ocasiona el consumo de cocaína son: elevación del estado de ánimo, aumento de energía, aumento del rendimiento, disminución de sensación de fatiga, hiperactividad motora, aumento de la fluidez verbal, ansiedad e irritabilidad, insomnio, anorexia, alteraciones en la percepción, confusión, alteraciones en la capacidad crítica y discriminativa, reacciones paranoides, conducta estereotipada, anhedonia y disforia tras el cese de consumo.

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran algunos efectos cardiovasculares como alteraciones en el ritmo cardiaco y ataques al corazón; algunos efectos neurológicos incluyendo ataques cerebrovasculares, convulsiones, dolores de cabeza y hasta coma; y complicaciones gastrointestinales, como dolor abdominal y náusea. Es inusual, pero puede ocurrir la muerte súbita la primera vez que se prueba la cocaína o de forma inesperada al consumirla subsiguientemente. Las muertes ocasionadas por la cocaína suelen ser el resultado de un paro cardiaco o de convulsiones seguidas por un paro respiratorio (Pereiro y Fernández et al., 2018).

5.4.- HEROÍNA

La heroína o diacetilmorfina, es un opiáceo semi-sintético procesado a partir de la morfina, que se deriva de la leche en polvo de la amapola del opio (adormidera). Se cultiva en el sudeste y sudoeste de Asia, en México y en Colombia Es el opiáceo ilegal más

consumido como droga de abuso y es extremadamente adictiva. Se conoce también con otros nombres como, jaco, el diablo, caballo, reina y azúcar negra; en inglés se la llama big H, horse, hell dust y smack.

En 1898 los laboratorios Bayer la introducen en medicina como analgésico potente y remedio eficaz contra la tos, el asma, y la tuberculosis, pero con el tiempo se constató que era muy adictiva, y finalmente en 1913 se suspendió la producción medicinal o farmacológica de la heroína.

Actualmente se procesa en laboratorios clandestinos localizados principalmente en los países productores del opio.

Existen diferentes tipos de heroína en función del color, el estado físico, la región de producción, la estabilidad térmica, la solubilidad en agua, los niveles de pureza y los "cortes". En la calle, los "cortes" se hacen con una amplia gama de sustancias como azúcar, harina, cafeína, almidón, leche en polvo, quinina, y, raramente, estricnina (que, a pesar de utilizarse como veneno para ratas, en dosis bajas es un estimulante):

- La heroína blanca, o clorhidrato de diamorfina, es la heroína más refinada en el mercado. El proceso de purificación implica la utilización de éter y ácido clorhídrico, El resultado es una forma de sal pura y soluble en agua que se utiliza básicamente por vía intravenosa en lugar de fumada. En ocasiones es difícil identificarla ya que en función de los productos químicos utilizados podría ser de color rosa, beige, marrón, o casi blanco.
- Heroína marrón, o base de diamorfina, llamada Brown sugar, es el resultado de la primera etapa de la purificación de la diacetilmorfina, es más fácil de producir que la heroína blanca y se quema a una temperatura más baja, por lo que es más fácil de fumar. Es la más común, sin embargo, requiere la adición de un ácido (ya sea cítrico o ascórbico) para disolverse en agua. Sus tonalidades pueden ir desde el color gris claro al gris pardo u oscuro. También puede tener un color amarillento o rosado. Su presentación es más o menos granulada.
- Heroína tailandesa, tiene un porcentaje más elevado de principio activo, llegando en ocasiones al 90%. Su aspecto es de un polvo fino de color blanco, aunque también puede ser amarillento o crema.

- Heroína negra, llamada así por el color negro del alquitrán, es una sustancia resinosa, pegajosa y oscura de origen mexicano, que resulta de la acetilación incompleta de la morfina. Es fácil de procesar y resulta más barata que la heroína blanca o marrón. El porcentaje de heroína es generalmente muy bajo. Su color, va desde el marrón oscuro a negro.

Se utilizan varias vías para su consumo: fumada, esnifada, inhalada o inyectada por, vía subcutánea intravenosa o intramuscular. La vía más utilizada antes de la implosión del SIDA fue la inyectada, se preparaba disolviendo la heroína en agua caliente en una cucharilla seguidamente se le añadía unas gotas de limón o vinagre, se aspiraba en la jeringuilla, y se inyectaba, llegando al cerebro en 15 o 30 seg.

Actualmente es más utilizada la vía fumada o inhalada se conoce como “hacerse un chino”, en este caso, la heroína, se calienta en papel de aluminio y se inhalan los vapores que desprende a través de un rulo o tubo.

Una vez que la heroína entra en contacto con el cerebro, rápidamente, se adhiere a los receptores opioides principalmente sobre el receptor tipo mu, actuando como agonista de estos receptores especialmente en las que están asociadas con las sensaciones de dolor y placer y las que controlan el ritmo cardíaco, el sueño y la respiración (Goldstein, 1991).

Por lo que cuando se consume heroína, la persona experimenta una sensación de placer y euforia, cuya intensidad varía en función de la cantidad consumida y de la rapidez con la que llega al cerebro y se fija a los receptores opioides, esta euforia puede acompañarse de sequedad en la boca, sensación de pesadez en brazos y piernas y perturbación de las facultades mentales, náuseas, vómitos y picazón intensa.

Tras superar los primeros efectos, se produce un enlentecimiento de la función cardíaca y disminución del ritmo respiratorio así, la persona entra en una especie de somnolencia, que puede llevar al coma y causar daño cerebral permanente (National Library of Medicine, 2018).

El consumo continuado de heroína modifica estructuralmente el cerebro (Wang et al., 2012). y ocasiona desajustes neurológicos y hormonales difíciles de restablecer (Ignar y Kuhn, 1990; Kreek et al., 1984).

Las investigaciones llevadas a cabo por Liu et al. (2011) y Li et al. (2013) han mostrado que el consumo de heroína produce un deterioro de la materia blanca del cerebro, lo que puede influir negativamente en la habilidad para tomar decisiones, la capacidad de regular el comportamiento y las respuestas generadas ante situaciones de estrés.

El consumo continuado y prolongado de heroína a lo largo del tiempo ocasiona numerosos daños en la salud, las consecuencias más graves son las derivadas del uso compartido de jeringuillas o al compartir líquidos corporales que pueden llevar a contraer enfermedades infecciosas, a saber, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC), que puede a su vez transmitir a sus parejas sexuales y a sus hijos. También, infecciones bacterianas, artritis y otros problemas reumatológicos. Por otro lado, acarrea desarreglos en la alimentación, adelgazamiento y en ocasiones desnutrición. En el caso de las mujeres; trastornos en la menstruación y ovulación, y en mujeres embarazadas, aumento del riesgo de aborto, parto prematuro, así como alteraciones en el recién nacido (síndrome de abstinencia neonatal). También causa, alteraciones psicológicas como apatía, trastornos del estado de ánimo etc. En relación con el sistema nervioso, provoca, trastornos de atención, memoria e insomnio.

En cuanto a las vías de administración, las personas que aspiran heroína de forma continuada pueden dañar los tejidos de la mucosa nasal y perforar el tabique nasal. Si el consumo es por la vía inyectada, implica venas colapsadas o con cicatrices, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos y las válvulas cardíacas, abscesos (forúnculos) y otras infecciones de los tejidos blandos. Por otro lado, dado, que las sustancias con las que se corta la heroína en algunos casos no se disuelven, pueden obstruir los vasos sanguíneos y causar infecciones (infección del pericardio o de las válvulas cardíacas) (National Institute on Drug Abuse NIDA, 2018).

5.1.- CANNABIS

La Cannabis sativa es un vegetal dioico, esto es, que tiene plantas macho y hembra que crecen por separado. las masculinas se agrupan en racimos, y las femeninas se agrupan en espigas. Contiene más de 400 componentes químicos y se conocen alrededor de 60 cannabinoides, los tres más importantes son el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el cannabidiol (CBD) y el cannabinol (CBN). El THC (tetrahidrocannabinol), que es el

componente más conocido y con mayor psicoactividad, se conoce por cannabis, porro, hachís, costo, porro, marihuana, maría, etc.

La mayor parte de estos componentes se encuentra en las flores de la planta hembra, las hojas y los tallos presentan menos cantidad. En el cultivo furtivo se han desarrollado variedades hasta ahora desconocidas, denominadas de forma genérica "sin semilla". Estas variedades tienen mucha mayor cantidad porcentual de cannabinoles que las cultivadas de forma tradicional o silvestre. Por ejemplo, en los años 70 los porros contenían ente 5-30 miligramos de THC, aproximadamente; sin embargo, en la actualidad, pueden alcanzar hasta los 150 miligramos o el doble si se trata de la resina, lo que supone, entre 5-10 veces más de contenido psicoactivo por cada porro.

Las concentraciones de THC varían según la presentación:

- Marihuana: También conocida por maría, grifa, hierba, se trata del triturado de hojas secas y flores y tallos de la planta, que contiene 3% de THC, la forma sin semilla puede contener un 7,5% de THC o mayor 24% (actualmente en ocasiones puede superar este porcentaje). Se fuma sola o mezclada con tabaco.
- Hachís: es un preparado de resina concentrado de las flores (flores femeninas, antes de ser polinizadas) y prensado que se presenta en forma de pastillas Las tonalidades que presenta pueden variar dependiendo del origen de la planta (verde oscuro tirando a marrón en Marruecos ("chocolate", "costo"), negro del Líbano y Medio Oriente, y negro como brea en Nepal). Contiene entre un 15 y un 30% de THC, dependiendo de la variedad. Se fuma en porciones pequeñas o "chinas" que se deshacen con el calor y se mezclan con tabaco ("porro", "canuto"). Esta es la principal forma de consumo en España.
- Aceite de hachís: Es un líquido oscuro, resinoso y espeso que se destila del hachís (se obtiene mezclando la resina con algún disolvente como acetona, alcohol o gasolina) y posteriormente se purifica. Dependiendo de la técnica y de los aparatos empleados en la destilación, contiene 16% de THC, pero puede llegar a ser de hasta un 65%. Se consume con marihuana y tabaco que se impregnan con el aceite, esta forma de consumo es poco habitual.
- Diversos productos cocinados: Galletas ("galletitas de hachís"), pasteles ("torta espacial").se consume vía oral, es poco habitual.

- Bhag. Son flores y hojas frescas o secas. Contiene 0,3-2% de THC. Se consume bebido en forma de infusión (Pereiro y Fernández (Coord.), 2018).
- Los cannabinoides sintéticos (CS) son altamente adictivos y causan efectos adversos graves. Son compuestos químicos artificiales que se rocían sobre la materia seca y triturada de una planta para así poder fumarlos, o se venden como líquidos que se vaporizan e inhalan en cigarrillos electrónicos u otros dispositivos. Se comercializan como K2, Spice, Joker, Black Mamba, Kush y Kronic. Son similares a las sustancias químicas que se encuentran en la planta de marihuana. Debido a esta similitud, a los cannabinoides sintéticos se los llama a veces, equivocadamente, "marihuana sintética" que actúan sobre los mismos receptores de las células del cerebro que el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol).

Los efectos agudos del cannabis son muy variables (véase Tabla 13), éstos dependen de multitud de variables, como la dosis, el contenido de THC, la personalidad, las expectativas, la experiencia previa del sujeto, el contexto en que se consume, y la forma de administración, puesto que si se consume fumado los efectos suelen aparecer a los 10 minutos aproximadamente en cambio cuando se ingiere los efectos suelen aparecer a los 20 a 60 minutos, estos son más duraderos y de menor intensidad, que cuando se fuma, debido a que la velocidad de absorción por vía respiratoria es más rápida que por vía digestiva.

El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico. En una primera fase, el efecto es euforizante, con alteración del sentido del tiempo o la secuencia de los acontecimientos y tendencia a la risa fácil, además puede aparecer despersonalización, fuga de ideas, alteraciones de la memoria, y también puede aumentar la percepción de colores y de sonidos. A dosis más elevadas puede aparecer estado de pánico, alucinaciones y psicosis de tipo paranoide o esquizofrénico (psicosis cannábica), a la que casi siempre le sucede otra depresiva con aumento de somnolencia.

Tabla 13.

Efectos agudos del consumo de cannabis

Efectos SNC	Consecuencia Clínica
Psicológicos	Euforia, bienestar, relajación, ansiedad, síntomas paranoides
Cognitivos	Alteración de la memoria a corto plazo, dificultad de concentración

Sustancias psicoactivas

Rendimiento psicomotor	Empeoramiento del tiempo de reacción y atención, relajación muscular, incoordinación motora, disartria, temblores
Conducción de vehículos	Empeoramiento de la conducción, mayor riesgo de accidentes
Sueño	Somnolencia
Apetito	Aumento del apetito
Percepción sensorial	Disminución del dolor. Aumento sensibilidad térmica, táctil, auditiva y visual. Distorsión espaciotemporal
Efectos sistémicos	Consecuencia clínica
Cardiovasculares	Aumento frecuencia cardiaca, presión arterial y gasto cardíaco
Respiratorios	Ligera broncodilatación. Exposición al humo y sustancias cancerígenas del tabaco.
Oculares	Enrojecimiento conjuntival. Reducción presión intraocular.
Gastrointestinales	Sequedad de boca. Antiemético
Musculo estriado	Relajación muscular
Inmunológicos	Alteración de la inmunidad celular.
Endocrinológicos	Disminución de hormonas sexuales, aumento de prolactina (galactorrea). Aumento de riesgos obstétricos y tumor de testículo.
Embarazo y lactancia	Mayor riesgo de bajo peso al nacer. Paso de cannabinoides a la leche materna.

Fuente Pereiro C y, Fernández J (Coord.) (2018) (Modificado del informe de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Cannabis. 2009).

El THC actúa sobre receptores específicos en el cerebro, En la actualidad están identificados dos receptores cannabinoides: el CB1 y el CB2, por otro lado, existen compuestos endógenos que se unen a estos receptores y que se denominan endocannabinoides, los dos principales son la anandamida y el 2-araquidonil- glicerol. La marihuana sobrestimula las áreas del cerebro que contienen la mayor cantidad de estos receptores (véase Figura 19):

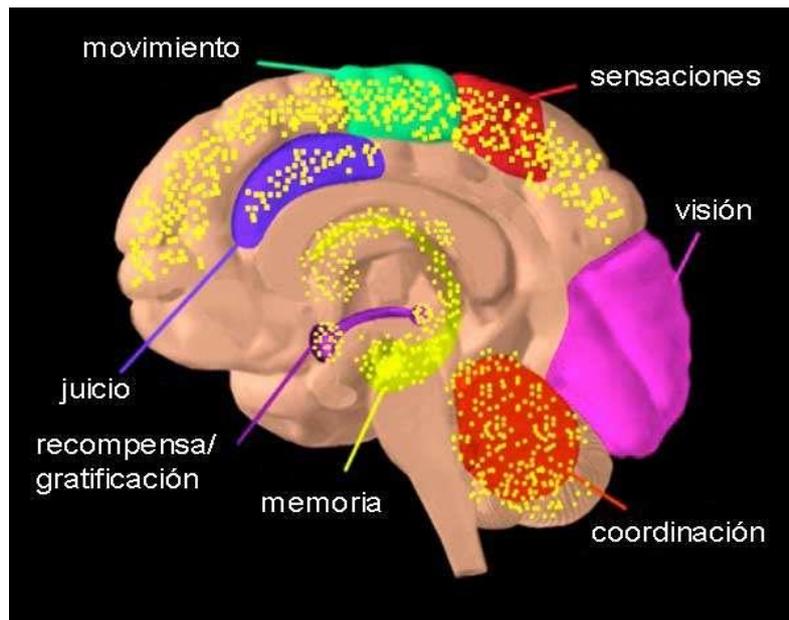


Figura 19. Áreas del cerebro donde actúa el THC.

Fuente NIDA (2017)

A largo plazo el consumo continuado y crónico de cannabis puede generar complicaciones psicológicas, a dosis elevadas puede dar lugar a la aparición de psicosis tóxica aguda, caracterizada por ansiedad, delirios paranoides o de persecución e ideas de suicidio, asociado paranoia, depresión, pánico y desorientación temporo-espacial. También se asocia con el síndrome amotivacional que se caracteriza por falta de concentración, desmotivación, apatía, frustración, bajo rendimiento laboral, aislamiento social.

Numerosos estudios basados en investigaciones con animales y personas indican que la exposición a THC durante el desarrollo puede ocasionar cambios en el cerebro (NIDA, 2017).

En el estudio de Meier et al. (2012) se observó que las personas que se iniciaron precozmente en el consumo y lo continuaron a lo largo de la vida (entre los 13 y los 38 años) disminuyeron un promedio de 8 puntos en su coeficiente intelectual, también encontraron que las personas que fueron más precoces, pero que abandonaron el consumo en su juventud no lograron recuperar totalmente la capacidad mental que habían perdido. Sin embargo, en aquellas personas que se iniciaron más tardíamente en el consumo no se apreció una reducción importante del coeficiente intelectual. Citado (NIDA, 2017).

Tal como exponen Campolongo et al. (2007) y Verrico, Gu, Peterson, Sampson, y Lewis, (2014), en experimentación animal cuando las ratas han sido expuestas a THC antes de nacer, justo después de nacer o durante la adolescencia, presentan problemas de aprendizaje y memoria. Además, el deterioro cognitivo que aparece en las ratas adultas que han sido expuestas a THC durante la adolescencia está asociado con cambios estructurales y funcionales en el hipocampo (Quinn et al, 2008; Rubino et al, 2009).

La degradación de la memoria por el consumo ocurre porque el THC altera la forma en que la información es procesada en el hipocampo, un área del cerebro responsable por crear memorias.

Según el estudio realizado por Maple, Thomas, Kangiser, y Lisdahl (2019), el consumo habitual (por lo menos una vez por semana) de cannabis está asociado con la reducción del volumen de la corteza cingulada anterior izquierda que es la responsable del procesamiento emocional facial. Esto se relaciona directamente con la dificultad para detectar pequeñas, diferencias en la respuesta emocional facial. También se observó que estos efectos se mantienen incluso tras varias semanas en abstinencia. Se podría pensar que esta dificultad para procesar y comprender las emociones explicaría por qué los consumidores habituales de cannabis son propensos a sufrir trastornos del estado ánimo y ansiedad.

Así mismo en estudios de neuroimagen realizados en personas adolescentes con consumo continuado de THC comparados con los que no consumen revelan, que los consumidores habituales de THC manifiestan una conectividad neural atrofiada en ciertas regiones específicas del cerebro involucradas en una amplia gama de funciones ejecutivas del cerebro como memorizar, aprender y el auto control. Es necesario destacar la importancia del sistema endocannabinoide en la formación apropiada de las sinapsis (las conexiones entre las neuronas) durante el comienzo del desarrollo del cerebro (Batalla et al 2013). Así mismo pueden aparecer complicaciones físicas ya que el uso prolongado puede afectar al sistema respiratorio, provocando irritación bronquial y pulmonar; al sistema endocrino, ginecomastia (tumores en los órganos sexuales), reducción de la cantidad y calidad del esperma en los hombres, sin olvidar que el consumo durante el embarazo ocasiona disminución en el peso del recién nacido, y un incremento de las posibilidades de nacimientos con malformaciones.

5.5.- HIPNÓTICOS Y SEDANTES (BENZODIACEPINAS)

Las benzodiazepinas son los psicofármacos más prescritos en la práctica clínica, (Bijlsma et al.2013) se utilizan en el tratamiento de diversas dolencias físicas y psicológicas, aun a pesar de que presenta una serie de riesgos y efectos secundarios, debido a que su uso prolongado produce dependencia y a largo plazo podrían aumentar el riesgo de demencia y mortalidad Son los más conocidos en el tratamiento de la ansiedad y a su vez son los que presentan mayores tasas de abuso en los países desarrollados, sobre todo en las mujeres mayores de 65 años.

En 1950, se descubrió de forma accidental el clordiazepóxido (Librium) comercializándose en 1960, (Lader, 1991), fue la primera benzodiazepina aprobada e implementada en la práctica clínica (Lader, 2011) Como el riesgo de dependencia era menor y actuaban más rápido que los barbitúricos, los desplazaron rápidamente. Sin embargo, a lo largo de los años 60 y 70, aumentó su consumo de forma considerable, suscitando inquietud en los organismos internacionales, de forma que se establecieron pautas específicas, y se comenzó a cuestionar su seguridad a largo plazo (Lader, Tylee y Donoghue, 2009)

Las benzodiazepinas, son depresores del SNC. Su mecanismo de acción se basa en su actuación como agonista indirecto del GABA (ácido gamma-aminobutírico) neurotransmisor de tipo inhibitorio que reduce y dificulta la transmisión de impulsos nerviosos. Al unirse las benzodiazepinas al receptor GABA aumentan su acción natural, es decir potencian la acción inhibitoria, por lo tanto, se produce un descenso en la excitabilidad neuronal, generando un efecto depresor sobre el sistema nervioso, ocasionando sedación, sueño y disminuyendo así el nivel de activación del organismo.

En función de la vida media del fármaco en el cuerpo, es decir del tiempo que se mantiene activo, existen tres grupos:

- Benzodiazepinas de vida/acción corta: Actúan de manera más rápida y permanecen durante poco tiempo (menos de doce horas), con el objeto de mantener los efectos, ya que se pasan rápidamente, la persona corre el riesgo de habituarse al consumo y termine generando dependencia. Por otra parte, se ha de tener en cuenta que ocasionan

más efectos secundarios. Algunos fármacos de este grupo son el triazolam o el midazolam.

- Benzodiacepinas de vida/acción larga: Tardan más tiempo en hacer efecto y se mantienen en el organismo también durante más tiempo. Pueden actuar durante más de treinta horas tras el consumo. Esto puede provocar que se puedan acumular los efectos de las dosis, ocasionando efectos sedantes no deseables. Los más conocidos son el diazepam y el clonazepam.
- Benzodiacepinas de vida/acción intermedia: Actúan relativamente pronto, pero no de forma tan inmediata como las de acción corta y permaneciendo en el cuerpo durante un periodo de tiempo relativamente prolongado. entre doce y veinticuatro horas. Un ejemplo de este grupo son el alprazolam y Lorazepam (Mimenza, 2018).

El uso de benzodiacepinas a corto plazo puede mejorar los síntomas de la patología para la que se administra, (ansiedad, insomnio, trastornos del estado de ánimo, convulsiones, espasmos y agitación motora) pero si se consume de forma continuada y prolongada en el tiempo, se corre el riesgo de desarrollar tolerancia, dependencia y abstinencia (Darker, Sweeney, Barry, Farrell y Donnelly-Swift, 2015)

Como se ha dicho anteriormente, el consumo continuado y prolongado de benzodiazepinas suscita un aumento del efecto inhibitorio de GABA, para hacer frente a esto y con el fin de superar los efectos depresores en el sistema nervioso central, el organismo realiza cambios adaptativos a nivel neuronal desarrollando tolerancia. Una vez que se ha producido la neuroadaptación, la retirada o la reducción brusca de la dosis habitual, ocasiona una hiperexcitabilidad del sistema nervioso y la aparición de síntomas de abstinencia (Pereiro y Fernández, 2018).

Existe evidencia relevante para señalar los efectos secundarios que ocasiona el consumo de benzodiacepinas, esto es, somnolencia, letargia, fatiga, sedación excesiva, estupor, “efectos de resaca”, alteración de la atención y concentración, desarrollo de dependencia, síntomas de abstinencia durante el proceso de deshabitación, hipotonía y ataxia (Pariente, de Gage, Moore y Bégaud, 2016). También se ha evidenciado su influencia en la conducción, incrementando el riesgo de sufrir accidentes de tráfico (Smink, Egberts, Lusthof, Uges y de Gier, 2010).

Las reacciones adversas más comunes en personas mayores de 65 años, puede estar asociado con caídas y fracturas de cadera (Bartlett, Abrahamowicz, Grad, Sylvestre y Tamblyn, 2009); (Donnelly, Bracchi, Hewitt, Routledge y Carter, 2017), retardo psicomotor y alteración cognitiva como pérdida de memoria, incapacidad para concentrarse y déficits atencionales (Koyama, Steinman, Ensrud, Hillier y Yaffe, 2013); Lader, Tylee y Donoghue, 2009).

SEGUNDA PARTE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 6.

PLANTEAMIENTO GENERAL

Para el desarrollo de esta tesis doctoral hemos desarrollado tres estudios en los que, respondiendo a un objetivo general, vamos a analizar el papel de las variables psicológicas relacionadas con la adicción de sustancias psicoactivas. Para ello hemos elaborado un modelo que da respuesta a los tres estudios realizados con una serie de objetivos e hipótesis (véanse Figuras 20, 21 y 22), siendo el primer trabajo un estudio preliminar mientras que los dos siguientes presentan una muestra más amplia que extraer conclusión:

Estudio 1. La autorregulación emocional en la depresión y el desempeño cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas

Objetivo general:

Explorar la relación existente entre el deterioro cognitivo, la depresión y las variables autorreguladoras del comportamiento (positividad, autoeficacia para regular las emociones, satisfacción vital e indefensión como pesimismo).

Hipótesis:

H1a: El tipo de sustancia consumida incidirá sobre el desempeño cognitivo, aquellas personas consumidoras de cannabis presentarán menor puntuación en MoCA y por tanto mayor deterioro cognitivo

H1b: Aquellas personas que se han iniciado a edades más tempranas en el consumo de sustancias psicoactivas presentarán mayor deterioro cognitivo.

H2a: El tipo de sustancia consumida incidirá en la depresión, siendo las personas consumidoras de alcohol, las que presentarán puntuaciones más altas en depresión

H2b: Aquellas personas que se han iniciado a edades más tempranas en el consumo de sustancias psicoactivas presentarán puntuaciones más altas en depresión.

H3: Los participantes de la muestra, todos ellos consumidores de sustancias psicoactivas, tendrán puntuaciones bajas en positividad, autorregulación emocional y satisfacción con la vida y puntuaciones altas en indefensión como pesimismo.

H4: Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas con mejor puntuación en las variables psicológicas tendrán menor puntuación en depresión y, por tanto, mejor rendimiento cognitivo.

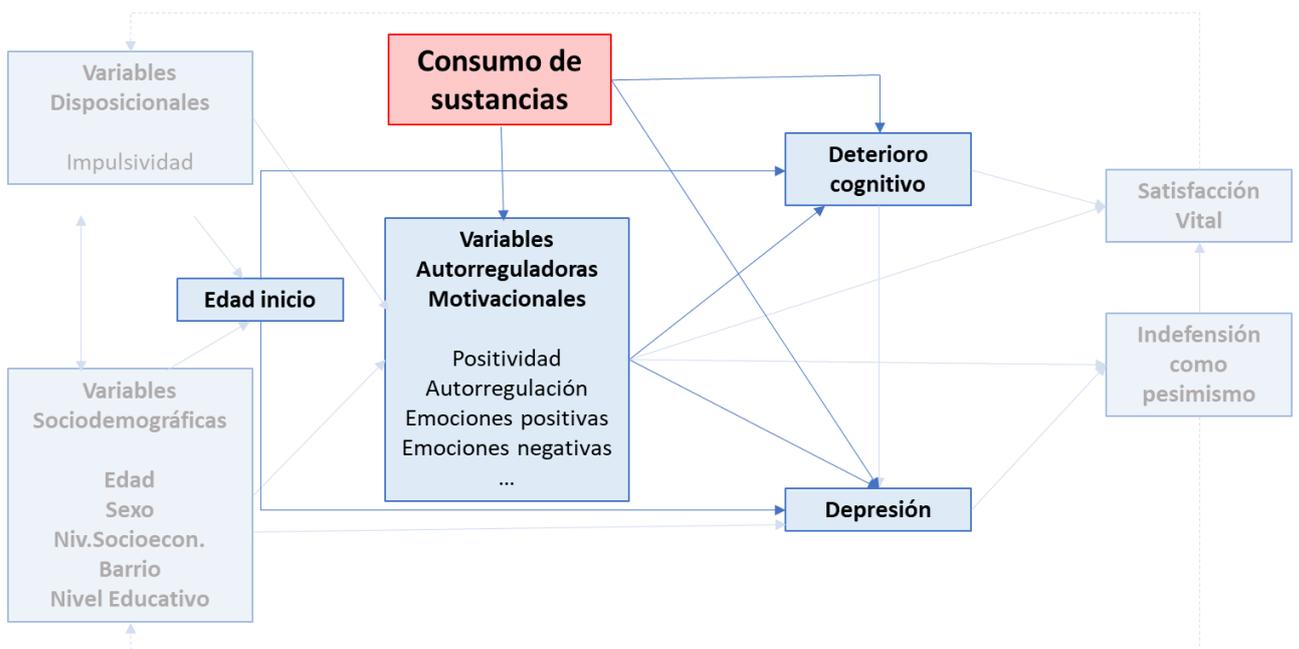


Figura 20. Esquema estudio 1.

Estudio 2. La influencia de la impulsividad y variables psicológicas en el consumo de sustancias psicoactivas

Objetivo general: Analizar la relación entre la impulsividad y las distintas variables psicológicas con el tipo de sustancia psicoactiva, en personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre el nivel de impulsividad, el tipo de sustancia consumida y las variables sociodemográficas (sexo, edad actual, edad de inicio de consumo, barrio de procedencia).
- Analizar la relación entre las variables psicológicas (satisfacción vital, positividad, autorregulación emocional e indefensión como pesimismo), el tipo de sustancia consumida y las variables sociodemográficas (sexo, edad actual, edad de inicio de consumo, barrio de procedencia).
- Analizar la relación entre el nivel de impulsividad y las variables psicológicas (satisfacción vital, positividad, autorregulación emocional e indefensión como pesimismo).

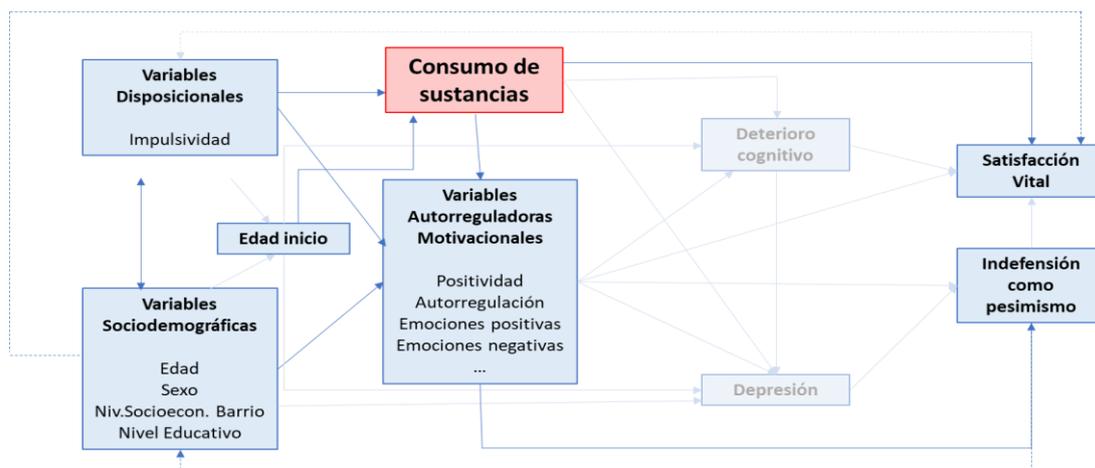


Figura 21. Esquema estudio 2.

Estudio 3. El papel del consumo de sustancias psicoactivas en la depresión y el rendimiento cognitivo.

Objetivo general: Establecer la influencia del consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, cannabis, benzodiacepinas, heroína, alcohol) en el desempeño cognitivo y la depresión.

Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre las variables sociodemográficas y el tipo de sustancia consumida
- Analizar la relación entre el tipo de sustancia consumida y la asociación entre depresión y desempeño cognitivo.

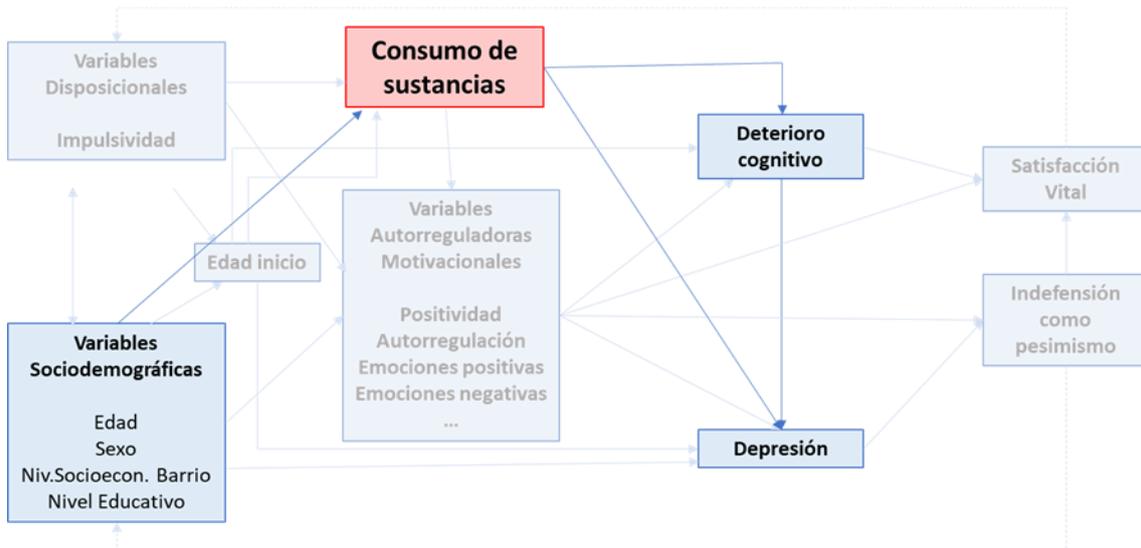


Figura 22. Esquema estudio 3.

Estudio publicado en:

García, V. G., Luque, B., Ruiz, M. S., & Tabernero, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas. *Salud y drogas*, 17(2), 125-136.



© Health and Addictions 2017
ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X
Vol. 17, No.2, 125-136

Recibido: Diciembre 2016 – Aceptado: Abril 2017

LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA DEPRESIÓN Y EL DETERIORO COGNITIVO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EMOTIONAL REGULATION ON DEPRESSION AND COGNITIVE DAMAGE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMERS

Victoriana García García^{1,2}, Bárbara Luque^{1,3}, Minerva Santos Ruiz¹ y Carmen Tabernero^{3,4}

¹ Universidad de Córdoba, España

² Unidad de Drogodependencias y Adicciones, UDA, Córdoba, España

³ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España

⁴ Universidad de Salamanca

Abstract

Introduction. Drug abuse is a broadly studied topic within the psychology field because of the resulting effects at behavioral, emotional and cognitive levels. Given the bidirectionality in these relationships, it seems important to analyze the role of self-regulation of emotions in this cognitive impairment. **Objectives.** It is intended to explore the relationship of some psychological variables of self-regulation with the propensity to suffer depression and cognitive impairment in psychoactive substance users. **Methodology.** An intentional sample of 53 individuals participated in this study with ages ranging from 18 to 58 (84.9% men), recording years of consumption. All participants sought treatment for psychoactive substance use. A battery consisting of six tools that evaluated the level of cognitive impairment, depression, positivity, self-efficacy for emotional regulation, life satisfaction and helplessness as pessimism was administered. **Results.** Participants showed a high level of cognitive impairment. Depression, age of begin and age of problematic consumption, and the lack of ability to regulate positive emotions explain an important percentage of variance in the development of cognitive impairment. **Conclusions.** Intervention programs were proposed based on generating in self-efficacy to regulate positive and negative emotions in order to rehabilitate cognitive functions as well as interpersonal relationships and life satisfaction.

Keywords: cognitive impairment, depression, emotional self-regulation, life satisfaction, substance use.

Correspondencia: Carmen Tabernero Urbieto
carmen.tabernero@usal.es

Resumen

Introducción. El consumo de sustancias psicoactivas provoca efectos dañinos a nivel comportamental, emocional y cognitivo. Atendiendo a la bidireccionalidad en las relaciones, parece importante analizar el papel de la autorregulación de emociones en este deterioro cognitivo. **Objetivos.** Se pretende explorar la relación existente entre algunas variables psicológicas de autorregulación con la propensión a padecer depresión y deterioro cognitivo en consumidores de sustancias psicoactivas. **Metodología.** Se tomó una muestra intencional de 53 participantes con edades entre los 18 y 58 años (84,9% hombres) registrando los años de consumo previo. Todos demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Se les administró una batería constituida por seis herramientas que evaluaban el nivel de deterioro cognitivo, depresión, positividad, autoeficacia para la regulación emocional, satisfacción vital e indefensión como pesimismo. **Resultados.** Los participantes mostraron un nivel de daño cognitivo elevado. La depresión, la edad de inicio de consumo problemático y la falta de capacidad para regular emociones positivas explican un porcentaje importante de varianza en el desarrollo de déficit cognitivo. **Conclusiones.** Se proponen programas de intervención basados en generar en los individuos autoeficacia para regular emociones positivas y negativas con objeto de rehabilitar tanto funciones cognitivas como relaciones interpersonales y satisfacción vital.

Palabras clave: autorregulación emocional, consumo de sustancias, depresión, deterioro cognitivo, satisfacción vital.

Introducción

El consumo de drogas es un problema social y de salud que afecta a la mayoría de los países desde hace varias décadas (Hall, 2015; Hall et al, 2016). Así, numerosos estudios se encaminan a analizar la morfología y características del problema de cara a intervenir eficazmente tanto con aquellas personas consumidoras de drogas como con aquellos colectivos que puedan iniciarse en el consumo y prevenir el mismo (Tanner-Smith, Wilson y Lipsey, 2013). El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías muestra que al menos el 21.7% de los europeos han consumido en alguna ocasión cannabis, el 4.2% cocaína y el 3.4% anfetaminas (Informe Europeo sobre Drogas, 2014).

El abuso de drogas conlleva entre otras consecuencias el deterioro cognitivo (Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz, Arrúe-Ruibloda, Coullaut-Valera y Bajo- Bretón, 2011; Curran, Freeman, Mokrysz, Lewis, Morgan y Parsons, 2016), la depresión (Edlund, Forman-Hoffman, Winder, Heller, Kroutil, Lipari, y Colpe, 2015; Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009) y un menor nivel de satisfacción vital (Fischer, Najman, Plotnikova y Clavarino, 2015; Masferrer, Font-Mayolas y Gras, 2012).

Aún son pocos los estudios que relacionan el consumo de drogas con otras variables autorreguladoras y motivacionales de la conducta como la positividad y la autoeficacia para la regulación emocional. Entendiendo la positividad como una predisposición a afrontar las situaciones bajo una mirada positiva, recientemente Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) encuentran que la positividad actúa tanto como variable predictora como protectora del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. En este mismo sentido, Grassi et al (2014) encuentran una relación causal entre la positividad y el abandono del consumo de drogas. Estos autores afirman que cuanto mayor es la autoeficacia o capacidad personal para manejar emociones, mayor es la confianza personal para mirar el futuro con optimismo. En este sentido la autoeficacia para manejar las emociones negativas, como el estrés o la irritación, se relaciona con la positividad, la salud mental y la adopción de conductas de riesgo entre adolescentes (Valois y Zullig, 2013) y, consecuentemente, con el consumo de drogas (Zullig, Teoli y Valois, 2014). Si bien positividad, autoeficacia para la regulación de las emociones y satisfacción vital parecen estar relacionadas; el pesimismo también ha mostrado tener un papel predictor ante el consumo de drogas (Wray, Dvorak, Hsia, Arens y Schweinle, 2013). Así, mientras que el optimismo, la regulación de las emociones y la satisfacción vital tendrían una relación

negativa con el consumo de alcohol, la indefensión como pesimismo podría tener una relación positiva con el comportamiento adictivo.

El presente estudio pretende explorar la relación existente entre el deterioro cognitivo, la depresión y las variables autorreguladoras del comportamiento (positividad, autoeficacia para regular las emociones, satisfacción vital e indefensión como pesimismo) con el objetivo de proponer una alternativa, basada en la intervención según el modelo biopsicosocial -donde se integran variables psicológicas y de contexto- para avanzar en la rehabilitación del daño cognitivo, la mejora del bienestar y las relaciones interpersonales en población consumidora/abusadora de sustancias (Peláez, y Romaní, 2016).

Deterioro cognitivo y adicción

Una de las principales consecuencias que conlleva el consumo de drogas es la aparición de deterioro neuropsicológico. Se ven afectadas funciones como la memoria, el aprendizaje, la atención, la concentración o el razonamiento (Verdejo, López-Torrecillas, Orozco y Pérez, 2002). Es importante conocer qué funciones neuropsicológicas están afectadas para poder intervenir sobre ellas y paliar los efectos que causan las drogas.

En el estudio desarrollado por Rojo-Mota, Pedrero- Pérez, Ruiz-Sánchez, Llanero-Luque y Puerta-García (2013), el 70% de la muestra, todos adictos a sustancias presentan deterioro cognitivo leve. Es difícil encontrar investigaciones en las que se indique qué sustancia causa mayor deterioro cognitivo. No obstante, el cannabis parece ser el que más afecta a la corteza prefrontal, donde se alojan las principales funciones cognitivas (Tziraki, 2012). Si bien, Fernández-Artamendi, Fernández- Hermida, Secades-Villa y García-Portilla (2011) hacen referencia a que consumidores que se han iniciado precozmente mostrarán mayor deterioro cognitivo. Ambas variables, edad de inicio y tipo de sustancia de consumo, podrían estar interrelacionadas. Por ello, teniendo en cuenta los estudios mencionados anteriormente, un primer objetivo de esta investigación es explorar la relación entre el tipo de sustancia de consumo y la edad de inicio en el deterioro cognitivo ocasionado por el abuso de sustancias con el fin de establecer las líneas terapéuticas más adecuadas.

En base a la revisión realizada anteriormente, se plantean las siguientes hipótesis: el tipo de sustancia consumida incidirá sobre el deterioro cognitivo experimentado, aquellas personas consumidoras de cannabis presentarán menor puntuación en MoCA y por tanto mayor deterioro cognitivo (H1a); y aquellas personas que se han iniciado antes en el consumo presentarán menor puntuación en MoCA y por tanto mayor deterioro cognitivo (H2a).

Depresión y adicción

El consumo de sustancias conlleva en muchas ocasiones a padecer trastornos mentales, es el caso de la depresión. Moral, Sirvent, Blanco, Rivas, Quintana y Campomanes (2011) afirman que la depresión puede ser un efecto colateral del consumo por lo que la mayoría de los consumidores pueden presentar episodios depresivos, ya sea a consecuencia de la intoxicación de la sustancia o del síndrome de abstinencia. En este sentido, Chahua (2014) confirma que la prevalencia en depresión para los consumidores de cocaína y heroína es mayor que la de la población general. Igualmente, Tziraki (2012) concluye que el consumo de cannabis predice la aparición de sintomatología depresiva; mientras que Casas y Guardia (2002) indican que el consumo de alcohol cursa con algunos trastornos psiquiátricos, sobre todo con depresión.

En esta investigación se evaluará la presencia de depresión en los participantes a través del inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996). A diferencia de otras investigaciones, se pretenderá conocer qué tipo de sustancia cursa en mayor medida junto a la depresión. Se partirá de la idea de que los consumidores de alcohol presentarán una puntuación más alta en depresión que el resto de la muestra debido a la alta comorbilidad psiquiátrica que se observa (Emmelkamp y Vedel, 2012).

Además, creemos importante comprobar si el inicio precoz en el consumo de drogas se relaciona con la presencia de depresión. Moral et al. (2011) señalan que los años de consumo predicen la presencia de depresión, por tanto, consumidores que se han iniciado precozmente, sobre todo en la adolescencia, padecerán más sintomatología depresiva que consumidores de inicio tardío. De esta forma se proponen las siguientes hipótesis: el tipo de sustancia consumida incidirá en la depresión, siendo las personas consumidoras de alcohol las que presentarán puntuaciones más altas en depresión (H2a); y aquellas

personas que se han iniciado antes en el consumo presentarán puntuaciones más altas en depresión (H2b).

Variables autorreguladoras y adicción

La positividad es un constructo empleado por Caprara y sus colaboradores para explicar la salud psicológica (Caprara et al, 2012; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010) partiendo de los indicadores de autoestima, satisfacción con la vida y optimismo (Caprara y Steca, 2005). La positividad es la forma en la que los individuos valoran e interpretan su vida, sus experiencias y su futuro (Caprara, Alessandri, Trommsdorff, Heikamp, Yamaguchi y Suzuki, 2012). En el estudio de Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013), la positividad u orientación positiva a la vida está relacionada negativamente con el consumo de tabaco y alcohol en una muestra de adolescentes. Estos autores ven la positividad como un factor protector al consumo de sustancias en jóvenes. Más recientemente y en esta misma línea, Grassi et al (2014) encuentran en un estudio longitudinal que la positividad se relaciona con el cese de la adicción al tabaco.

Por otra parte, Lozano, Salinas y Carranza (2004) describen la autorregulación emocional como “el manejo de la emoción a favor de un mejor funcionamiento del individuo en una situación dada”. Cava, Murgui y Musitu (2008) indican que la falta de destreza en regulación emocional en algunos jóvenes es una actitud desfavorable que propicia el consumo de drogas puesto que afecta a la autoestima, el bienestar, las interacciones sociales con los iguales, el desarrollo de conductas de riesgo o los procesos de tomas de decisiones, entre otros procesos.

Una de las variables más utilizadas para explicar la efectividad de los programas de salud es la satisfacción vital. Diener y Diener (1995) definen la satisfacción con la vida como “la evaluación consciente de toda la vida de una persona en la que los criterios de juicio son la propia persona”. Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012) indican que los no consumidores presentan una puntuación más elevada en satisfacción vital que los consumidores. En contraposición, según Tayfur (2012) “la indefensión aprendida es el estado pasivo o apático de las personas que consideran que nada se puede hacer ante situaciones adversas y no deseadas”. Aplicando este concepto al terreno de las adicciones, Carbonero, Martín- Antón y Feijó (2010) señalan que la indefensión es una creencia

irracional que se observa sobre todo en jóvenes y que lleva al consumo o al abuso de sustancias.

Teniendo presente la revisión teórica realizada anteriormente, en el presente estudio creemos importante conocer la interrelación entre estas cuatro variables autorreguladoras en una muestra de consumidores, así como su interrelación con el deterioro cognitivo y la depresión atendiendo al tipo de sustancia consumida y la edad de inicio en el consumo. De esta forma se propone la siguiente hipótesis: los participantes de la muestra, todos ellos consumidores de sustancias, tendrán puntuaciones bajas en positividad, autorregulación emocional y satisfacción con la vida y puntuaciones altas en indefensión como pesimismo (H3).

Deterioro cognitivo, depresión y variables autorreguladoras

Como se ha reflejado anteriormente algunas de las consecuencias que conlleva el consumo de tóxicos son el deterioro cognitivo, la depresión, así como un desequilibrio global en muchas variables psicológicas. En este sentido, Roca, Monzón, Vives, López-Navarro, García- Campayo y Gili (2015) realizan un análisis de revisiones sistemáticas y metaanálisis donde concluyen que el deterioro cognitivo es una característica central y nuclear del trastorno depresivo. Por tanto, en esta investigación se plantea conocer si la depresión actúa como variable predictora del deterioro cognitivo sin discriminar sobre el consumo de sustancias. A su vez, se pretende analizar el peso que las variables autorreguladoras estudiadas junto a la edad de inicio en el consumo pueden tener en ese modelo predictivo. Se plantea la siguiente hipótesis: aquellas personas consumidoras de sustancias con mejor puntuación en las variables psicológicas tendrán menor puntuación en depresión y, por tanto, mejor rendimiento cognitivo (H4).

Conocer las variables predictoras del deterioro cognitivo en una muestra de consumidores de sustancias adictivas permitirá, desde el punto de vista de la intervención psicoterapéutica, abordar dichas variables con el objeto de conseguir una mejora en el estado de ánimo y la satisfacción vital de cara a mejorar rendimiento cognitivo.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por un total de 53 participantes en tratamiento psicológico para abandonar el consumo de sustancias psicoactivas, que acudían a los centros ambulatorios de la red para la atención a las drogodependencias y adicciones de Córdoba. El 84.9% del total de la muestra eran hombres. El rango de edad de la muestra se distribuía desde los 18 a los 58 años ($M = 39.9$, $DT = 9.2$). La media de edad del primer consumo fue a los 17.25 años ($DT = 5.06$; rango de 10 a 36 años), el 70.6% de la muestra se inició en el consumo antes de los 17 años. La media de edad del consumo problemático (cuando demandaron tratamiento en la Unidad) fue a los 22.39 años ($DT = 7.84$; rango de 12 a 54 años), antes de los 24 años un 68.6% de la muestra refiere tener problemas de abuso de sustancias. Se clasificó a los participantes en función de la sustancia principal consumida, heroína (30.2%), alcohol (26.2%), cocaína (20.8%) y cannabis (18.9%); benzodiacepina (3.8%); siendo el 50.9% de la muestra policonsumidora. Para los análisis de las puntuaciones en depresión y en las variables psicológicas no existen datos de tres participantes, por lo que la muestra para esas variables será de 48 participantes.

Instrumentos

Edad de inicio en el consumo de sustancias y edad en la que el consumo comenzó a ser problemático. Se recogen ambas medidas como variables continuas dentro del protocolo de recogida de datos sociodemográficos de cada centro de salud.

Deterioro Cognitivo evaluado a través de la escala *The Montreal Cognitive Assessment*, MoCA (Nasreddine, Phillips, Bedirian, Charbonneau, Whitehead, Collin et al., 2005). La escala ha sido validada en una muestra española con pacientes con y sin deterioro cognitivo y con demencia (Lozano, Hernández, Turró, Pericot, López-Pousa y Vilalta, 2009). Es una prueba de cribado de deterioro cognitivo leve o demencia temprana. Contiene ocho apartados (visoespacial/ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación) que evalúan los siguientes dominios cognitivos: memoria, capacidad visoespacial, función ejecutiva, atención/concentración/memoria de trabajo, lenguaje y orientación. Su puntuación oscila

de 0 a 30. El punto de corte se establece en la puntuación 26. Se considera que puntuaciones iguales o superiores a 26 indican un rendimiento cognitivo normal, mientras que puntuaciones inferiores a 26 indicarían un deterioro cognitivo leve o demencia temprana. Se añadirá un punto extra para participantes con menos de 12 años de escolarización. La duración de su aplicación es de unos 10-12 minutos.

Depresión ha sido evaluada a través del *Inventario de depresión de Beck*, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996). Es un autoinforme que se utiliza para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes con más de 13 años. Está compuesto por 21 ítems, que se corresponden con los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo y que se describen en el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, *American Psychiatric Association*, 2013). En cada uno de los ítems se tiene que elegir una de las cuatro opciones existentes que identifiquen el estado de ánimo de la persona en los últimos siete días. La puntuación total determinará el nivel de depresión. Puntuaciones de 0 a 9 indicarán ausencia de depresión; de 10 a 19 depresión leve; de 20 a 29 depresión moderada y puntuaciones superiores a 30 indicarán depresión grave.

Positividad evaluada a través de la escala desarrollada por Caprara et al (2010). La escala se compone de ocho ítems que proceden teóricamente de los constructos autoestima, optimismo y satisfacción vital. Cada uno de los participantes debían indicar en una escala de 1 a 7 el grado en el que se identificaba con cada uno de los ítems. La escala mostró un coeficiente de fiabilidad adecuado ($\alpha = .83$). Un ejemplo de ítem en esta escala sería “Miro al futuro con esperanza y entusiasmo”, éste es el ítem que más fiabilidad aporta a la escala.

Autoeficacia para la regulación de las emociones fue evaluada a través de la escala desarrollada por Caprara y Gerbino en 2001 (*Regulatory Emotional Self-Efficacy scale*, RESE). La escala se compone de 12 ítems, los cuales fueron reducidos a dos dimensiones mediante la realización de un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax. Aplicando el criterio de Nunnally según el cual se considera que un ítem corresponde a un factor cuando su carga es superior a 0.40, se encontró una estructura factorial en dos factores. Los ítems 1, 2, 3 y 4 cargaban en el factor 1 y su coeficiente de fiabilidad fue adecuado ($\alpha = .87$), dicho factor corresponde teóricamente a la autoeficacia para regular las emociones positivas; un ejemplo de ítem sería “me siento capaz de expresar

satisfacción cuando consigo los objetivos que me he propuesto”. El factor 2, autoeficacia para regular las emociones negativas, se configuró con los 8 ítems restantes; un ejemplo de ítem sería “me siento capaz de superar la frustración de que los demás no me valoren”, el coeficiente de fiabilidad de este factor resultó ser adecuado ($\alpha = .76$).

Satisfacción con la vida (Satisfaction With Life scale, SWLS) evaluada con la escala desarrollada por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) que se configura con un total de cinco ítems. Los participantes mostraron sus respuestas utilizando una escala Likert de siete puntos, siendo 1 “completamente de acuerdo” y 7 “completamente desacuerdo”. Puntuaciones por debajo de 14 indicaban que la persona se sentía insatisfecha, puntuaciones de 20 a 24 indicaban una puntuación media, y puntuaciones por encima de 25 indicaban satisfacción. El coeficiente de fiabilidad obtenido fue adecuado ($\alpha = .72$). Un ejemplo de ítem de esta escala sería “Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida”.

Indefensión como pesimismo, evaluada con la escala desarrollada por Díaz-Aguado, Martínez, Martín, Álvarez- Monteserín, Rincón y Sardinero (2004). La escala estaba formada por seis ítems que puntuaban de 1 “completamente de acuerdo” a 7 “completamente desacuerdo”. El estudio de su fiabilidad mostró un ajuste adecuado ($\alpha = .76$). Un ejemplo de ítem sería “Continuamente pienso que todo me sale mal”, es el ítem que más fiabilidad aportaba a la escala.

Procedimiento

Previamente a la recogida de datos, se envió un informe al comité ético del Servicio Andaluz de Salud atendiendo a la privacidad de la información de los pacientes. Se seleccionaron a los participantes por accesibilidad a tres de los centros de salud de Córdoba donde hay asistencia psicológica para las personas con consumo problemático de sustancias adictivas, por tanto, el muestreo fue de forma incidental. Los participantes se encontraban en abstinencia desde las primeras semanas posteriores a la demanda de tratamiento. Los participantes leyeron y firmaron un consentimiento informado sobre la investigación que se iba a llevar a cabo y, de forma voluntaria, decidieron participar.

La recogida de datos se llevó a cabo en una consulta del centro de salud por dos psicólogas. El procedimiento consistía en administrar a los pacientes de forma individual una batería formada por tres instrumentos. El tiempo de duración era de unos 25 o 30 minutos. Las baterías se pasaron de junio a septiembre de 2015, en función de cuándo acudían los pacientes a sesión de tratamiento con la psicóloga de la Unidad de drogas y conductas adictivas.

Diseño

La metodología de investigación llevada a cabo según Montero y León (2002) fue un diseño ex post facto prospectivo.

Análisis de datos

En primer lugar, se propone un análisis de correlación con el objetivo de explorar la relación existente entre las variables evaluadas. Así, se incorporan al análisis las puntuaciones obtenidas en MoCA, en depresión, en las cuatro variables autorreguladoras y la edad de inicio del consumo. A continuación, se pretende realizar un análisis de pruebas no paramétricas (Kruskall Wallis) para poner a prueba las hipótesis H1a, y un análisis chi-cuadrado para probar la hipótesis H1b, con ambos análisis se realiza una comparación de medias de los grupos en función del tipo de sustancias que consumieran los participantes. Para explicar las hipótesis H2a y H2b, y ver el papel de una edad de inicio precoz se lleva a cabo un análisis ANOVA.

Por último, se realiza un análisis de regresión múltiple para poder explicar la variable dependiente “deterioro cognitivo” a través de las variables explicativas, depresión y variables psicológicas junto a la edad de inicio. De esta forma se pretende comprobar la hipótesis H3. Primero se introduce la “depresión” como única variable explicativa y a continuación se van sumando las cuatro variables autorreguladoras y la edad de inicio en el consumo, junto a la edad en la que el consumo comenzó a ser problemático para analizar su influencia sobre el deterioro cognitivo.

Resultados

Relación entre las variables analizadas

A través de un análisis de correlaciones exploramos las relaciones entre las puntuaciones en deterioro cognitivo, en depresión, en las variables autorreguladoras y en la edad de inicio del consumo. En la tabla 14 se pueden comprobar los resultados de dichas correlaciones. Así, se observa que la puntuación obtenida en MoCA se relaciona positiva y significativamente con la positividad, la autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas y la satisfacción vital. Y se relaciona negativa y significativamente con la puntuación en depresión, y en indefensión como pesimismo. En este sentido, los resultados muestran cómo a menor deterioro cognitivo (mayor puntuación en MoCA), mayor positividad. Cabría esperar una relación negativa y significativa con la variable edad de inicio; a menor edad de inicio en el consumo mayor deterioro cognitivo, pero no se obtiene una relación significativa, aunque el sentido de dicha relación vaya en el sentido esperado. La puntuación en depresión se relaciona positiva y significativamente con la puntuación en indefensión como pesimismo. Y negativa y significativamente con deterioro cognitivo, positividad, autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas y satisfacción vital.

En este sentido, se entiende, por ejemplo, que cuánto más deprimida esté la persona mayor indefensión sentirá. La puntuación en positividad se relaciona positiva y significativamente con autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas y con la satisfacción vital. Mientras que, por el contrario, y como era de esperar, la positividad se asocia negativa y significativamente con indefensión como pesimismo.

La autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas se relacionan positiva y significativamente entre sí, además de con la positividad. Y negativa y significativamente con indefensión como pesimismo. La edad de inicio de consumo se relaciona negativa y significativamente con la puntuación en depresión. Este dato parece indicar que cuánto antes se inicie una persona en el consumo, mayor probabilidad tendrá de padecer depresión.

Tabla 14.

Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables estudiadas

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Puntuación MoCA	1							
2.Puntuación BDI	-.44**	1						
3.Positividad	.42**	-.75**	1					
4.Autorregulación emociones +	.37**	-.58**	.61**	1				
5.Autorregulación emociones -	.28*	-.37**	.41**	.29*	1			
6.Satisfacción vital	.34*	-.52**	.62**	.27	.13	1		
7.Indefension	-.43**	.70**	-.70**	-.53**	-.44**	-.53**	1	
8.Edad inicio	.06	-.29*	.26	.17	-.06	.31*	-.31*	1
Media	22.58	20.94	3.90	5.78	2.82	1.56	4.10	17.25
Desviación típica	4.02	14.05	1.80	1.82	1.60	1.54	1.80	5.10

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$ *Relación entre deterioro cognitivo y adicción*

Atendiendo a que una puntuación en el MoCA inferior a 26 indica deterioro cognitivo, nuestros datos muestran deterioro cognitivo en el conjunto de la muestra de consumidores ($M = 22.73$; $DT = 4.03$) siendo progresivamente mayor el deterioro para los consumidores de cannabis ($M = 21.20$; $DT = 5.93$), que de cocaína ($M = 22.55$; $DT = 4.18$), de alcohol ($M = 23.07$; $DT = 5.93$) y de heroína ($M = 23.50$; $DT = 2.76$). Tras realizar un análisis de comparación entre grupos no paramétricos (Kruskal-Wallis) entre la sustancia de consumo y el deterioro cognitivo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2 (gl = 3) = 0.77$; n.s.).

En relación con la hipótesis H2a, se realizó un análisis ANOVA que mostró que no existían diferencias significativas entre el deterioro cognitivo y la edad de inicio ($F(1,49) = 0.46$; n.s.; M con deterioro = 16.97, $DT = 4.8$; M sin deterioro = 18.08, $DT = 5.87$). No obstante, las puntuaciones medias indican que la edad de inicio en el consumo para las personas con deterioro es anterior que para las personas sin deterioro.

Relación entre depresión y adicción

Los resultados muestran que, tras responder al BDI-II, un 23.5% no padece depresión, un 27.5% muestra depresión leve, un 15.7% muestra depresión moderada y un 27.5% muestra depresión grave. Para responder a la hipótesis H1b relativa a que se espera que los consumidores de alcohol sean quienes puntúen más alto en depresión que el resto de la muestra se realizó un análisis chi-cuadrado entre la sustancia de consumo y la puntuación en depresión. Los resultados mostraron diferencias significativas entre grupos según la sustancia de consumo ($\chi^2 (gl = 9) = 16.90; p < .05$), encontrando las siguientes puntuaciones medias: en heroína 21.36 (DT = 9.72), en alcohol 22.64 (DT = 17.43), en cocaína 18.45 (DT = 14.86) y en cannabis 18.22 (DT = 15.03).

En cuanto a la hipótesis H2b, que indica que un consumo precoz de sustancias conlleva una mayor puntuación en depresión, se realizó un análisis ANOVA que mostró que no existían diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, aquellos que no tenían depresión o ésta era leve se iniciaron en el consumo después que los que padecían depresión grave ($F (3,44) = 1.09; n.s.$; M con depresión grave = 15.64, DT = 3.73; M depresión moderada = 16.63, DT = 2.61; M depresión leve = 18.93, DT = 6.50; M sin depresión = 18-17, DT = 5.98).

Relación entre variables autorreguladoras y adicción

En la Tabla 15 se han mostrado las puntuaciones medias de todas las variables estudiadas. Según la hipótesis H3, se espera que los participantes de este estudio, consumidores de sustancias, presenten puntuaciones bajas en positividad, autorregulación emocional y satisfacción vital y puntuaciones altas en indefensión como pesimismo. Como se observa en la Tabla 27, positividad, autorregulación para las emociones negativas y satisfacción con la vida, tienen una puntuación baja, inferior a la puntuación media de la escala de respuesta; mientras que en las escalas de autorregulación para las emociones positivas e indefensión como pesimismo los participantes presentan puntuaciones por encima de la media.

Tabla 15.

Modelo de regresión lineal por pasos para explicar las variables predictivas del desempeño cognitivo en una muestra de consumidores

Variables predictoras deterioro cognitivo	R^2 ajustada = .18	R^2 ajustada = .21	R^2 ajustada = .26
Puntuación depresión	$B = -.44^{**}$	$B = -.48^{**}$	$B = -.33^{**}$
Edad de inicio		$B = -.29^*$	$B = -.34^*$
Edad de consumo problemático		$B = .34^{**}$	$B = .40^*$
Autorregulación emocional positiva			$B = .29^*$
	$F(1,48) = 11.73$ $p < .001$	$F(3,44) = 5.07$ $p < .001$	$F(4,42) = 4.97$ $p < .001$

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$

Relación entre deterioro cognitivo, depresión y variables psicológicas

Para dar respuesta a la hipótesis H4 se realizó un análisis de regresión múltiple en el que se fueron incorporando progresivamente la depresión, la edad de inicio en el consumo, la edad en la que el consumo comenzó a ser problemático y las variables autorreguladoras como variables explicativas de la variable dependiente “deterioro cognitivo”. En un primer paso incorporamos como variable independiente la depresión, encontrando que ésta mostraba un 18% de la varianza explicada (R^2 ajustado = .18; $F(1,48) = 11.73$; $p < .001$). En un segundo paso se incorporaron como variables explicativas la edad de inicio del consumo y la edad a la que el consumo resultó ser problemático, ambas conseguían explicar un 21% de la varianza, mostrando un incremento en el R^2 significativo (R^2 ajustado = .21; $F(3,44) = 5.07$; $p < .001$). Por último, incorporamos al modelo explicativo las cuatro variables autorreguladoras estudiadas. El modelo mostró que la autorregulación de emociones positivas explicaba hasta el 26% de la varianza (R^2 ajustado = .26; $F(4,42) = 4.97$; $p < .001$); nuevamente el incremento en el R^2 resultó significativo al incorporar el papel de la autoeficacia para la autorregulación de las emociones negativas para explicar el nivel de deterioro cognitivo experimentado por los participantes del estudio. En la Tabla 15 se observan los pasos seguidos en el análisis de regresión al ir incorporando variables explicativas del deterioro cognitivo y el peso de cada una de las variables en dicho modelo.

Discusión y conclusiones

En el estudio llevado a cabo se han comparado una serie de variables autorreguladoras y de salud psicológica que podrían verse afectadas en los consumidores de sustancias, con el objetivo de comprobar su influencia sobre el daño cognitivo y la depresión experimentada. En la primera hipótesis, siguiendo los resultados encontrados por Tziraki (2012), se propuso que los consumidores de cannabis tendrían un mayor deterioro cognitivo que el resto de la muestra, consumidores de alcohol, cocaína o heroína. Si bien, aquellas personas que consumían cannabis puntuaron más bajo en MoCA y, por tanto, presentaban un mayor deterioro cognitivo; las diferencias entre los grupos no resultaron significativas. En la línea del daño cognitivo y el consumo, la revisión recientemente publicada por Curran et al (2016) expone que el consumo de cannabis en la adolescencia tiene un efecto directo sobre el coeficiente de inteligencia y los resultados académicos logrados.

En cuanto a la hipótesis relativa a que la diferencia en el nivel de deterioro cognitivo observado según la edad de inicio sería significativa, los resultados no mostraron tal efecto, no obstante, las puntuaciones apuntan en la línea de la investigación realizada por Fernández-Artemendi et al. (2011). La edad en la que iniciaron el consumo las personas con mayor deterioro cognitivo es inferior a la edad en la que iniciaron el consumo las personas que muestran un rendimiento cognitivo normal, 16.97 años frente a 18.08 años. Tal y como se presagiaba en la hipótesis y como indicaban los autores citados anteriormente, cuánto más precoz sea el inicio en el consumo de tóxicos, más deterioro cognitivo se sufrirá. A pesar de que la diferencia de edad no es muy grande es interesante corroborar cómo las funciones cognitivas en la adolescencia sufren más daño cognitivo que los cerebros adultos. En la revisión realizada por Tziraki (2012) se expone que el consumo prolongado de cannabis puede llevar incluso a una disminución del tamaño del cerebro afectando al hipocampo y la amígdala.

En relación con las puntuaciones en depresión de la muestra de consumidores, se observó que tan sólo el 23.5% de la muestra no tenía depresión según el inventario de depresión de Beck. Este dato confirma los resultados indicados por Moral et al. (2011), los cuales afirman que la salud mental de los consumidores es de mala calidad. Por otra parte,

siguiendo la guía clínica basada en la evidencia propuesta por Emmelkamp y Vedel (2012) en la que se muestra que los consumidores de alcohol presentan más depresión que los consumidores de otras sustancias, nuestros resultados parecen dar apoyo a esta evidencia. El grupo (según la sustancia consumida) que seguía con mayor puntuación en depresión al de los consumidores de alcohol era el de los consumidores de heroína, quizás porque ambas sustancias funcionan como depresoras del sistema nervioso central.

Teniendo presentes el nivel de depresión percibido y la edad de inicio en el consumo, tal y como indicaban Moral et al. (2011), las personas con depresión grave comenzaron a consumir con una edad media de 15.64 años, mientras que las personas que no tienen depresión lo hicieron casi tres años después. Atendiendo al diseño de investigación y la recogida de datos *cross-seccional*, no podemos establecer *causación* en la relación encontrada: podríamos pensar que las personas deprimidas se inician en el consumo debido a su bajo estado de ánimo, o tal vez el consumo precoz y problemático de sustancias lleva a un nivel mayor de depresión. Por tanto, para avanzar en esta hipótesis sería necesario plantear un estudio de corte longitudinal en el que se analizara el nivel de depresión desde edades muy tempranas, previas a la edad de inicio en el consumo. No obstante, los resultados del estudio longitudinal desarrollados por Edlund et al (2015) parecen indicar que el nivel de depresión en la adolescencia puede actuar como factor de riesgo en el consumo de drogas. Algo semejante ocurre con los niveles de satisfacción vital en la adolescencia, algunos estudios longitudinales (Fischer et al., 2015) también sugieren que la falta de satisfacción vital puede llevar al consumo de drogas entre adolescentes. Estos datos pueden resultar muy relevantes para revisar la urgencia en las intervenciones de los servicios de atención primaria en salud mental.

En cuanto a la siguiente hipótesis (H3), si bien se esperaba una baja puntuación en positividad, las puntuaciones obtenidas se sitúan en la media de la escala de respuesta. Este resultado se aleja del que Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) muestran en su investigación; quizá pueda deberse al origen de la muestra de estudio; estos autores estudiaron la positividad en una muestra de adolescentes. Con relación a la regulación emocional, también se esperaba que la población consumidora de sustancias obtuviera una baja puntuación. Sin embargo, en los resultados se aprecia cómo la media de la muestra en la capacidad de regular emociones positivas es 5.77 y para las emociones negativas 2.82, lo que quiere decir que sí son capaces de regular las emociones cuando de algo positivo se trata, pero son incapaces de regular las emociones cuando ocurre algo

negativo. Según Cava, Murgui y Musitu (2008) los jóvenes consumidores tienen dificultades a la hora de regular sus emociones en general, los resultados que aparecen en esta investigación diferencian la capacidad para regular emociones según sean positivas o negativas. Quizás los resultados se alejen de lo propuesto por estos autores porque de nuevo trabajan con una muestra adolescente.

La puntuación media en satisfacción vital de la muestra fue muy baja, tal y como indicaban Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012), los consumidores de sustancias puntúan muy bajo en esta variable, por tanto, se confirma lo que se proponía en la hipótesis. En cuanto a la variable indefensión como pesimismo, ocurre lo mismo que con la positividad, la media se sitúa en el punto central de la escala de respuesta lo que supone que la población consumidora no se encuentra indefensa ante determinadas situaciones. Carbonero, Martín-Antón y Feijó (2010) indicaban que la indefensión es una característica de los consumidores, pero de nuevo el estudio de estos autores toma como referencia una muestra de personas jóvenes y sus resultados se alejan a los que aparecen en esta investigación.

El objetivo final de este estudio es comprobar que el desequilibrio en las variables psicológicas de autorregulación conlleva a la depresión y ésta al deterioro cognitivo en una muestra de consumidores. El análisis de regresión confirmó que la depresión explica un porcentaje importante de la varianza del deterioro cognitivo (18%). Por otra parte, la edad de inicio y la edad problemática del consumo junto con la autorregulación de emociones positivas consiguieron explicar un 26% de la varianza. Estos datos sugieren que una persona con buena capacidad para regular sus emociones tendrá menos posibilidades de padecer depresión y por tanto un mejor rendimiento cognitivo. Siguiendo a del Castillo (2015) este tipo de variables, que interviene en la construcción de la vulnerabilidad psicosocial, podrían convertirse en factores de protección para poder diseñar programas preventivos en el abordaje de las conductas adictivas. Además, como apuntan Grassi et al (2014) cuánta más autoeficacia adquieren las personas para regular sus emociones, mayor beneficio obtiene de las relaciones interpersonales que son capaces de establecer. Es probable que esta mayor confianza en sí mismos les posibilite establecer una mirada más positiva hacia el futuro y, en consonancia, mejorar sus hábitos de vida para hacerlos más saludables. Es por ello por lo que en esta investigación se incide en la importancia de establecer programas de intervención basados en generar juicios de autoeficacia para la autorregulación de emociones. Los programas para generar

autoeficacia se nutren de las cuatro fuentes descritas por Caprara y Steca (2005): la propia experiencia, la comparación social, la persuasión y los estados fisiológicos.

En cuanto a las *limitaciones* del estudio, el no haber encontrado diferencias significativas entre los grupos, tal vez podría deberse al tamaño muestral, pues ninguno de los grupos estaba formado por más de 20 pacientes. Sería interesante ampliar la muestra y realizar los análisis estadísticos con una población mayor. Otra de las limitaciones es la cantidad de variables extrañas incapaces de controlar de los participantes. Otra de las limitaciones ha sido la escasez de trabajos previos acerca del papel de las variables psicológicas de autorregulación analizadas en relación con el consumo de sustancias, la documentación encontrada ha sido escasa y en población adolescente.

Es por ello por lo que desde esta investigación exploratoria se propone realizar el estudio de las variables psicológicas propuestas en población drogodependiente tanto en edad adulta como en el inicio del consumo con una perspectiva longitudinal. Por otra parte, he de indicar que se han encontrado numerosos estudios de trastornos mentales en personas con problemas de consumo en una sustancia, pero existen pocas investigaciones que diferencien cómo predetermina una sustancia de consumo a un trastorno mental concreto (depresión, deterioro cognitivo, ansiedad, psicosis...), por lo que sería otro campo de investigación interesante.

Con este estudio se pretendía demostrar cómo el mal funcionamiento de las variables psicológicas puede ocasionar de forma indirecta un importante deterioro a nivel cognitivo. Se planteaba reducir los costes que supone la rehabilitación del deterioro cognitivo en la población drogodependiente a partir de la recuperación del funcionamiento de variables como positividad, autorregulación emocional, satisfacción vital e indefensión como pesimismo, que afectan al desarrollo de la depresión y ésta a su vez a la aparición de deterioro cognitivo. Sin embargo, los resultados que proporcionaba el análisis de regresión indicaban que aparte de la depresión, la variable autorregulación de las emociones positivas era la que podría trabajarse con el fin de evitar la depresión y por tanto el deterioro cognitivo.

Para concluir subrayar que casi dos tercios de los consumidores de sustancias presentan como consecuencia del consumo alteraciones a nivel cognitivo y en el estado de ánimo. La depresión conlleva en el consumidor un déficit cognitivo reversible cuando remite

dicha depresión. A su vez, la depresión depende de variables como la autorregulación de las emociones. Por lo que, si en la terapia psicológica se trata la remisión de la depresión o la capacidad para regular las emociones, el paciente puede que no desarrolle deterioro en sus funciones cognitivas. Se plantea pues una línea de intervención dónde el psicólogo tendría las herramientas (menos costosas que técnicas neurológicas específicas) para prevenir cuadros de demencia precoz y/o deterioro cognitivo.

CAPÍTULO 8: ESTUDIO 2.



La influencia de la impulsividad y variables psicológicas en el consumo de sustancias psicoactivas

The influence of impulsivity and self-regulating variables in the consumption of psychoactive substances

Victoriana García^{1, 2}, Carmen Tabernero^{3, 4}, y Bárbara Luque^{1, 4}

¹ Universidad de Córdoba

² Unidad Drogas y Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba

³ Universidad de Salamanca

⁴ Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)

En revisión

Resumen

Este estudio analiza la relación entre diferentes sustancias psicoactivas y determinadas variables psicológicas que pueden modular las conductas adictivas como la impulsividad, la positividad, la autorregulación emocional, la satisfacción vital y la indefensión como pesimismo, teniendo en cuenta el sexo, la edad actual, la edad de inicio de consumo, y el barrio de procedencia.

Contamos una muestra de 263 personas (201 hombres y 62 mujeres), que solicitaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la Unidad de Drogas y Adicciones del Centro de Salud. La selección se realiza a través de muestreo incidental, empleando un diseño ex post prospectivo. Se administra de forma individual un cuestionario sociodemográfico, seguido de diferentes escalas que evalúan la impulsividad, la positividad, la autoeficacia para regular las emociones, la satisfacción vital y finalmente la indefensión como pesimismo.

Los resultados muestran niveles similares de impulsividad según la sustancia, el sexo y el barrio, aunque diferenciada en cuanto a la edad, al igual que en las variables autorreguladoras; además de una relación entre la edad de inicio de consumo y el tipo de sustancia consumida; y una relación entre las distintas escalas empleadas.

Consideramos esencial intervenir de forma directa sobre la impulsividad como rasgo prevalente en las conductas adictivas independientemente de la sustancia consumida y a su vez de forma transversal en las variables estudiadas. Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten reorientar la intervención psicológica en el tratamiento de las adicciones.

Palabras clave

Consumo de sustancias, impulsividad, positividad, autorregulación emocional, satisfacción vital.

Correspondencia a:

Carmen Tabernero

e-mail: carmen.tabernero@usal.es

Introducción

El consumo y la adicción a sustancias psicoactivas constituye un fenómeno mundial de enorme complejidad por las graves consecuencias que ocasiona sobre la salud física y psicológica a nivel familiar, social, cultural, político y económico. Según el Informe Mundial sobre Alcohol y Salud (2018) publicado por la OMS, se estima que en 2016 murieron como consecuencia del consumo perjudicial de alcohol más de 3 millones de personas. En relación al consumo de drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) en su informe del 2016, señala que alrededor de 275 millones de personas en todo el mundo, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión, de estos, se calcula que 31 millones padecen trastornos derivados de su consumo, siendo el más dañino el consumo de opiáceos causantes del 76% de las muertes. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018), se calcula que en la Unión Europea poco más de una cuarta parte de la población de 15 a 64 años, más de 93 millones de personas, han probado drogas ilegales a lo largo de su vida. La situación en España en 2017 revela que el consumo de alcohol está muy extendido puesto que el 91,2% declara haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, iniciándose su consumo a los 14,1 años, así mismo, la sustancia ilegal que se consume de forma más habitual, sobre todo entre los adolescentes y las personas adultas menores de 35 años es el cannabis. En 2017 el 35,2% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en la vida, cifra que aumenta en 3,7 puntos respecto a la registrada en 2015 (31,5%).

Debemos señalar que, en la actualidad están cobrando interés en el campo de las adicciones el papel que ejercen las emociones y la forma de gestionarlas, así como el control que ejerce la persona sobre los impulsos y su conducta. Los estudios desarrollados por Fernández-Serrano, Pérez-García y Verdejo-García (2011), señalan que el consumo de sustancias psicoactivas puede derivar en trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales como puede ser un menor nivel de satisfacción vital, una menor positividad, o una mayor impulsividad influyendo de manera importante en la evolución del tratamiento.

Este estudio pretende analizar la relación entre la impulsividad y las distintas variables psicológicas con el tipo de sustancia psicoactiva, en personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Aunque no existe una definición única de la impulsividad, se describe como una tendencia a responder de forma rápida, no planificada y sin tener en cuenta las consecuencias (Evren, Durkaya, Evren, Dalbudak y Cetin, 2012). Según el estudio realizado por Joos et al. (2013), ésta puede intervenir de manera importante tanto en la evolución de la adicción como en su pronóstico. En el estudio realizado por Roberts, Miller, Weafer y Fillmore (2014) asocian la impulsividad a un mayor porcentaje de recaídas, siendo un factor de riesgo para el consumo de alcohol. En esta línea, Bernstein et al. (2015) encontraron que aquellas personas que consumían drogas presentaban una impulsividad mayor que los que no consumían, independientemente del tipo de sustancia, salvo en el cannabis, donde no se encontraron diferencias significativas con respecto al grupo control. Lane et al. (2007) también hallaron un mayor nivel de impulsividad en adultos consumidores de cocaína.

La literatura científica muestra que existe relación entre algunos rasgos de personalidad como la búsqueda de emociones, la impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas (Dennhardt y Murphy, 2013; Hopley y Brunelle, 2012) y, además, que esta relación también se da en los distintos tipos de sustancias (Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu y Costa, 2008).

En relación con las variables psicológicas que intervienen en la gestión emocional, Gutiérrez y Romero (2014) encuentran que la satisfacción vital definida por Diener y Diener (1995) “como la evaluación consciente de toda la vida de una persona en la que los criterios de juicio son la propia persona”, tiene una relación invertida con el consumo de sustancias psicoactivas, de tal manera que, a mayor consumo de estas sustancias, menor satisfacción vital. De igual manera, Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012) indican que los no consumidores presentan una mayor satisfacción vital que los consumidores.

Aplicando el concepto de indefensión aprendida según Tayfur (2012) como “el estado pasivo o apático de las personas que consideran que nada se puede hacer ante situaciones adversas y no deseadas” al terreno de las adicciones, Carbonero, Martín-Antón y Feijó,

(2010) señalan que ésta se observa sobre todo en jóvenes y se asocia al consumo o al abuso de sustancias.

La positividad es la forma en la que los individuos valoran e interpretan su vida, sus experiencias y su futuro (Caprara et al., 2012). En el estudio de Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) con adolescentes, encuentran una relación negativa con el consumo de tabaco y alcohol. Estos autores la contemplan como un factor protector del consumo de sustancias en población joven. Más recientemente y en esta misma línea se encontró que la positividad se relacionaba de forma positiva con estilos de afrontamiento orientados a la resolución de las dificultades, resultado consistente con el optimismo, la satisfacción vital y la autoestima (Alessandri, Caprara et al., 2012; Lara et al., 2013).

En otro orden de cosas, la autorregulación emocional entendida según Lozano, Salinas y Carranza, (2004) como “el manejo de la emoción a favor de un mejor funcionamiento del individuo en una situación dada”, se relaciona de forma negativa con el consumo de sustancias, de tal manera que la falta de destreza en regulación emocional en algunos jóvenes propicia el consumo de drogas, puesto que menoscaba la autoestima, el bienestar, las interacciones sociales con los iguales, o en la toma de decisiones (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

Como señalan Bernstein et al. (2015), estas variables pueden tener una implicación importante tanto en el inicio del consumo como en su desarrollo, además de aportar claves específicas en cuanto al tratamiento. El objetivo de este estudio es analizar en primer lugar la relación entre la impulsividad y las distintas variables psicológicas con el tipo de sustancia psicoactiva (Obj.1), todo ello teniendo en consideración las diferencias entre ambos sexos, la edad actual y la edad de inicio de consumo y el barrio de procedencia. En segundo lugar, se pretende analizar la relación entre las variables psicológicas (satisfacción vital, positividad, autorregulación emocional e indefensión como pesimismo), el tipo de sustancia consumida y las variables sociodemográficas (sexo, edad actual, edad de inicio de consumo, barrio de procedencia) (Obj.2). Por último, analizar la relación entre el nivel de impulsividad y las variables psicológicas (satisfacción vital, positividad, autorregulación emocional e indefensión como pesimismo) (Obj.3). En principio, el interés de estos estudios reside en que se espera que el análisis de la interacción de las variables psicosociales asociadas al consumo de sustancias permita diseñar estrategias más adecuadas y específicas en la práctica clínica.

Método

Participantes

La muestra está formada por un total de 263 personas, que acuden para solicitar tratamiento por consumo (alcohol, cocaína, cannabis, benzodiazepinas y heroína) a la Unidad de Drogas y Adicciones (UDAs), de estas, 201 son hombres y 62 son mujeres, de edades comprendidas entre 18 y 69 años ($M = 41.81$; $DT = 10.73$). Se distribuyen como representa la Tabla 16 atendiendo al tipo de sustancia consumida.

Tabla 16.

Distribución de las personas participantes del estudio según sustancia psicoactivas consumidas.

Tipo de sustancia	N	Hombres	Mujeres
Alcohol	114	87	27
THC o Cannabis	53	45	8
Cocaína	41	33	8
Benzodiazepina	21	6	15
Heroína	34	30	4
Total	263	201	62

Instrumentos

Para la realización de este estudio se administró una batería compuesta por:

Cuestionario de datos sociodemográficos, a través de la aplicación empleada por la red de atención a drogodependencias y adicciones, SiPasda, que recoge el sexo, la edad actual (categorizada para algunos análisis en tres grupos: 18 a 35 años; 36 a 50 años; y de 51 años en adelante), la edad de inicio de consumo, el barrio de procedencia y la sustancia consumida.

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Patton et al. 1995), la cual evalúa la impulsividad a través de 30 ítems agrupados en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva, Impulsividad Motora e Impulsividad no planeada. Cada ítem consta de cuatro respuestas (0, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4 siempre o casi siempre) (Salvo

y Castro, 2013). El punto de corte para considerar a un individuo altamente impulsivo es de 72 o más; puntuación entre 52 y 71 se considera impulsividad normal, y puntuaciones inferiores a 52 se considera que los sujetos están controlados en exceso o no contestan al cuestionario con sinceridad (Rodríguez, 2017; Stanford et al., 2009). En cuanto a las subescalas de impulsividad cognitiva, motora y no planeada, los puntos de corte para el estudio se ha establecido que sea la mediana obtenida con la muestra del estudio (Bordalejo et al., 2012; Salvo y Castro, 2013), en este caso, para impulsividad cognitiva sería 18, motora 20.5 y no planeada 20. El grado de fiabilidad de esta escala es adecuado ($\alpha = .77$).

Variables Psicológicas:

- *Positividad*: la escala de positividad de Caprara et al. (2010) mide la percepción de positividad a través de ocho ítems, valorados en una escala Likert de 1 a 7, seleccionando el grado en el que se sienten identificados con el ítem en cuestión. El coeficiente de fiabilidad obtenido por esta escala se considera adecuado ($\alpha = .83$).
- *Autoeficacia para la regulación de emociones, tanto positivas como negativas (Regulatory Emotional Self-Efficacy scale, RESE)*: de Caprara y Gerbino (2001), consta de 10 ítems, separados en dos categorías, 4 ítems que miden la autorregulación de emociones positivas, con una fiabilidad adecuada ($\alpha = .87$), y 8 que miden la autorregulación de emociones negativas, con una fiabilidad adecuada ($\alpha = .76$). Estos ítems son valorados en una escala Likert de 1 a 7, seleccionando el grado en el que se sienten más identificados con cada ítem.
- *Satisfacción con la vida (Satisfaction With Life scale, SWLS)*: de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), está formada por 5 ítems, valorados a través de una escala Likert de 1 a 7, seleccionando el grado en el que se sienten identificados con cada ítem, siendo 1 completamente de acuerdo y 7 completamente en desacuerdo. Por ello, a mayores puntuaciones menor satisfacción vital. El coeficiente de fiabilidad de esta escala es adecuado ($\alpha = .72$).
- *Indefensión como pesimismo*: esta variable se evalúa a través de la escala de Díaz-Aguado et al. (2004), consta de 6 ítems, valorados en una escala Likert de 1 a 7, seleccionando el grado en el que se sienten identificados con cada ítem, siendo 1 completamente de acuerdo y 7 completamente en desacuerdo. Por ello, a mayores puntuaciones menor indefensión como pesimismo. El coeficiente de fiabilidad en este caso es adecuado ($\alpha = .76$).

Procedimiento

La selección de la muestra se realizó a través de muestreo incidental, empleando un diseño ex post prospectivo, según la accesibilidad a tres de los centros de salud de Córdoba, donde se realiza asistencia médica-psicológica para las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, dos de los cuales se encuentran situados en zonas de exclusión social en la periferia de la ciudad y el restante se ubica en un barrio céntrico conformado por clase media. Las personas participantes de este estudio leyeron y firmaron un consentimiento informado sobre la investigación que se iba a llevar a cabo, y de forma voluntaria decidieron participar. Todas cumplen los criterios CIE 10 para trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias F10-F19 y se encontraban en abstinencia desde las primeras semanas posteriores al inicio del tratamiento. La recogida de datos se llevó a cabo en una consulta del centro de salud por dos psicólogas que administraron a los pacientes de forma individual una batería formada por los instrumentos anteriormente mencionados. El tiempo de duración era de unos 25 o 30 minutos.

Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de los resultados del presente estudio, se ha empleado el programa informático IBM SPSS Statistics 21. Se han realizado comparaciones de medias mediante ANOVA entre las puntuaciones de impulsividad y las variables psicológicas con el tipo de sustancia consumida, edad actual y edad de inicio de consumo, mientras que con la variable sexo y barrio de procedencia se ha realizado una *t* de Student, al tratarse de variables que cuentan únicamente con dos valores. También se ha llevado a cabo una comparación de medias con ANOVA entre la edad de inicio de consumo y el tipo de sustancia consumida. Además, se ha estudiado la correlación entre el BIS-11 y las escalas que evalúan las variables psicológicas.

Resultados

Relación entre el nivel de impulsividad, el tipo de sustancia consumida y las variables sociodemográficas (Obj.1)

No se han encontrado diferencias significativas ($F(4,255) = 0.92; p = 0.46$) al comparar las medias entre las puntuaciones obtenidas en el BIS 11 con el tipo de sustancia psicoactiva consumida, alcohol ($M = 0.85, DT = 0.82$), cocaína ($M = 1.10, DT = 0.86$), benzodiazepinas ($M = 0.76, DT = 0.70$), cannabis ($M = 0.94, DT = 0.71$) y heroína ($M = 0.88, DT = 0.84$). Tampoco la edad de inicio de consumo se relaciona con el nivel de impulsividad, ya que no se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones de impulsividad y la edad de inicio de consumo.

Sin embargo, sí se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de impulsividad global con los distintos grupos de edad ($F(2,257) = 3.06; p < 0.05$), adultos jóvenes ($M = 1, DT = 0.74$), adultos ($M = 0.95, DT = 0.85$) y adultos mayores ($M = 0.67, DT = 0.75$); siendo los más jóvenes los que presentan puntuaciones más elevadas en impulsividad. Como cabría esperar encontramos diferencias significativas entre la edad de inicio de consumo y el tipo de sustancia psicoactiva consumida ($F(4,258) = 8.87, p < .001$), el alcohol ($M = 2.29, DT = 0.81$), la cocaína ($M = 2.76, DT = 0.73$), las benzodiazepinas ($M = 3.19, DT = 0.87$), el cannabis ($M = 2.17, DT = 0.75$) y la heroína ($M = 2.56, DT = 0.86$).

Encontramos que en la relación entre la impulsividad y el sexo, aunque no se encuentran diferencias significativas con respecto a la impulsividad global ($t(258) = 0.39, p = .70; M_{\text{hombre}} = 0.91, DT = 0.82; M_{\text{mujer}} = 0.87, DT = 0.76$), sí se encuentran diferencias significativas en la subescala de impulsividad cognitiva con el sexo, aunque la prueba de Levene reveló que las varianzas no son iguales ($F(1,258) = 17.47, p < .001; t(181.88) = -2.56, p < 0.05; M_{\text{hombre}} = 1.88, DT = 0.32; M_{\text{mujer}} = 1.97, DT = 0.18$). Tampoco se observan diferencias significativas ($t(258) = 1.78, p = 0.76$), entre el nivel de impulsividad y el barrio de procedencia, considerando el barrio normalizado ($M = 0.68, DT = 0.77$) en comparación con las medias de los barrios en riesgo de exclusión social ($M = 0.94, DT = 0.80$).

Relación entre las variables psicológicas, el tipo de sustancia consumida y las variables sociodemográficas (Obj.2).

Hemos encontrado diferencias significativas entre positividad y las distintas sustancias ($F(4,252) = 2.78, p < 0.05$), alcohol ($M = 4.07, DT = 1.57$), cocaína ($M = 4.53, DT = 1.59$), benzodiacepina ($M = 5.03, DT = 1.29$), cannabis ($M = 4.65, DT = 1.30$) y heroína ($M = 4.17, DT = 1.55$). Sin embargo, con el resto de las variables psicológicas no se han encontrado diferencias significativas.

Por otro lado, los datos obtenidos nos muestran que únicamente encontramos diferencias significativas en relación con la edad actual y la satisfacción vital ($F(2,254) = 3.52, p < 0.05$), adultos jóvenes ($M = 4.59, DT = 1.67$), adultos ($M = 5.01, DT = 1.68$) y adultos mayores ($M = 4.29, DT = 1.98$). Por lo tanto, los jóvenes y mayores presentan mayor satisfacción vital que las edades intermedias (dado que la escala se aplicó en sentido inverso). Con respecto a la relación de la edad de inicio de consumo, únicamente se encuentran diferencias significativas con la autorregulación de emociones positivas ($F(3,253) = 3.10, p < 0.05$), adolescencia temprana ($M = 5.73, DT = 1.66$), adolescencia media ($M = 6.20, DT = 1.15$), adolescencia tardía ($M = 5.77, DT = 1.58$) y adultez ($M = 6.48, DT = 1.20$); mientras que no se encuentran diferencias significativas con el resto de las variables psicológicas. En cuanto al sexo y el barrio de procedencia no parecen ejercer ninguna influencia en las variables psicológicas estudiadas puesto que no se encuentran diferencias significativas.

Relación entre el nivel de impulsividad y las variables psicológicas (Obj.3)

Con objeto de explorar la naturaleza de la relación de las escalas de impulsividad (BIS-11) y las variables psicológicas, se ha llevado a cabo un análisis de correlación entre ambas escalas, cuyos resultados se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17.

Relación entre escalas de impulsividad y variables psicológicas.

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Impulsiv.	---								
2. I.Cognitiva	.77**	---							
3. I.Motora	.82**	.50**	---						
4. I.N.Plan.	.80**	.48**	.42**	---					
5. Positividad	-.36**	-.32**	-.18**	-.39**	---				
6. Em.Posit.	-.17*	-.19**	.02	-.21**	.43**	---			
7. Em.Neg.	-.31**	-.37**	-.27**	-.14*	.40**	.21**	---		
8. Sat.Vit.	.20**	.23**	.08	.19**	-.58**	-.25**	-.27**	---	
9. Ind.Pes.	-.38**	-.41**	-.28**	-.26**	.54**	.29**	.41**	-.37**	---
Media	59.87	17.93	21.17	20.82	4.35	6.03	3.25	4.74	4.25
D.T.	17.98	5.79	8.59	7.97	1.52	1.40	1.54	1.76	1.70

Nota: Impulsiv: Impulsividad total; I. Cognitiva: Impulsividad cognitiva; I. Motora: Impulsividad motora; I. N. Plan: Impulsividad no planeada; Em. Posit.: Autorregulación de emociones positivas; Em. Neg.: Autorregulación de emociones negativas; Sat.Vit: Satisfacción vital (a mayor puntuación, menor satisfacción vital); Ind.Pes: Indefensión como pesimismo (a mayor puntuación, menor indefensión como pesimismo). * $p < .05$; ** $p < .001$

Como se muestra en la Tabla 17, los resultados van en la línea de lo esperado, por ejemplo, la escala de impulsividad correlaciona de forma positiva y significativa con la escala de satisfacción vital, lo que significa que, a mayor impulsividad, en cualquiera de sus dimensiones, menor satisfacción vital presentan. Por el contrario, la impulsividad correlaciona de forma negativa y significativa con la positividad, la autorregulación de emociones tanto positivas como negativas y la indefensión como pesimismo, lo que quiere decir que, a mayor impulsividad, menor positividad, peor autorregulación de emociones positivas y negativas, y menor puntuación en indefensión como pesimismo, lo que implica una mayor percepción de indefensión.

Discusión

En lo que se refiere a la relación entre la impulsividad y el tipo de sustancia consumida encontramos a diferencia del estudio de Bernstein y colaboradores (2015),

que, aunque existen diferencias, estas no son significativas; no obstante, el grupo con una mayor impulsividad serían los que consumen cocaína, seguido del cannabis y, por el contrario, el nivel más bajo de impulsividad corresponde al consumo de benzodiazepinas. Esta discrepancia entre estudios puede deberse a que el estudio anteriormente mencionado realiza comparaciones entre el consumo de las distintas sustancias psicoactivas con un grupo control no consumidor, mientras que nuestro trabajo se ha realizado únicamente con personas consumidoras.

Por otro lado, observamos una mayor impulsividad en el grupo de adultos jóvenes (18-35 años) y menor en los adultos mayores (51 años en adelante), coincidiendo con los estudios en los que la búsqueda de emociones o la impulsividad se encontraban relacionadas de forma significativa en personas consumidoras de alcohol o cannabis en edades tempranas (Malmberg et al., 2010). En cambio, no se han encontrado diferencias significativas entre la impulsividad y el sexo, correspondiéndose con los datos de otros estudios (Bjork et al., 2004; Ersche et al., 2011; Lane et al., 2007), que determinan que no se encuentran diferencias en cuanto a impulsividad según el sexo, aunque si entre mujeres consumidoras y no consumidoras (Perry et al., 2013).

Con relación al barrio de procedencia, tampoco se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de impulsividad. Si bien, el estudio llevado a cabo por Chabrol et al. (2010) señala diferencias entre el consumo de sustancias y la clase social, no analizó las diferencias en el nivel de impulsividad. Ello sugiere la necesidad de realizar más investigaciones en esta dirección.

Nuestros resultados han mostrado relación entre la edad de inicio de consumo y el tipo de sustancia. Esta relación coincide con los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas EDADES 2017 (Plan Nacional sobre Drogas, 2018), que señalan que el consumo de alcohol y cannabis se produce a una edad más temprana, por el contrario, el inicio en el consumo de benzodiazepinas es más tardío.

Respecto a la relación de las variables psicológicas y el tipo de sustancia consumida, nuestros datos muestran diferencias significativas únicamente con respecto a la positividad, de manera que las personas consumidoras de benzodiazepinas muestran mayor positividad, mientras que las que consumen alcohol y heroína obtiene los niveles más bajos. Siendo concordantes con los resultados obtenidos por Lara et al. (2013), donde la positividad se relaciona de forma negativa con el consumo de alcohol. Conviene

resaltar que estos autores señalan que la positividad actúa como un factor protector del consumo de alcohol.

En cuanto a la relación entre las variables psicológicas y la edad, únicamente encontramos diferencias en el caso de la satisfacción vital, encontrando una mayor satisfacción vital en adultos jóvenes y mayores y una menor satisfacción en adultos. Según el estudio de Fischer, Najman, Plotnikova y Clavarino (2015), cabría esperar que se dé una menor satisfacción vital en las edades más avanzadas en personas consumidoras de alcohol, pero en este estudio no ha ocurrido así, creemos que puede deberse a que el consumo perjudicial estudiado no sólo es de alcohol, sino de todas las sustancias. En las edades más tempranas la percepción de satisfacción vital disminuye gradualmente.

Coincidiendo con la literatura científica, no se han encontrado diferencias significativas en la relación de las variables psicológicas con el sexo (Carver y Connor-Smith, 2010; Gómez-Fraguela et al., 2006; González-Barrón et al., 2002; Lara et al., 2013; Ramos y Moreno, 2010), ni con el barrio de procedencia.

Para concluir, hay que señalar que existe una correlación significativa entre la impulsividad y las distintas variables psicológicas analizadas. Así, la escala de impulsividad correlaciona negativa y significativamente tanto con positividad, emociones negativas y emociones positivas, como con satisfacción vital e indefensión como pesimismo en personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

Conclusiones

Con este estudio se pretendía esclarecer la posible relación entre la impulsividad y algunas variables psicológicas (positividad, autorregulación emocional, satisfacción vital e indefensión como pesimismo) en consumidores de sustancias psicoactivas, para terminar discutiendo cómo ello podría incidir en el proceso terapéutico de las personas que presentan problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Todo ello considerando una serie de variables como el tipo de sustancia consumida, las diferencias entre sexos, la edad actual, la edad de inicio de consumo y el barrio de procedencia.

Tras los análisis realizados hemos encontrado un nivel alto de impulsividad en esta población, con independencia de la sustancia consumida, por lo que subrayamos la importancia del papel que ejerce la impulsividad en el campo de las adicciones y, por tanto, podemos concluir que la impulsividad puede ser considerada como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactiva en general.

Coincidiendo con la literatura científica (UNODC, 2018), según la cual en el periodo de la adolescencia temprana (12-14 años) a la tardía (15-17 años) existe un mayor riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactiva, hasta alcanzar el punto más alto en la juventud (18-25 años); en nuestro estudio, destacamos a la población joven como la más vulnerable, dado que, entre otros factores, al tener el mayor nivel de impulsividad, se podría explicar su inicio precoz en el consumo de sustancias psicoactiva. Así mismo, también presentan niveles mayores en impulsividad no planeada donde apenas existe deliberación consciente previa, que evidenciaría la impulsividad como un rasgo estable en esta población.

Aunque en la muestra estudiada existe un número mayor de hombres frente a mujeres y de personas procedentes de barrios en riesgo de exclusión social nos reafirmamos en que la impulsividad es un rasgo presente en las personas que presentan un trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas con independencia del sexo y del contexto donde se desarrollan.

Hemos corroborado también que el alcohol y el cannabis son las sustancias cuyo consumo se inicia a edades más tempranas. Con relación al alcohol, al ser una sustancia legal, con la que se está muy familiarizado, de fácil acceso y ampliamente disponible, a su vez, muy integrado en nuestra cultura y costumbres, se percibe como menos peligrosa, con lo cual, a pesar de estar prohibida su venta a los menores de edad, les resulta relativamente fácil saltarse la norma. El consumo de alcohol suele iniciarse en España alrededor de los 14 años (ESTUDES 2016/2017). En cuanto al cannabis, aunque es una sustancia ilegal su consumo está muy “normalizado”, ya que se percibe como la sustancia ilegal más disponible, suele iniciarse alrededor de los 14,8 años (ESTUDES 2016/2017). También coincidimos en cuanto a las benzodiazepinas, esta sustancia es la que se consume en edades más tardías, además de ser más consumida por mujeres que por hombres, al contrario de lo que ocurre en el resto de sustancias según la muestra de este estudio, su

inicio generalmente es por prescripción médica. que, a lo largo del tiempo, deriva en consumo perjudicial.

Para concluir, hemos observado que las personas participantes en este estudio, por un lado, presentan menor positividad en comparación con otras muestras exceptuando el caso de las personas consumidoras de benzodiazepinas, hecho que puede deberse a que este consumo está más aceptado tanto a nivel familiar como social, con lo cual las personas no sufren el estigma que, si experimentan los consumidores de heroína y alcohol, etc. Por otro lado, observamos que presentan mejor gestión en la regulación de emociones positivas frente a las negativas, lo que las hace sentir mayor insatisfacción con la vida y una mayor indefensión.

En definitiva, tras los resultados obtenidos consideramos imprescindible intervenir de forma directa sobre la impulsividad como rasgo prevalente en las conductas adictivas y a su vez de forma transversal en las variables estudiadas, ya que cuando una persona está insatisfecha con su vida y a la vez se siente indefensa para afrontar las adversidades, entendemos que puede influir negativamente en la consecución de los objetivos en el proceso terapéutico. De otra forma una persona con mayor satisfacción vital, positividad, con una buena gestión emocional y mayor capacidad para afrontar situaciones adversas y no deseadas, estará más preparada para afrontar con éxito el mantenimiento de la abstinencia e impedir la recaída.

The role of psychoactive substances consumption in depression and cognitive performance**El papel del consumo de sustancias psicoactivas en la depresión y el rendimiento cognitivo**CARMEN TABERNERO^{*,**}, VICTORIANA GARCÍA^{***,****}, BÁRBARA LUQUE^{**}^{*} Departamento de Psicología Social y Antropología, Campus de la Universidad de Salamanca-Miguel de Unamuno, Instituto de Neurociencias, España^{**} Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España^{***} Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.^{****} Unidad de Drogas y Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba, España**Abstract**

Numerous studies states that the abuse of psychoactive substances produces cognitive, emotional and behavioral disorders with a higher or lower degree of affectation depending on the substance consumed. The aim of this study is to establish the influence of the consumption of psychoactive substances on cognitive performance and mood. The sample was composed by 254 participants (M = 41.81; SD = 10.74, from 18 to 69; 76% male) who received psychological treatment related to the use of substances, and were classified according to the main substance consumed: alcohol (42.9%), cannabis (20.5%), cocaine (15.4%) heroin (13%) and benzodiazepines (8.3%). Their average age of first consumption was 17.75 (SD = 6.74) and the average length of time that participants had consumed for was 24.07 years (SD = 11.03). The Montreal Cognitive Assessment and the Beck's Depression Inventory were administrated. Results indicated that there are no statistically significant differences between levels of depression depending on the substance consumed. Regarding cognitive impairment, it was found that the subjects who consumed cannabis have a lower cognitive impairment than those who consume alcohol. It must be highlighted that cocaine consumers have the worst level of cognitive impairment while cannabis consumers have the best level of cognitive functioning. Finally, it was found that the subjects with severe depression have a higher cognitive impairment than those who were diagnosed with moderate depression. Given the high prevalence of depression and cognitive impairment with the abuse of psychoactive substances, early treatment is recommended to avoid a higher cognitive and emotional affectation.

Resumen

Numerosos estudios afirman que el abuso de sustancias psicoactivas produce trastornos cognitivos, emocionales y de comportamiento con un mayor o menor grado de afectación según la sustancia consumida. El objetivo de este estudio es analizar la influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el rendimiento cognitivo y el estado de ánimo. La muestra estuvo compuesta por 254 participantes (M = 41.81; SD = 10.74, de 18 a 69; 76% hombres) que recibieron tratamiento psicológico relacionado con el uso de sustancias y se clasificaron según la sustancia principal consumida: alcohol (42.9%), cannabis (20.5%), cocaína (15.4%) heroína (13%) y benzodiazepinas (8,3%). La edad media del primer consumo fue de 17.75 (SD = 6.74) y el tiempo medio de consumo fue de 24.07 años (SD = 11.03). Se administró la escala de evaluación cognitiva de Montreal y el inventario de depresión de Beck. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas entre los niveles de depresión según la sustancia consumida. Con respecto al deterioro cognitivo, se encontró que los sujetos que consumieron cannabis tienen un deterioro cognitivo menor que los que consumen alcohol. Respecto al rendimiento cognitivo, destacar que los consumidores de cocaína fueron los que presentaron mayor deterioro, en comparación con los consumidores de cannabis que presentaron mejor funcionamiento cognitivo. Finalmente, se encontró que los sujetos con depresión severa tienen un deterioro cognitivo más alto que aquellos que fueron diagnosticados con depresión moderada. Dada la alta prevalencia de depresión y deterioro cognitivo con el abuso de sustancias psicoactivas, se recomienda un tratamiento temprano para evitar una mayor afectación cognitiva y emocional.

*En revisión***Send correspondence to:**

Carmen Tabernero Urbieta. Universidad de Salamanca. Departamento de Psicología Social. Avenida de la Merced, 109-131. 37005 – Salamanca. Mail: carmen.tabernero@usal.es

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema social y de salud pública que ha preocupado a la mayoría de los países durante décadas (Badiani, Berridge, Heilig, Nutt y Robinson, 2018). El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016) muestra que el 26,3% de los europeos ha consumido cannabis, 5,2% de cocaína y 3,8% de anfetaminas. En España, en una muestra de estudiantes de secundaria se observó que al menos el 78.9 % había consumido alcohol en algún momento, el 29.1% de cannabis, el 3.5% de cocaína y el 0.6% de heroína, lo cual resulta es alarmante (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2016).

El consumo de sustancias psicoactivas tiene múltiples efectos adversos que producen trastornos cognitivos, emocionales y conductuales que conducen a dificultades en la asimilación de los tratamientos y la adquisición e implementación de nuevas ideas y habilidades (Fernández-Serrano, Pérez-García y Verdejo-García, 2011) El abuso de drogas conlleva, entre otras consecuencias, el deterioro cognitivo (Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz, Arrúe-Ruibloda, Coullaut-Valera y Bajo-Bretón, 2011) y depresión (Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009). En relación con el daño cognitivo, los estudios desarrollados por Copersino et al. (2009) y Bruijnen et al. (2019) afirman que el Montreal Cognitive Assessment MoCA (Nasreddine et al., 2005) es un instrumento de detección rápido y preciso para pacientes con trastorno por abuso de sustancias y deterioro neuropsicológico. Además, en otro estudio realizado por Damian et al. (2011), se descubrió que el MoCA era superior en sensibilidad y especificidad al Mini-Mental Mood Examination para evaluar el deterioro cognitivo leve.

En cuanto al nivel de deterioro cognitivo que sufren las personas que consumen sustancias psicoactivas (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque y Puerta-García, 2013), se encontró que solo el 30% de los usuarios de sustancias de la muestra utilizada tenía un rendimiento cognitivo que podría considerarse normal en comparación con la población general, lo que demuestra que algunos adictos tienen un rendimiento cognitivo más cercano al observado en personas con demencia. En cuanto a la existencia de diferentes niveles de deterioro cognitivo en función de las diferentes sustancias consumidas, casi no se han encontraron, destacando que los usuarios de heroína muestran el peor funcionamiento cognitivo y los usuarios de cannabis mostraron el mejor rendimiento (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque

y Puerta-García, 2013). Según diversos estudios, el mayor deterioro a nivel cognitivo puede variar según la sustancia consumida; p.ej. en el alcohol, el daño radica en lo visuoespacial, ejecutivo, atención, lenguaje, abstracción y recuerdo retrasado, de acuerdo con (Pelletier, Nalpas, Alarcon, Rigole y Perney, 2016) y en los consumidores de cannabis hay un mayor deterioro en el recuerdo inmediato, memoria retrasada y capacidad verbal (McKetin, Parasu, Cherbuin, Eramudugolla y Anstey, 2016).

Otra consecuencia del consumo continuado de sustancias psicoactivas es el trastorno emocional (Stasiewicz, Bradizza y Slosman, 2018). En poblaciones dependientes de alcohol, se ha observado sintomatología de depresión y ansiedad (Ávila, Escobar, Úrzola y Luz, 2005; Dos Santos Rigoni, Quarti Irigaray, Duarte de Moraes, Ferrão y da Silva Oliveira, 2014). Según diversos estudios, se ha observado una mayor posibilidad de asociación entre estos síntomas y el alcoholismo (Alves, Kessler y Ratto, 2004; Brower, 2003; Pulcheiro y Bicca, 2002). Por otro lado, se ha demostrado que el abuso de cannabis aumenta el riesgo de sufrir depresión y ansiedad en el futuro (Danielsson, Lundin, Agardh, Allebeck y Forsell, 2016), en varios estudios que se han realizado se ha encontrado una fuerte relación entre el cannabis, la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (Lai, Cleary, Sitharthan y Hunt, 2015; Pacek, Martins y Crum, 2013; Vorspan, Mehtelli, Dupuy, Bloch y Lépine, 2015). Con respecto a la depresión y este tipo de consumidor, se ha encontrado que esto varía con la edad, siendo mayor el trastorno depresivo en la adolescencia media y reduciéndose a efectos débiles e insignificantes en la edad adulta (Horwood et al., 2012).

En cuanto a los cambios en el comportamiento que puede inducir el consumo de estas sustancias, se ha encontrado una exacerbación de los trastornos de la personalidad, así como la conducta antisocial. En los pacientes con dependencia de opiáceos, se observó que el 24% tenía un trastorno de conducta antisocial y el 17% un trastorno límite de la personalidad (Regier et al., 1990). Además, el abuso de este tipo de sustancias puede generar problemas en diferentes áreas de la vida, como laboral, familiar y personal. En cuanto al área laboral, el consumo de drogas causa dos problemas principales: absentismo y accidentes laborales (Obra Social Fundación “La Caixa”, 2010). Desde el punto de vista familiar, el consumo de estas sustancias puede afectar la convivencia al deteriorar las relaciones sociales del individuo con su entorno, provocando situaciones de abandono o abuso (Obra Social Fundación “La Caixa”, 2010). Finalmente, con respecto a la vida personal, el consumo de estas sustancias entre otras cosas agrava la violencia de género

(Instituto de la Mujer, 2006). Por último, es necesario señalar que el consumo de bebidas alcohólicas contribuye a una gran parte de los accidentes de tránsito y problemas judiciales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

El objetivo principal de este estudio fue establecer la influencia del consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, cannabis, benzodiazepinas, heroína, alcohol) en el desempeño cognitivo y la depresión.

Los objetivos específicos fueron analizar la relación entre las variables sociodemográficas y los diferentes consumos de sustancias psicoactivas identificando la asociación entre depresión y deterioro cognitivo en los consumidores de sustancias psicoactivas.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 254 participantes de diferentes edades entre 18 y 69 años ($M = 41.81$; $DT = 10.74$). La muestra recibió tratamiento psicológico para eliminar el consumo de sustancias en la unidad de drogodependencias del servicio de salud pública de Córdoba, España. De esta muestra, el 76% eran hombres y el 24% mujeres. El estudio no fue revisado ni aprobado por ninguna junta de revisión institucional (comité de ética) antes de que comenzara el estudio porque el Ministerio de Ciencia e Innovación español requiere este tipo de revisión y aprobación solo cuando los estudios implican la experimentación clínica en humanos.

En términos de consumo, la edad promedio del primer consumo fue de 17.75 años ($DT = 6.74$), siendo el más joven a los siete años y el mayor a los 50 años. El 74.8% de la muestra comenzó a beber antes de los 18 años y el 25.2% lo hizo después de la mayoría de edad. El tiempo promedio que habían consumido era de 24.06 años ($DT = 11.03$), siendo la duración de consumo más corta menor de un año y la duración más larga de 51 años. Los participantes se clasificaron según la sustancia principal consumida: alcohol (42.9%), cannabis (20.5%), cocaína (15.4%) heroína (13%) y benzodiazepinas (8.3%). También se clasificaron según si padecían depresión (64,4%) o no (35,6%), subdividiendo a los

sujetos con depresión en tres tipos: leve (23,3%), moderada (14,6%) y grave (26,5%) Finalmente, se dividieron dependiendo de si sufrían o no deterioro cognitivo, según la escala MoCA: un 78.7% de toda la muestra con deterioro cognitivo, 21.3% sin deterioro.

Instrumentos

Se realizó un cuestionario sociodemográfico sobre una base ad hoc, a partir de la ficha básica de admisión al tratamiento, que recopila información sobre sexo, edad, tipo de sustancia consumida, edad de inicio del consumo y tiempo de consumo.

La Evaluación Cognitiva de Montreal, MoCA (Nasreddine et al., 2005), es una prueba de detección de deterioro cognitivo leve o demencia temprana. El rango de puntuación es de 0 a 30, donde las puntuaciones iguales o superiores a 26 indican un rendimiento cognitivo normal, y las puntuaciones por debajo de 26 indican un deterioro cognitivo leve o demencia temprana. La duración de esta aplicación es de aproximadamente 10-12 minutos.

El Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (Beck et al., 1996) es un autoinforme utilizado para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Contiene 21 ítems, que corresponden a los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos descritos en el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). En cada uno de los ítems, se debe elegir una de las cuatro opciones existentes que identifiquen el estado de ánimo de la persona en los últimos siete días. La puntuación total determina el nivel de depresión. Las puntuaciones de 0 a 9 indican ausencia de depresión, de 10 a 19 depresión leve, de 20 a 29 depresión moderada y más de 30 indican depresión severa.

Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados por su accesibilidad a tres de los centros de salud en Córdoba, donde se ofrece asistencia médico-psicológica a personas con uso problemático de sustancias, dos de los cuales se encuentran situados en zonas de exclusión social en la periferia de la ciudad, mientras que el otro se ubica en un distrito

del centro formado por la clase media. Los participantes en este estudio se encontraban en abstinencia desde las primeras semanas posteriores a la demanda de tratamiento, a los cuales se les leyó y firmaron un consentimiento informado sobre la investigación que se iba a llevar a cabo, y voluntariamente decidieron participar.

La recogida de datos se realizó en una consulta en el centro de salud por dos psicólogas. El procedimiento consistió en administrar a cada paciente de forma individual una batería que constaba de tres instrumentos. El tiempo de duración fue de unos 25 o 30 minutos. Las baterías se pasaron de noviembre de 2016 a septiembre de 2017, en función de cuándo acudían los pacientes a tratamiento con la psicóloga de la unidad de drogodependencias.

Análisis de los datos

El análisis se centró en las diferencias de medias entre los diferentes grupos de sustancias que fueron alcohol, cannabis, cocaína, heroína y benzodiazepinas para las puntuaciones obtenidas en las variables de depresión y deterioro cognitivo.

Se realizaron correlaciones de Pearson entre las diferentes variables. En primer lugar, entre las variables sociodemográficas con el inventario de Beck y la escala de MoCA de la muestra para encontrar la existencia de algún tipo de relación entre la edad, la edad de inicio del consumo y la duración del consumo con depresión y deterioro cognitivo. En segundo lugar, entre las variables sociodemográficas que conformaron el cuestionario inicial como la edad actual, la edad de inicio del consumo y el tiempo de consumo para analizar la existencia de algún tipo de relación en la muestra de consumidores de sustancias psicoactivas. Y, en tercer lugar, entre el deterioro cognitivo y las variables sociodemográficas según cada una de las sustancias consumidas para conocer si el deterioro cognitivo tiene algún tipo de relación con la edad, la edad de inicio del consumo y el tiempo de consumo dependiendo de la sustancia consumida.

También se realizaron análisis univariados mediante comparaciones múltiples con las variables de la evaluación cognitiva de Montreal MoCA y el inventario de depresión de Beck, para analizar las relaciones entre deterioro cognitivo o no y las cuatro categorías de la variable depresión. Finalmente, todos los análisis se realizaron con SPSS.

Resultados

Relación entre variables sociodemográficas con otras variables de estudio: tipo de sustancia, nivel de depresión y deterioro cognitivo

Con respecto a las variables sociodemográficas, se realizaron análisis de correlación de Pearson para ver si había una relación entre la edad actual, el tiempo de consumo y la edad de inicio del consumo. Se encontró una correlación directa estadísticamente significativa entre la edad actual y el tiempo de consumo, con una relación positiva ($r = .81$; $p < .01$). Además, se encontró una correlación directa estadísticamente significativa entre la edad actual y la edad de inicio del consumo, con una relación positiva ($r = .27$; $p < .01$). Finalmente, hubo una correlación negativa estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo y la edad de inicio del consumo, con una relación negativa ($r = -.35$, $p < .01$). Se realizaron análisis de correlación de Pearson para verificar si había una relación entre las puntuaciones obtenidas en el inventario de Beck (depresión) y en la evaluación MoCA (deterioro cognitivo) junto con las variables sociodemográficas (tiempo de consumo, edad de inicio del consumo, edad actual) La edad de inicio del consumo no mostró ninguna correlación significativa con la depresión o el deterioro cognitivo. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de deterioro cognitivo con la edad actual ($r = -.22$; $p < .01$) y el tiempo de consumo ($r = -.18$; $p < .05$). El nivel de depresión no se correlacionó con la edad y el tiempo de consumo.

Diferencias entre tipos de sustancia y nivel de depresión o deterioro cognitivo

El análisis univariado se realizó a través de comparaciones múltiples para evaluar si había una diferencia estadística entre las puntuaciones en el inventario de Beck (depresión) y los diferentes tipos de sustancias (cannabis, cocaína, heroína, alcohol y benzodiacepinas). No se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos de consumidores (cannabis, cocaína, heroína, alcohol, benzodiacepinas) y el grado de depresión ($F(4,248) = 0.71$, *n.s.*, $\eta^2 = .01$, potencia = .23); los análisis post hoc no mostraron ninguna diferencia significativa. La Tabla 18 muestra las puntuaciones medias en el cuestionario de Beck, las desviaciones estándar y el porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas según los tipos de depresión.

Tabla 18.

Porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas según los tipos de depresión

Sustancias	Puntuación BDI		Tipo de depresión		
	Media (DT)	Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa
Heroína	17.76 (2.25)	33.3	24.2	24.2	18.2
Alcohol	18.02 (1.24)	33.0	23.9	12.8	30.3
Cocaína	16.80 (2.07)	38.5	25.6	7.7	28.2
Cannabis	15.39 (1.81)	43.1	21.6	15.7	19.6
Benzodiazepinas	20.57 (2.82)	28.6	19.0	19.0	33.3

En relación con el deterioro cognitivo, se realizó un análisis univariado para evaluar si había alguna diferencia estadística entre las puntuaciones en la evaluación de MoCA (deterioro cognitivo) y los diferentes tipos de sustancias (cannabis, cocaína, heroína, alcohol y benzodiazepinas). No se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de consumidores (cannabis, cocaína, heroína, alcohol, benzodiazepinas) y el deterioro cognitivo registrado ($F(4,169) = 1.93; p = .11, \eta^2 = .04, \text{potencia} = .57$). Sin embargo, el análisis post-hoc mostró diferencias significativas en el deterioro cognitivo entre los sujetos que consumían cannabis y cocaína ($t = -.28, p < .01$), y diferencias marginales entre el cannabis con heroína y el alcohol con cocaína ($t = -.18, p < .07; t = -.28, p < .10$, respectivamente). La Figura 23 muestra las puntuaciones en la evaluación MoCA (Evaluación Cognitiva de Montreal) a través de la clasificación de deterioro cognitivo y el tipo de sustancia. Al considerar la muestra completa, la peor puntuación en el deterioro cognitivo fue de consumidores de cocaína ($M = 20.70, DT = 0.90$), seguido de benzodiazepina ($M = 20.94, DT = 1.17$), consumidores de alcohol ($M = 21.24, DT = 0.57$), heroína ($M = 21.97, DT = 0.86$) y cannabis ($M = 22.24, DT = 0.81$). Solo 37 sujetos fueron clasificados con un rendimiento cognitivo normal. De aquellos con deterioro cognitivo o demencia temprana, el peor puntaje fue de los consumidores de benzodiazepinas, seguido de los consumidores de cannabis, alcohol, cocaína y heroína

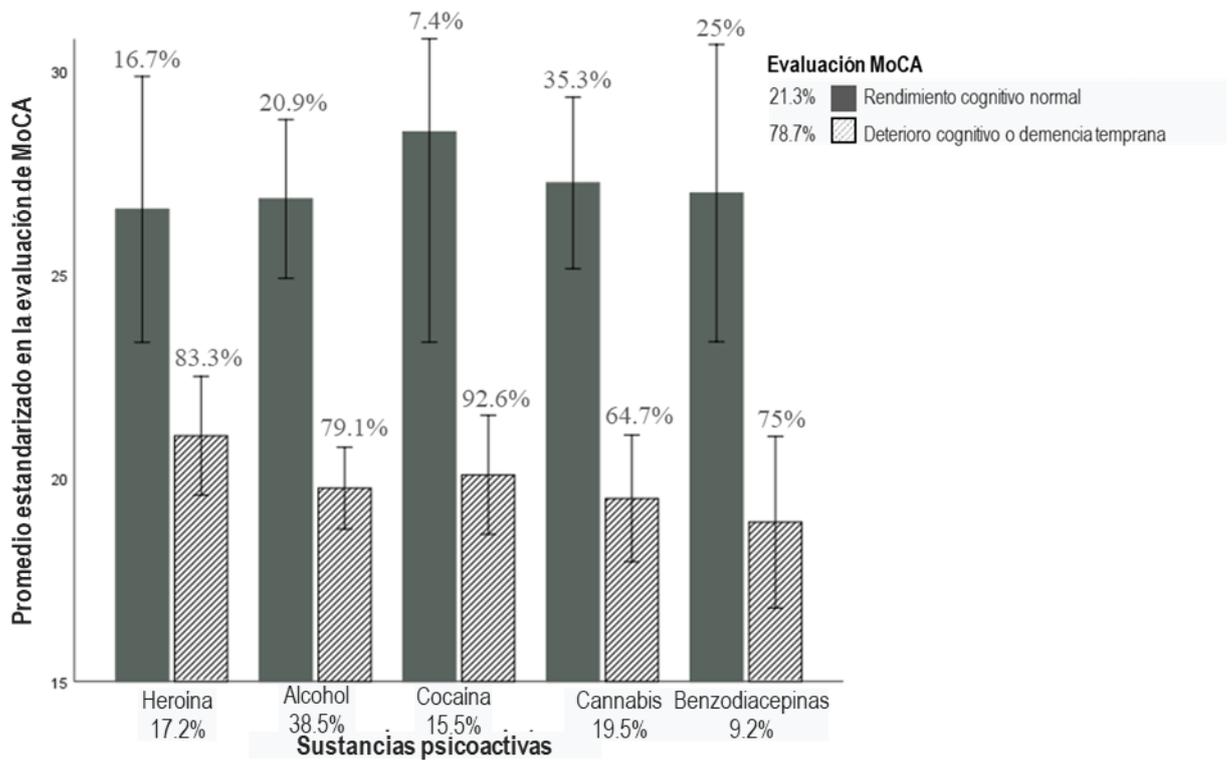


Figura 23. Media de las puntuaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas en la clasificación del deterioro cognitivo entre las puntuaciones MoCA (Evaluación Cognitiva de Montreal).

Nota: Las puntuaciones varían de 0 a 30: las puntuaciones ≥ 26 indican un rendimiento cognitivo normal, mientras que las puntuaciones <26 indican un deterioro cognitivo leve o demencia temprana.

Finalmente, se realizaron análisis univariados con las variables del inventario de Beck (depresión) y de la evaluación cognitiva MoCA (deterioro cognitivo) para analizar las relaciones entre las cuatro categorías de la variable depresión (no depresión, leve, moderada, severa) y deterioro cognitivo (, con deterioro cognitivo o no).

Finalmente, se realizaron análisis univariados con las variables del inventario de Beck (depresión) y de la evaluación cognitiva MoCA (deterioro cognitivo) para analizar las relaciones entre las cuatro categorías de la variable depresión (no depresión, leve, moderada, severa) y el deterioro cognitivo (en comparación con la puntuación MoCA y los criterios de diagnóstico, con deterioro cognitivo o no). Los análisis univariados fueron significativos en ambos casos ($F(3,169) = 3.12, p < .05, \eta^2 = .05, potencia = .72$; $F(3,169) = 3.05, p < .05, \eta^2 = .05, potencia = .71$; respectivamente). Se encontró que la variable depresión moderada tenía una diferencia estadísticamente significativa con la

puntuación del MoCA en comparación con las variables no depresión y depresión severa ($t = 2.39$; $p < .05$; $t = 3.49$; $p < .01$, respectivamente). También encontramos resultados similares cuando se utilizaron los criterios de diagnóstico de MoCA, la variable de depresión moderada tuvo una diferencia estadísticamente significativa en los criterios de diagnóstico de MoCA en comparación con las variables de sin depresión, depresión leve y severa ($t = -.24$; $p < .01$; $t = -.21$; $p < .05$, y $t = -.30$; $p < .001$, respectivamente). Consulte la Figura 24 para observar las diferencias de medias en la depresión con respecto al deterioro cognitivo.

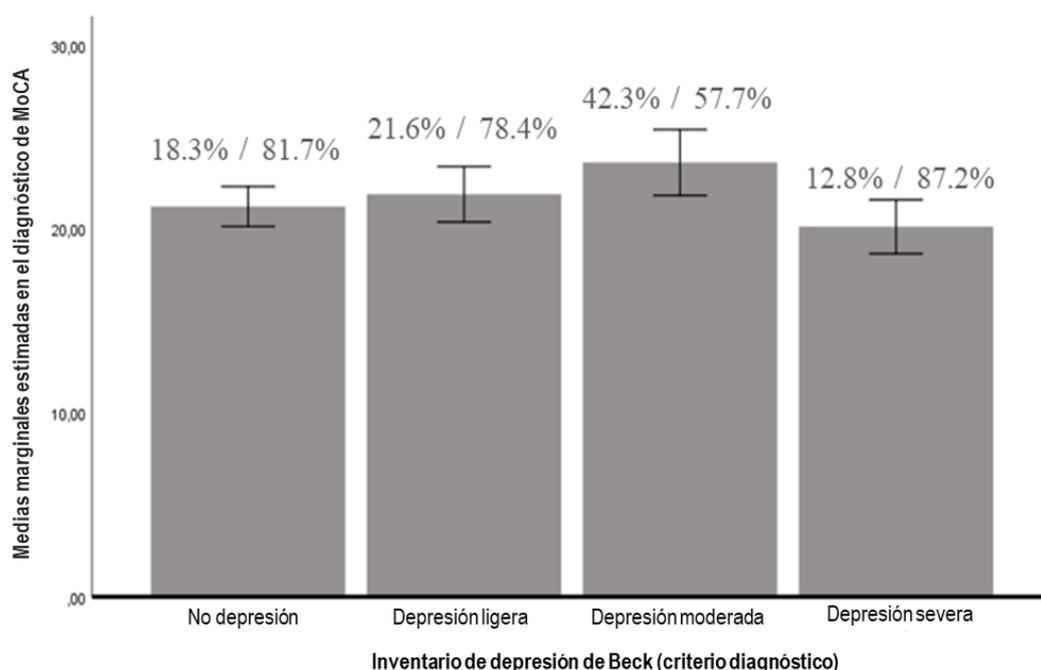


Figura 24. Las diferencias de medias en el nivel de depresión experimentadas teniendo en cuenta la puntuación en el deterioro cognitivo en MoCA (Evaluación Cognitiva de Montreal, las puntuaciones inferiores a 26 se consideran deterioro cognitivo).

Nota: Los porcentajes en cada columna indican la distribución de acuerdo con los criterios de diagnóstico en "rendimiento cognitivo normal" versus "deterioro cognitivo o demencia temprana".

Discusión y conclusiones

Los resultados del presente estudio muestran que no hay diferencias significativas en los niveles de depresión entre los sujetos según la sustancia consumida. Los sujetos con un diagnóstico más severo de depresión fueron los consumidores de benzodiazepinas,

seguidos por los consumidores de alcohol, heroína, cocaína y cannabis; en diferente porcentaje Según la literatura encontrada, por un lado, se observa sintomatología depresiva alta sin diagnóstico de depresión en usuarios de alcohol y cannabis, aunque por otro lado, hay muchos sujetos diagnosticados con depresión, no solo con la sintomatología, en el caso de alcohol (Alves et al., 2004; Brower, 2003; Pulcheiro y Bicca, 2002).

Según el estudio de Rojo-Mota et al. (2013), no se observaron diferencias significativas en los niveles de deterioro cognitivo entre los sujetos según la sustancia consumida. Sin embargo, se ha encontrado una diferencia significativa entre los consumidores de cannabis y alcohol, lo que indicaría que las personas que consumen alcohol han obtenido una puntuación más baja en el inventario de MoCA, mostrando un mayor deterioro cognitivo que las personas que consumen cannabis. O de manera similar, los consumidores de cannabis tienen menos deterioro cognitivo que los consumidores de alcohol. Sin embargo, es necesario resaltar que los resultados obtenidos indicaron que el deterioro cognitivo fue 78.7% superior al no deterioro cognitivo de la muestra analizada. También se debe tener en cuenta que los consumidores de cocaína tienen el peor nivel de deterioro cognitivo y los consumidores de cannabis tienen el mejor funcionamiento cognitivo, resultados similares a los reportados por Rojo-Mota et al. (2013) y Bruijnen et al. (2019)

Con respecto a las variables sociodemográficas, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y las variables edad del sujeto y el tiempo de consumo, lo que indicaría que a menor puntuación obtenida en la escala de evaluación MoCA, que significa un mayor deterioro cognitivo, mayor edad actual y mayor tiempo de consumo en los sujetos. Por lo tanto, los consumidores de sustancias tóxicas que tienen un mayor deterioro cognitivo son mayores y han pasado más tiempo consumiendo. Al contrario de otros estudios (Rojo-Mota et al., 2013), donde no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo de los consumidores y el tiempo del consumo; En el presente estudio también se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable sociodemográfica de la edad actual del sujeto, el tiempo de consumo y la edad de inicio. Por lo tanto, indicaría que las personas de mayor edad han estado consumiendo sustancias psicoactivas durante más tiempo y comenzaron a consumir a una edad más tardía. Asimismo, se observó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo y la edad de inicio, lo que

significaría que los consumidores que han pasado menos tiempo consumiendo este tipo de sustancias comenzaron a consumirlos a una edad avanzada.

En los resultados estadísticamente significativos encontrados sobre la relación del deterioro cognitivo y las diferentes variables sociodemográficas dependiendo de la sustancia consumida, se encontró que los consumidores de heroína, alcohol y benzodiazepinas habían obtenido una puntuación más baja en la escala de evaluación MoCA, lo que significaría un mayor deterioro cognitivo y de edad avanzada. Enfatizando eso, los consumidores de benzodiazepinas con una puntuación más baja en la escala de evaluación MoCA, es decir, con un mayor deterioro cognitivo, comenzaron su consumo a una edad tardía. Finalmente, con respecto a los consumidores de cocaína y cannabis, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo y la edad actual de los sujetos. También se encontró una relación estadísticamente significativa en los consumidores de alcohol, cocaína y benzodiazepinas en las variables de edad actual y edad de inicio del consumo. Estos resultados mostraron que los consumidores de estas tres sustancias con mayor edad comenzaron a consumirlas más tarde.

Con respecto a la variable, tiempo de consumo se encontraron tres relaciones estadísticamente significativas con las variables de la evaluación MoCA, la edad actual y la edad de inicio del consumo dependiendo de la sustancia consumida. En primer lugar, con respecto al deterioro cognitivo y las variables de tiempo de consumo, se encontró una relación significativa en los consumidores de heroína y alcohol. Lo que mostró fue que los sujetos que tuvieron mayores puntuaciones en la evaluación MoCA, lo que significaría menor deterioro cognitivo, habían consumido durante menos tiempo. En segundo lugar, las variables tiempo de consumo y edad actual mostraron una relación estadísticamente significativa en los consumidores de heroína, alcohol, cocaína y cannabis. De forma que, los consumidores que han consumido durante un mayor período de tiempo son los que tiene actualmente más edad. En tercer lugar, con respecto a las variables de tiempo de consumo y edad de inicio de este, se encontraron relaciones estadísticamente significativas para los consumidores de heroína, alcohol, cocaína, cannabis y benzodiazepinas. Esto significa que los consumidores que han estado consumiendo durante más tiempo comenzaron a hacerlo a una edad más temprana.

En cuanto a las sustancias analizadas, el alcohol mostró que la edad de inicio del consumo fue a los 16,65 años, lo que es comparable con los resultados de los estudios encontrados en 16,8 años. También se encontró que la duración del consumo fue de 29.52 años, que fue mayor que los estudios encontrados, esto es 14.9 años (García-Marchena et al., 2017).

Finalmente, en cuanto a la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en los consumidores de este tipo de sustancia, se encontraron una serie de relaciones estadísticamente significativas. Por un lado, se observó que los consumidores que no padecían depresión obtuvieron puntuaciones más bajas en la evaluación MoCA que las personas que sufrían depresión moderada. Esto muestra que los consumidores sin un diagnóstico de depresión tienen un mayor deterioro cognitivo que aquellos que sufren de depresión moderada. O de manera similar, los sujetos con depresión moderada tienen un deterioro cognitivo menor que aquellos que no tienen un diagnóstico de depresión. Por otro lado, los consumidores con depresión moderada obtuvieron puntajes más altos en el inventario de MoCA, es decir, tenían un deterioro cognitivo menor que las personas con depresión severa. Esto, a su vez, significa que los consumidores con depresión severa tienen un mayor deterioro cognitivo que aquellos diagnosticados con depresión moderada.

Este estudio tuvo como objetivo mostrar el nivel de deterioro cognitivo y depresión en los consumidores de sustancias psicoactivas, así como la relación que existe entre estas dos variables y la edad, la edad de inicio del consumo y la duración de la misma. Para concluir, se encontró que un alto porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas tienen alteraciones en el nivel cognitivo y en el estado de ánimo, este resultado es útil para futuros programas de intervención. En resumen, dada la alta prevalencia de depresión y deterioro cognitivo con el abuso de sustancias psicoactivas, se recomienda un tratamiento temprano para evitar una mayor afectación cognitiva y emocional.

Conflicto de intereses. Las autoras no tienen conflictos de intereses que declarar.

CAPÍTULO 10.

DISCUSIÓN GENERAL, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

1. Discusión general

Esta tesis surge de varias cuestiones surgidas a lo largo de mi intervención clínica en el abordaje psicológico a personas que demandan tratamiento ambulatorio por sus problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En mi actividad diaria, he observado ciertos aspectos que han provocado varios interrogantes a los que necesitaba dar respuestas, tras varias conversaciones con mis directoras, fuimos dando cuerpo a estas inquietudes, surgiendo el germen de esta investigación.

Dado que el consumo de sustancias psicoactivas afecta a muchos aspectos de la persona en diferentes grados, hemos considerado en esta tesis analizar en esta población el desempeño cognitivo, la depresión, y otras variables psicológicas como, la impulsividad, positividad, autorregulación emocional, satisfacción vital e indefensión como pesimismo.

Es preciso señalar, que todas las personas que conforman la muestra se encontraban en abstinencia, adscritas al programa de deshabitación.

Uno de los aspectos que ha llamado mi atención , se refiere a las quejas y descontento que manifiestan a diario los pacientes en cuanto a su rendimiento cognitivo, concretamente se quejan de trastornos en la memoria, atención y falta de concentración, por lo que pensamos que sería interesante una evaluación del desempeño cognitivo que nos informara el punto del que parte la persona en su proceso de deshabitación de cara a la adquisición e interiorización de nuevos aprendizajes que posibiliten el logro de los objetivos propuestos en la terapia. Para valorar el deterioro cognitivo, hemos seleccionado la evaluación cognitiva de Montreal MoCA, pues nos permite realizar un screening y consideramos que se ajusta bastante tanto a la población de estudio como a lo que queremos obtener de la misma.

También, nos ha interesado estudiar el papel que desempeña la depresión en el proceso de rehabilitación, debido a que en el día a día, contemplo su presencia en grados diferentes en muchas de las personas que inician tratamiento, produciendo un enlentecimiento o dificultad en la evolución del proceso de deshabitación.

Otro elemento que considerar en este estudio es la impulsividad, pues advierto que, aun partiendo de la motivación al cambio, con toma de conciencia del problema, y decisión de resolverlo, sin embargo, hay personas que tiene mayor dificultad para manejar el craving que otras, por ejemplo, una persona que primero piensa y luego actúa no gestiona ni afronta por ejemplo el craving que otra persona que primero piensa, reflexiona, analiza, y luego actúa. De hecho, en Robles Martínez et al. (2019) se afirma que existe una relación entre impulsividad y craving. Es por ello nuestro interés analizar la implicación de la impulsividad en los trastornos adictivos de cara a rediseñar la intervención psicológica, enfatizando en el afrontamiento al craving y en la prevención de las recaídas.

Por otro lado, pensamos que dado que ciertas actitudes, creencias y formas de afrontar la vida, pueden entorpecer o, por el contrario, facilitar tanto la consecución de la abstinencia como el mantenimiento de esta y la normalización de un estilo de vida hemos incluido en este estudio, las siguientes variables psicológicas: Positividad, Autorregulación emocional, Satisfacción vital e Indefensión como pesimismo.

A continuación, se discutirán los resultados obtenidos en los tres estudios sobre los que gira esta investigación, todo ello se realizará a la luz de la revisión teórica y las características de la muestra, considerando tanto la edad, sexo, edad de inicio en el

consumo y tiempo de consumo. Así mismo, se pasará a exponer las limitaciones y las futuras líneas de investigación.

El primer estudio de interés se centró en realizar una investigación preliminar que explorara la relación existente entre el deterioro cognitivo, la depresión y las variables autorreguladoras del comportamiento (positividad, autoeficacia para regular las emociones, satisfacción vital e indefensión como pesimismo).

En relación con el *Deterioro Cognitivo*, nuestro interés se fundamenta en que según (Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz, Arrúe-Ruibloda, Coullaut-Valera y Bajo- Bretón, 2011); (Curran, Freeman, Mokrysz, Lewis, Morgan y Parsons, 2016) el consumo de sustancias psicoactivas repercute de forma importantes en el desempeño cognitivo. Los resultados encontrados en nuestro estudio indican que la totalidad de la muestra presenta algún grado de deterioro cognitivo. Aunque no hay diferencias significativas entre las distintas sustancias de consumo, las personas consumidoras de cannabis son las que presentan mayor deterioro cognitivo, estos resultados están en consonancia con los encontrados por Tziraki (2012) y Curran et al (2016), al cannabis le sigue la cocaína, el alcohol y por último la heroína.

Pensamos que el mayor deterioro cognitivo lo tendrían las personas que se iniciaron en el consumo a edades más tempranas, sin embargo en este estudio preliminar los datos nos muestran que la edad de inicio en el consumo no parece tener influencia en el deterioro cognitivo, no obstante , observamos que las personas que presentan daño cognitivo se iniciaron en el mismo a edades más tempranas que las que su rendimiento cognitivo está dentro de la normalidad, esto apunta en la misma dirección a la investigación realizada por Fernández-Artemendi et al. (2011). Es interesante refrendar como los cerebros jóvenes sufren mayor daño cognitivo ante el consumo que los cerebros adultos.

Otro elemento de interés en este estudio es la *Depresión*, que se encuentra bien fundamentada en la literatura científica al respecto (Edlund, Forman-Hoffman, Winder, Heller, Kroutil, Lipari, y Colpe, 2015); (Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009); (Moral, Sirvent, Blanco, Rivas, Quintana y Campomanes, 2011) En el estudio de Torrens et al. (2011), se afirma que la comorbilidad psiquiátrica más común en las personas consumidoras de sustancias psicoactivas es la depresión. De igual manera, en nuestro estudio encontramos que el 76,5% de las personas, presentan depresión en distintos

grados, estos datos confirman también los encontrados por Moral et al. (2011) donde afirman que la mayoría de los consumidores pueden presentar episodios depresivos, ya sea a consecuencia de la intoxicación de la sustancia o del síndrome de abstinencia.

En cuanto al tipo de sustancia consumida que presenta mayor porcentaje de depresión, los resultados indican que de forma específica las personas consumidoras de alcohol son los que presentan mayor nivel en depresión, en consonancia con la evidencia propuesta por Emmelkamp y Vedel (2012), a estos le siguen los consumidores de heroína, cocaína y finalmente cannabis. En este mismo sentido Casas y Guardia (2002) lo refrendan e indican que el consumo de alcohol cursa con algunos trastornos psiquiátricos, sobre todo con depresión.

Moral et al. (2011) afirman en su estudio que las personas consumidoras que padecen más sintomatología depresiva son aquellas que se iniciaron en el consumo de sustancias psicoactivas más precozmente, sobre todo en la adolescencia, que los consumidores de inicio tardío, en este sentido, nuestros resultados siguen la misma línea, de manera que podemos afirmar que la edad de inicio en el consumo incide en la depresión de tal forma que las personas que se iniciaron en el consumo a edades más tempranas, con una edad media de 15,64 años, presentan un grado de depresión mayor que las que se iniciaron tres años después. No podemos establecer una relación de causación, aunque podríamos pensar que las personas deprimidas si iniciarían en el consumo para aliviar su malestar emocional y por otro lado aventurar que los consumos de sustancias psicoactivas a edades más temprana afectarían al estado emocional ocasionando un trastorno depresivo.

Con respecto a la inclusión de las *Variables Psicológicas* en este estudio: Positividad, Autorregulación emocional, Satisfacción vital e Indefensión como pesimismo, se fundamenta en la literatura científica que existe al respecto. Satisfacción vital (Fischer, Najman, Plotnikova y Clavarino, 2015); Masferrer, Font-Mayolas y Gras, 2012), Positividad (Lara, Bermúdez y Pérez-García, 2013), Autorregulación de las emociones (Valois y Zullig, 2013); (Zullig, Teoli y Valois, 2014). (Cava, Murgui y Musitu, 2008) e Indefensión como pesimismo (Carbonero, Martín- Antón y Feijó, 2010).

Así pues, sobre las variables psicológicas que pueden verse afectadas en los consumidores de sustancias psicoactivas, los resultados que hemos encontrado en esta investigación indican que la *Positividad* no está afectada por el consumo de sustancias psicoactivas, en

contra de los datos aportados por Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) que señalan que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas manifiestan baja positividad. Pensamos que esta discordancia puede ser debido a que la investigación de investigación Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) se realizó con una muestra de adolescentes, frente a nuestro estudio que comprende un mayor rango de edad. De igual forma ocurre en la *Autorregulación Emocional*, nuestros resultados revelan que son capaces de regular las emociones positivas, pero no las negativas, sin embargo, Cava, Murgui y Musitu (2008) afirman que los consumidores jóvenes presentan dificultades en la autorregulación emocional en general. De nuevo, pensamos que esta disparidad en los resultados puede deberse a que el estudio de Cava, Murgui y Musitu (2008) este estudio ha sido realizado con población joven.

En cuanto a la *Satisfacción Vital* nuestros resultados indican que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas muestran puntuaciones muy bajas, es decir, se sienten menos satisfechas que las no consumidoras. Estos resultados siguen la línea marcada por Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012), que afirman que los no consumidores se sienten más satisfechos con la vida que los consumidores.

Respecto a la *Indefensión como Pesimismo*, nuestros resultados indican que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, no se encuentran indefensas ante determinadas situaciones; en contra de los resultados encontrados en Carbonero, Martín-Antón y Feijó (2010) que mostraban la indefensión como una característica de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas; de nuevo se ha de reseñar que este estudio se ha realizado con personas jóvenes a diferencia de nuestro estudio.

En definitiva, hemos observado que las personas que se inician en el consumo de sustancias psicoactivas a edades más tempranas son las que presentan mayor deterioro cognitivo y depresión. De estas, los que presentan peor desempeño cognitivo son las personas consumidoras de cannabis y las que presentan mayor grado de depresión son las que consumen alcohol y heroína.

En otro orden de cosas, la positividad, la indefensión como pesimismo y la autorregulación de emociones positivas no parecen verse afectas por el consumo de sustancias psicoactivas no ocurre igual con las emociones negativas, ya que presentan

cierta dificultad en su gestión y regulación y con la satisfacción vital, ya que los consumidores presentan un nivel menor de satisfacción vital,

El segundo estudio de interés se dirigió a analizar la relación entre la impulsividad y las variables psicológicas, pero con una muestra mucho mayor, casi quintuplicaba a la del estudio preliminar con objeto de conseguir resultados más consistentes.

Con relación a la *Impulsividad*, las evidencias la muestran como una característica presente en las personas que consumen sustancias psicoactivas, Joos et al. (2013), indican que ésta, puede intervenir de manera importante tanto en la evolución y desarrollo de la adicción como en su pronóstico, por otro lado, Bernstein et al. (2015) señala que esta población presenta un nivel mayor de impulsividad frente a las personas que no consumen sustancias psicoactivas y Roberts, Miller, Weafer, y Fillmore, (2014) lo asocian a un mayor porcentaje de recaídas.

Los resultados de este estudio revelan que una parte importante de la muestra presenta un nivel alto de impulsividad estando en consonancia con las investigaciones de Joos et al. (2013), Bernstein et al. (2015); Roberts, Miller, Weafer y Fillmore, (2014), lo que nos hace plantear la impulsividad como un factor de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. Aunque los resultados indican que el tipo de sustancia consumida no ejerce ninguna influencia en el nivel de impulsividad que presenta la persona, sin embargo, encontramos que las personas consumidoras de cocaína son las que presentan un nivel mayor de impulsividad, seguido de las que consumen cannabis, por el contrario, las que consumen benzodiazepinas son las que tiene el nivel más. bajo de impulsividad.

Como cabía esperar, nuestros datos muestran que el sexo , no tiene ninguna implicación en el nivel de impulsividad, correspondiéndose con los resultados encontrados en (Bjork et al., 2004; Ersche et al., 2011; Lane et al., 2007), de igual manera, observamos que no existe ningún tipo de relación con el barrio de procedencia, hemos de recordar que nuestro estudio se ha llevado a cabo con población procedente de dos barrios de exclusión social y uno de clase media, a diferencia de los datos señalados por Chabrol et al. (2010) donde asocia el consumo de alcohol a la clase social.

Respecto a la edad de inicio en el consumo, los resultados de nuestro estudio coinciden con los datos aportados por la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas EDADES 2017 (Plan Nacional sobre Drogas, 2018), encontramos que las personas consumidoras

de alcohol y cannabis son las que se inician en el consumo a edades más tempranas y por el contrario las que consumen benzodiazepinas, se inician a edades más tardías.

En cuanto al papel que tienen las *Variables psicológicas* en el consumo de sustancias psicoactivas, existen diversos estudios que demuestran su influencia. Gutiérrez y Romero (2014) y Masferrer, Font-Mayolas y Gras, (2012) observaron que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentaban menor satisfacción vital que las no consumidoras. Del mismo modo Carbonero, Martín-Antón y Feijó, (2010), indica que la indefensión como pesimismo se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas. En cuanto a la positividad Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) encuentran que en personas consumidoras de sustancias psicoactivas muestran menor positividad, sobre todo los adolescentes. Otra variable para contemplar es la autorregulación emocional, en el estudio realizado por (Cava, Murgui y Musitu, 2008) concluyeron que la falta de destreza en la regulación emocional propiciaba el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados han mostrado que las personas que muestran mayor positividad son las consumidoras de benzodiazepinas frente a las personas consumidoras de alcohol y heroína, que muestran los niveles más bajos de positividad, estando también estos resultados en consonancia con los aportados por Lara et al. (2013).

Con relación a la satisfacción vital, los resultados nos indican que los adultos jóvenes (18-35 años) y mayores (más de 51 años) son los que presentan mayor satisfacción vital, al contrario de lo que señalan Fischer, Najman, Plotnikova, y Clavarino (2015) donde las personas consumidoras de alcohol de edades más avanzadas muestran peor satisfacción vital.

Como cabría esperar nuestros resultados muestran que ni el sexo ni el barrio de procedencia inciden en las variables psicológicas, en consonancia con los estudios de sexo (Carver y Connor-Smith, 2010; Gómez-Fraguela et al., 2006; González-Barrón et al., 2002; Lara et al., 2013; Ramos y Moreno, 2010).

En definitiva, los resultados obtenidos, constatan que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan un nivel alto de impulsividad, se muestran menos positivas, salvo las consumidoras de benzodiazepinas, en general tienen menor satisfacción vital, regulan peor las emociones negativas, lo que podría hacer sentir mayor indefensión ante las situaciones que acontecen en la vida.

Por otro lado, las personas más positivas, se autorregulan mejor emocionalmente y se sienten más satisfechas con la vida. Así mismo en cuanto a la Autorregulación emocional, encontramos que los que regulan mejor las emociones positivas, también lo hacen del mismo modo con las emociones negativas, se sienten más satisfechas con la vida y menos indefensas ante lo avatares de la vida.

Finalmente, **el tercer estudio** de esta investigación se dirigió a analizar el papel que desempeña el consumo de sustancias psicoactivas en la depresión y el rendimiento cognitivo.

Respecto a la *Depresión*, este interés se sustentó en diversos estudios que indican la presencia de la depresión en consumidores de sustancias psicoactivas (Alves et al., 2004; Ávila, Escobar, Úrzola y Luz, 2005; Brower, 2003; Dos Santos Rigoni, Quarti Irigaray, Duarte de Moraes, Ferrão y da Silva Oliveira, 2014; Pulcheiro y Bicca, 2002; Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009).

Los resultados muestran que más de la mitad presenta depresión en mayor o menor grado. Aunque no existen diferencias significativas en función de la sustancia consumida, las que presentan un diagnóstico más severo de depresión son las personas consumidoras de benzodiacepinas, seguidas de las que consumen alcohol, heroína, cocaína y cannabis. Existen pocos estudios que relacionen el trastorno depresivo con el consumo de benzodiacepinas, pues los estudios realizados se han centrado más en el uso inadecuado que hacen de las mismas los pacientes con otros trastornos mentales Ochoa, E., Molins, Seijo, P. (2019), sin embargo, en cuanto a la depresión en el consumo de alcohol encontramos varios estudios que lo apoyan Dos Santos Rigoni, Quarti Irigaray, Duarte de Moraes, Ferrão y da Silva Oliveira (2014); Ávila, Escobar, Úrzola y Luz (2005); Alves, Kessler y Ratto (2004); Brower, (2003); Pulcheiro y Bicca (2002). En el *National Survey of Mental Health and Well Being* se encontró que el 36,5% de las personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol padecían otros trastornos mentales asociados, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos (Burns y Teesson, 2002).

En cuanto a las personas consumidoras de heroína, según Fernández-Hermida (2008) se cuestiona que la depresión sea una consecuencia directa del consumo, de otro modo se apunta a que puede estar asociada al estilo de vida y problemas concomitantes que aparece en estos consumidores como problemas judiciales, de salud, familiares etc.

Respecto a las personas consumidoras de cocaína se ha observado una prevalencia de 26,6% de trastornos del estado de ánimo, Arias et al. (2013). aunque hemos de tener en cuenta, que la mayoría de los consumidores de cocaína sufren sintomatología depresiva, tanto durante los periodos de consumo como en la abstinencia.

Sobre el *Deterioro Cognitivo* el interés se sustentó en la evidencia del deterioro cognitivo que presentan las personas que consumen sustancias psicoactivas (Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque y Puerta-García, 2013)

El deterioro cognitivo en personas consumidoras de sustancias psicoactivas, está muy documentado (Flores, Balcells-Oliveró, y Uzal, 2019), por otro lado, Rojo-Mota et al. (2013) indicaron que el 70% de las personas que consumían sustancias psicoactivas mostraban deterioro en el desempeño cognitivo, presentando en algunos casos rendimientos cognitivos que se aproximan a los que se observan en personas con demencia en consonancia con este estudio, los resultados obtenidos en nuestro estudio, indican que el 78,7% presentan deterioro cognitivo, pero a diferencia de Rojo-Mota et al. (2013), que no encontraron diferencias en función de la sustancia consumida, nuestros datos indican que las personas que consumen alcohol, muestran mayor deterioro cognitivo que las que consumen cannabis, también Fein et al. (1990) encontraron entre el 50 y 70% en personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol, algún grado de deterioro cognitivo, de la misma forma Flores, Balcells-Oliveró y Uzal, (2019) en su estudio indican una alta prevalencia de abuso de alcohol en personas con demencia (9-22%) y en personas con demencia que consumen alcohol (hasta el 24%).

En cuanto las personas consumidoras de cannabis los resultados muestran el mejor nivel en el desempeño cognitivo, coincidiendo con los reportados por Rojo-Mota et al. (2013) y Bruijnen et al. (2019). Ante estos resultados valdría la pena reflexionar, pues Arias, Rentero, Fernández-Artamendi y Balcells-Oliveró (2019) advierten que el consumo agudo de cannabis ocasiona alteración cognitiva, sin embargo, no hay consenso en cuanto al nivel de gravedad y a la reversibilidad del daño una vez que se consigue y se mantiene la abstinencia. Sostienen que cuanto mayor es el tiempo de consumo, más alta es la dosis, y el inicio en el mismo se realiza a edades más tempranas, mayor será el daño cognitivo, ya que en este aspecto está involucradas procesos de maduración cerebral.

Aunque la literatura sobre los daños ocasionados por el consumo de cocaína a nivel cognitivo es escasa, nuestros resultados nos indican que las personas consumidoras de cocaína son las que presentan peor nivel de desempeño cognitivo, hemos de tener en consideración que, en personas consumidoras crónicas de cocaína, se deteriora la memoria, sobre todo durante la abstinencia reciente (Ochoa, Molins y Seijo, 2019), este hecho puede estar influyendo en los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Aunque Rojo-Mota et al. (2013) no encontraron ninguna relación entre el deterioro cognitivo y el tiempo de consumo, los resultados encontrados en nuestro estudio nos indican que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas que tiene mayor deterioro cognitivo son las de mayor edad, que llevan más tiempo consumiendo, y que se iniciaron a una edad más tardía o dicho de otra forma las personas consumidoras con mejor desempeño cognitivo son más jóvenes, se iniciaron a edades más tempranas y llevan consumiendo menos tiempo.

Si tenemos en cuenta la sustancia consumida, los datos indican que las personas consumidoras de heroína, alcohol y benzodiazepinas son las que tienen más edad y presentan mayor deterioro cognitivo. En relación a los consumidores de heroína, puede deberse a que la muestra está compuesta en su mayoría por consumidores de larga evolución, prácticamente son los supervivientes de la epidemia de heroína que arrasó en los años 80, así mismo, en relación a los consumidores de alcohol, dado que es una sustancia legal y su consumo está muy extendido, también se refleja en nuestra muestra consumidores de larga evolución, con respecto a las personas consumidoras de benzodiazepinas son las que destacan por su inicio a edades más tardías, puede ser debido a que en nuestro estudio, una parte importante, se han iniciado en su consumo por prescripción médica en la segunda y/o tercera etapa de su vida y a lo largo de los años ha derivado en abuso y/o adicción.

Los resultados nos muestran que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas que no presentan depresión sin embargo presentan algún grado de deterioro cognitivo, y las que presentan depresión moderada presentan menor deterioro cognitivo que las que padecen depresión severa. Es decir, las personas consumidoras de sustancias psicoactivas que tiene depresión severa presentan mayor grado de deterioro cognitivo que las que presentan depresión moderada.

En suma, hemos observado que más de la mitad de la muestra presenta depresión en algún grado, de ellas, las personas consumidoras de benzodiazepinas son las que presentan un diagnóstico más severo de depresión. Con relación al desempeño cognitivo, casi el 80% presenta deterioro cognitivo y de ellos, los consumidores de alcohol son los que presentan mayor daño, este resultado no coincide con el obtenido en el estudio 1 (que ha sido una aproximación al tema) en el que las personas que presentaban peor desempeño cognitivo eran los consumidores de cannabis, pensamos que puede deberse a la que la muestra era pequeña. También hemos de señalar que de todas aquellas personas que presentan deterioro cognitivo las que tiene peor desempeño son las personas consumidoras de cocaína.

En resumen, las personas que presentan mayor deterioro cognitivo son las que tiene más edad, que llevan más tiempo consumiendo y que se iniciaron a edades más tardías, destacando las consumidoras de alcohol, heroína y benzodiazepinas. Por último, hay que señalar que las personas que presentan depresión severa tienen a su vez mayor grado de deterioro cognitivo.

2. Conclusiones

Conforme a los resultados obtenidos en esta tesis doctoral podemos establecer las siguientes conclusiones:

- Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en abstinencia presentan un alto nivel de impulsividad independientemente de la sustancia consumida.
- Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en abstinencia presentan deterioro cognitivo.
- Una mayoría importante (tres cuartas partes de la muestra) de personas consumidoras de sustancias psicoactivas en abstinencia presentan algún grado de depresión independientemente de la sustancia consumida.
- En definitiva, los resultados nos muestran que las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan más dificultades en el desempeño cognitivo,

el control de los impulsos, en la estabilidad del estado anímico y en la autorregulación emocional.

- Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas que se inician a edades más tempranas presentan mayor grado de deterioro cognitivo y depresión
- El alcohol es la sustancia legal con la que se inicia el consumo de sustancias psicoactivas. Este se produce antes de alcanzar la mayoría de edad, (menor de 16 años).
- El alcohol es la sustancia que ocasiona mayor deterioro cognitivo
- El cannabis es la sustancia ilegal con la que se inicia el consumo de sustancias psicoactivas, Este se produce antes de alcanzar la mayoría de edad, (menor de 16 años).
- El cannabis es la sustancia que ocasiona menor deterioro cognitivo.
- El inicio en el consumo de benzodiazepinas se produce a edades más tardías, generalmente en la edad adulta.

Dentro de las implicaciones clínicas que se derivan de los resultados obtenidos consideramos necesario:

- Puesto que una mayoría importante de personas consumidoras de sustancias psicoactivas en abstinencia presentan deterioro cognitivo, consideramos necesario la inclusión en la evaluación clínica la valoración del desempeño cognitivo.
- Sugerimos la inclusión de estrategias de rehabilitación cognitiva para favorecer el desempeño cognitivo de cara a optimizar la eficacia de las intervenciones psicológicas tanto en el proceso de deshabitación como en la reincorporación social.
- Considerando el nivel alto de impulsividad de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, proponemos la evaluación de la impulsividad con el fin de adaptar y mejorar las estrategias para el control del craving, y en prevención de recaídas

- Teniendo en cuenta, la dificultad que presentan las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en la autorregulación emocional, planteamos rediseñar los programas de intervención incluyendo la intervención específica en la autorregulación emocional adaptando y optimizando las intervenciones.
- Debido a la presencia importante de la depresión en esta población, independientemente de la sustancia consumida planteamos la necesidad de fortalecer y potenciar la coordinación con la red de salud mental.
- Proponemos la contemplación de las variables psicológicas estudiadas (positividad, satisfacción vital, autorregulación emocional, e indefensión como pesimismo) en los programas de prevención para dotar a la persona de mayor capacidad ante el riesgo de consumo y/o desarrollo de conductas adictivas.

3. Limitaciones

Las limitaciones concernientes a esta tesis doctoral deben ser consideradas como retos pendientes para futuras investigaciones

- Es necesario señalar diferentes variables que no controlamos, que pueden estar influyendo en los resultados obtenidos, tales como la frecuencia del consumo, la dosis y las vías de administración utilizadas.
- Somos conscientes que la muestra estudiada en su mayoría es policonsumidora (cocaína-alcohol, heroína-alcohol, cannabis-alcohol etc..) aunque hemos determinado como sustancia principal aquella que la persona consideraba más problemática en su vida.
- Otra de las limitaciones ha sido la escasez de trabajos previos acerca del papel de las variables psicológicas de autorregulación analizadas en relación con el consumo de sustancias, la documentación encontrada ha sido escasa y en población adolescente.

4. Futuras líneas de investigación

- Puesto que en esta tesis Doctoral se han excluido a los individuos con algún trastorno psicopatológico grave, sería conveniente la realización de nuevas investigaciones con población drogodependiente que presenta TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad).
- Proponemos realizar el estudio de las variables psicológicas propuestas en población drogodependiente tanto en edad adulta como en los menores y adolescentes que acuden a la UDA con una perspectiva longitudinal.
- Proponemos estudiar el deterioro cognitivo en menores y adolescentes que acuden a las unidades de drogodependencias y conductas adictivas UDA por trastorno relacionado con sustancias psicoactivas y/o por uso inadecuado de las TIC (Tecnologías de la Información y las Comunicación).
- Sería muy interesante evaluar el nivel de impulsividad que presentan los adolescentes que acuden a las UDA por un uso inadecuado de las TIC
- Estudiar el papel de la depresión en los menores y adolescentes que acuden a las UDA por un uso inadecuado de las TIC.

REFERENCIAS

- Alarcon, R., Nalpas, B., Pelletier, S. y Perney, P. (2015). MoCA as a screening tool of neuropsychological deficits in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1042-1048.
- Alessandri, G., Caprara, G. V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning. *European Psychologist*, 17, 44-54. doi: 10.1027/2F1016-9040/Fa000070
- Alves, H., Kessler, F., y Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26, 51-53.
- Ambrosio, E., y Fernández, E. (2011). Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. *Neurociencia y adicción*, 1, 19-4., 1, 19-4.
- American Psychiatric Association (APA). (2002) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. Texto revisado*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., Babin, F. (2013). Cocaine abuse or dependency and other psychiatric disorders. Madrid study on dual pathology. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 6(3): 121-8. EN DISCUSIÓN
- Arias, F., Rentero, D., Fernandez-Artamendi, S., Bacells-Oliveró, M., (2019) Tucc+tm trastorno X uso de cannabis y trastorno mental comórbido. *Socidrogacohol* EN DISCUSIÓN
- Ávila, J. D., Escobar, F., Úrzola, C., y Luz, H. (2005). Prevalence of anxiety and depression in bed alcoholics for deintoxication in Bogota. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53(4), 219-225.
- Badiani, A., Berridge, K. C., Heilig, M., Nutt, D. J., y Robinson, T. E. (2018). Addiction research and theory: a commentary on the Surgeon General's Report on alcohol, drugs, and health. *Addiction Biology*, 23(1), 3-5.
- Barona, J. (2003). La evolución histórica y conceptual del alcoholismo. En E. García Usieto, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (Coord.). *Manual SET de alcoholismo* (pp. 1-19). Madrid: Médica Panamericana.

- Bartlett, G., Abrahamowicz, M., Grad, R., Sylvestre, M. P., y Tamblyn, R. (2009). Association between risk factors for injurious falls and new benzodiazepine prescribing in elderly patients. *BioMed Central Family Practice*, 10(1), 1.
- Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yuecel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J. A., Nogue, S., y Martin-Santos, R. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PloS One*, 8(2), e55821
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace.
- Becoña, E. (1999). Teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias. *Idea-Prevención*, 19, 62-80.
- Becoña, E. B. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., y Cortés, M. (2010). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones: Terapias Centradas en la familia.
- Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Bernstein, M. H., McSheffrey, S. N., van den Berg, J. J., Vela, J. E., Stein, L. a. R., Roberts, M. B., Clarke, J. G. (2015). The association between impulsivity and alcohol/drug use among prison inmates. *Addictive Behaviors*, 42, 140–143.
- Bijlsma, M. J., Hak, E., Bos, J., De Jong-van den Berg, L. T., y Janssen, F. (2013). Assessing the effect of a guideline change on drug use prevalence by including the birth cohort dimension: the case of benzodiazepines. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 22(9), 933-41.
- Bjork, J. M., Hommer, D. W., Grant, S. J., y Danube, C. (2004). Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1–/type 2–like traits. *Alcohol*, 34(2-3), 133-150.
- Bobes, J. C. M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos*. 2a. Edición. Madrid: Enfoque Editorial SC.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Histórico del BOJA. Boletín número 83 de 19/07/1997
- Bordalejo, D., Boullosa, O., Hadid, E., Puriccelli, M., Romero, E., Tannenhaus, L., ... y Vázquez, G. (2012). Correlación entre impulsividad, temperamento, carácter y performance neurocognitiva en pacientes bipolares eutímicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(1), 5-16.
- Brower, K. J. (2003). Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Medicine Reviews*, 7(6), 523-539.

- Bruijnen, J.W.H., Dijkstra, B.A.G., Walvoort, S.J.W., Van der Nagel, J.E.L., Kessels, R.P.C., y De Jong, C.A.J. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 38, 435-442.
- Burns, L., y Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and alcohol dependence*, 68(3), 299-307. EN DISCUSSION
- Campolongo, P., Trezza, V., Cassano, T., Gaetani, S., Morgese, M. G., Ubaldi, M., ... y Ciccocioppo, R. (2007). PRECLINICAL STUDY: Perinatal exposure to delta-9-tetrahydrocannabinol causes enduring cognitive deficits associated with alteration of cortical gene expression and neurotransmission in rats. *Addiction biology*, 12(3-4), 485-495.
- Caprara, G.V. y Gerbino, M. (2001). Affective perceived self-efficacy: The capacity to regulate negative affect and to express positive affect. En G. V. Caprara (Ed.), *Self-efficacy assessment* (pp. 35-50). Trento, Italy. Edizioni Erickson.
- Caprara, G.V. y Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., ... y Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701.
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S. y Suzuki, F. (2012). Positive Orientation across Three Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43, 77-83.
- Caprara, G.V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J.R. y McWhinnie, C.M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(01), 63-71.
- Carbonero, M.A., Martín-Antón, L.J. y Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (2), 287-298.
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Casas Brugué, M., Roncero Alonso, C., y Colmon Farran, J. (2010). Concepto y clasificación de las conductas adictivas. *Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C; coordinadores. Tratado de Psiquiatría, 1*, 795-803.
- Casas, M. (2008). Hipótesis de la automedicación en drogodependencias.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 195-219.

- Casero, M. D. C. V. (2002). Deshabituación de opiáceos. *Offarm: farmacia y sociedad*, 21(2), 112-116.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* 20 (3), 389-395.
- Chabrol, H., Rodgers, R. F., Sobolewski, G., y van Leeuwen, N. (2010). Cannabis use and delinquent behaviors in a non-clinical sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 3 (3), 263–265.
- Chahua, M. (2014). *Salud mental en jóvenes consumidores de cocaína y heroína: factores relacionados, diferencias de género e impacto sobre la calidad de vida*. Universidad Complutense de Madrid.
- Champtdor, A. (2000). *El libro egipcio de los muertos* (Vol. 48). Edaf.
- Consejo General de la Psicología de España (2018). La OMS publica la versión final del CIE 11 *Infocop online*. Recuperado de www.infocop.es/view_article.asp?id=7548.
- Copersino, M. L., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D. J., Sokoloff, J., y Weiss, R. D. (2009). Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 17(5), 337-344.
- Corbin, J. A. (2017). Los cinco tipos de cocaína. *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiymente.net/clinica/los-cinco-tipos-de-cocaína>
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza-Díaz, I., Arrúe-Ruibloda, R., Coullaut-Valera J., y Bajo-Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (3), 168-173.
- Curran, H.V., Freeman, T. P., Mokrysz, C., Lewis, D.A., Morgan, C.J. y Parsons, L.H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(5), 293-306.
- Damian, A. M., Jacobson, S. A., Hentz, J. G., Belden, C. M., Shill, H. A., Sabbagh, M. N., Caviness, J. N., y Adler, C. H. (2011). The Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental State Examination as screening instruments for cognitive impairment: item analyses and threshold scores. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(2), 126-131.
- Danielsson, A. K., Lundin, A., Agardh, E., Allebeck, P., y Forsell, Y. (2016). Cannabis use, depression and anxiety: A 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 103-108.
- Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., y Donnelly-Swift, E. (2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Systematic of Reviews*, (5), CD009652.

- Robles-Martínez, M. et al. (2019). Relación entre craving e impulsividad en pacientes con dependencia alcohólica con o sin patología dual en tratamiento ambulatorio: un estudio descriptivo. *Actas Esp Psiquiatr*, 47(3), 88-96.
- De León, J. M. R. S., y Pedrero, E. J. (2014). *Neuropsicología de la adicción*. Editorial Médica Panamericana.
- De Lucas Moreno, G. (2013). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=98113>
- Del Barrio Gándara, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
- Del Castillo Rodríguez, J. A. G. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 5-14.
- Del Moral, M., Fernández, P. L., Ladero, L., y Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En L. Ladero y L. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias* (pp.1-25). Madrid (ES): Medica Panamericana.
- Del Río, F. P. (2011). *Estudios sobre adicciones: Perfiles de Drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. Diputación Provincial de Burgos.
- Dennhardt, A. A., y Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive behaviors*, 38(10), 2607-2618.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R., Martín, G., Alvarez-Monteserín, M.A., Rincón, C. y Sardinero, F. (2004). Indefensión Aprendida, escasa calidad de vida y dificultades en la educación familiar. *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*, 3(7), 123- 162.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 653-663.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Donnelly, K., Bracchi, R., Hewitt, J., Routledge, P. A., y Carter, B. (2017). Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and metaanalysis. *Plos One*, 12(4), e0174730
- Dos Santos Rigoni, M., Quarti Irigaray, T., Duarte de Moraes, J. F., Ferrão, Y., y da Silva Oliveira, M. (2014). Neuropsychological performance and demographic characteristics in alcoholic patients in treatment. *Adicciones*, 26(3), 221-229.

- Draper, B., Karmel, R., Gibson, D., Peut, A., y Anderson, P. (2011). Alcohol-related cognitive impairment in New South Wales hospital patients aged 50 years and over. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(11), 985-992.
- Edlund, M.J., Forman-Hoffman, V.L., Winder, C.R., Heller, D. C., Kroutil, L.A., Lipari, R.N. y Colpe, L.J. (2015). Opioid abuse and depression in adolescents: results from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 131-138.
- Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59, 225-242.
- Emmelkamp, P. M., y Vedel, E. (2012). *Evidence-Based Treatments for Alcohol and Drug Abuse: A Practitioner's Guide to Theory, Methods, and Practice*. Routledge.
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Pradhan, S., Bullmore, E. T., y Robbins, T. W. (2010). Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological psychiatry*, 68(8), 770-773. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.06.015
- Escohotado, A. (1998). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (2008). *Historia general de las Drogas*. Madrid: Espasa
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. *European Drug Report: Trends and Developments [Internet]*. Lisbon: EMCCDA; 2016. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2016>.
- Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E., y Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and alcohol review*, 31(1), 81-90.
- Fein, G. E. O. R. G. E., Bachman, L., Fisher, S., & Davenport, L. (1990). Cognitive impairments in abstinent alcoholics. *Western Journal of Medicine*, 152(5), 531
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R. y García-Portilla, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(3), 180-190.
- Fernández-Hermida, J. J. (2008). Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. *Barcelona. Socidrogalcohol*
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., y Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406.
- Fischer, J.A., Najman, J.M., Plotnikova, M. y Clavarino, A.M. (2015). Quality of life, age of onset of alcohol use and alcohol use disorders in adolescence and young

- adulthood: Findings from an Australian birth cohort. *Drug and Alcohol Review*, 34(4), 388-396. doi: 10.1111/dar.12227
- Flores, G., Balcells, M, Uzal C. (2019) Tuc+tm trastorno X uso de alcohol y trastorno mental comórbido. *Socidroalcohol*
- Freixa i Sanfeliu, F. F. (2002). De la embriaguez al alcoholismo (Magnus Huss, 1807-1890): conceptos vigentes en el 2002. *Revista española de drogodependencias*, (2), 133-136.
- Freixa i Sanfeliu, F. y Soler Insa, P. A. (Eds.) (1981). *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Editorial Fontanella, Barcelona.
- Galán, I., González, M., y Valencia-Martín, J. L. (2014). Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 529-540.
- Galimberti, U. (2002). *Dizionario di psicologia*. Siglo XXI.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud Y Drogas*, 15(1), 5-14.
- García Moreno, M. D. R. (2003). *Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar* (Tesis doctoral) Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).
- García-Marchena, N., Araos, P., Pavón, F. J., Ponce, G., Pedraz, M., Serrano, A., Arias, F., Romero-Sanchiz, P., Suárez, J., Pastor, A., De la Torre, R., Torrens, M., Rubio, G., y Rodríguez Fonseca, F. (2017). Psychiatric comorbidity and plasma levels of 2-acyl-glycerols in outpatient treatment alcohol users. Analysis of gender differences. *Adicciones*, 29(2), 86-93.
- Gifford, E., y Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102(3), 352-361.
- Goldstein, A. (1991). Heroin addiction: neurobiology, pharmacology, and policy. *Journal of psychoactive drugs*, 23(2), 123-133.
- Gómez, J. G., y Carrobes, J. A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3(1), 87-96.
- Gómez, J. L. G., García, J. J. M., y Collado, E. N. (2007). *Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Agencia Antidroga.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581- 597.

- González-Barrón, R., Montoya I., Casullo, M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, *14*, 363-368.
- Grant, J. D., Scherrer, J. F., Lynskey, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Tsuang, M. T., y Bucholz, K. K. (2006). Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychological medicine*, *36*(1), 109-118.
- Grassi, M.C., Alessandri, G., Pasquariello, S., Milioni, M., Enea, D., Ceccanti, M., Nencini, P. y Caprara, G.V. (2014). Association between positivity and smoking cessation. *BioMed Research International*, *2014*, 1-9.
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., y Abate, K. H. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, *392*(10152), 1015-1035.
- Gutiérrez, M. y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, *30*(2), 608-619. doi: 10.6018/analesps.30.2.148131
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, *110*(1), 19-35.
- Hall, W.D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K.I. y Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, *3*(3), 265-279.
- Hopley, A. a B., y Brunelle, C. (2012). Personality mediators of psychopathy and substance dependence in male offenders. *Addictive Behaviors*, *37*(8), 947–955.
- Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Coffey, C., Patton, G. C., Tait, R., Smart, D., Letcher, P., Silins, E., y Hutchinson, D. M. (2012). Cannabis and depression: an integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug and Alcohol Dependence*, *126*(3), 369-378.
- Ignar, D. M., y Kuhn, C. M. (1990). Effects of specific mu and kappa opiate tolerance and abstinence on hypothalamo-pituitary-adrenal axis secretion in the rat. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, *255*(3), 1287-1295.
- Instituto de la Mujer (2006). *III macroencuesta sobre violencia contra las mujeres*. From <http://www.inmujer.gob.es/>
- Instituto Provincial de Bienestar Social (2017). *Memoria de la Unidad de Drogas y Adicciones*. UDA Córdoba
- Jellinek, E. M. (1960). The disease concept of alcoholism.

-
- Joos, L., Goudriaan, A. E., Schmaal, L., De Witte, N. A. J., Van den Brink, W., Sabbe, B. G. C., y Dom, G. (2013). The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients. *Psychopharmacology*, 226(2), 273-283.
- Koob, G. F., y Simon, E. J. (2009). The neurobiology of addiction: where we have been and where we are going. *Journal of drug issues*, 39(1), 115-132.
- Koob, G.F., Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatr*, 3: 760-73.
- Koyama, A., Steinman, M., Ensrud, K., Hillier, T.A., y Yaffe, K. (2013). Ten-year trajectory of potentially inappropriate medications in very old women: importance of cognitive status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61 (2), 258-63
- Kreek, M. J., Ragunath, J., Plevy, S., Hamer, D., Schneider, B., y Hartman, N. (1984). ACTH, cortisol and β -endorphin response to metyrapone testing during chronic methadone maintenance treatment in humans. *Neuropeptides*, 5(1-3), 277-278.
- Lader, M. (1991). History of benzodiazepine dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 8 (1-2), 53-9
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited—will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-2109.
- Lader, M., Tylee, A., y Donoghue, J. (2009). Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS drugs*, 23(1), 19-34.
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1-13.
- Lane, S. D., Moeller, F. G., Steinberg, J. L., Buzby, M., y Kosten, T. R. (2007). Performance of cocaine dependent individuals and controls on a response inhibition task with varying levels of difficulty. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 33(5), 717-726. doi: 10.1080/00952990701522724
- Laporte, J. (1976). *Les drogues*. Barcelona: Ediciones 62.
- Lara Peinado, F. (1986). *Código de Hammurabi*. Tecnos.
- Lara, M.D., Bermúdez, J. y Pérez-García. A.M. (2013). Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 345- 366. doi: 10.14204/ejrep.30.13036
- Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of studies on alcohol*, 39(1), 143-174.

- Li, W., Li, Q., Zhu, J., Qin, Y., Zheng, Y., Chang, H., ... y Wang, W. (2013). White matter impairment in chronic heroin dependence: a quantitative DTI study. *Brain research*, 1531, 58-64.
- Liu, J., Qin, W., Yuan, K., Li, J., Wang, W., Li, Q., ... y Tian, J. (2011). Interaction between dysfunctional connectivity at rest and heroin cues-induced brain responses in male abstinent heroin-dependent individuals. *PloS one*, 6(10), e23098.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., y Lizasoain, I. D. (1998). farmacología. *Patología. Psicología. Legislación. Panamericana SA. MADRID*.
- Lozano, E.A., Salinas, C. y Carranza, J.A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20 (1), 69-79.
- Lozano, M., Hernández, M., Turró, O., Pericot, I., López-Pousa, S. y Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer*, 43, 4-11.
- Malmberg, M., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., Vollebergh, W. a M., y Engels, R. C. M. E. (2010). Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 474-485.
- Maple, K. E., Thomas, A. M., Kangiser, M. M., y Lisdahl, K. M. (2019). Anterior cingulate volume reductions in abstinent adolescent and young adult cannabis users: Association with affective processing deficits. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 288, 51-59.
- Marmorstein, N. R. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(1), 49-59.
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S. y Gras, M.A. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 102, 47-53.
- McKetin, R., Parasu, P., Cherbuin, N., Eramudugolla, R., y Anstey, K. J. (2016). A longitudinal examination of the relationship between cannabis use and cognitive function in mid-life adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 169, 134-140.
- Meier, M. H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R. S., ... y Moffitt, T. E. (2012). Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(40), E2657-E2664.
- Mental, H. S. A. U., y Office of the Surgeon General (US). (2016). Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health.

- Mimenza, O. C. (2018). Diferencias entre DSM-5 y CIE-10. *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10>
- Mimenza, O. C. (2018). Benzodiacepinas (psicofármaco): usos, efectos y riesgos. *Psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/psicofarmacologia/benzodiacepinas>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESDIP). From http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESDIP.htm
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2017) *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)*. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2018) *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)*. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2016-2017) *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)*. Recuperado de : http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría General Técnica (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Centro de Publicaciones y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio del Interior. Dirección General de tráfico (2014) *El alcohol y la conducción* Madrid. DGT. Recuperado de http://www.dgt.es/PEVI/documentos/catalogo_recursos/didacticos/did_adultas/alcohol.pdf
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 503-508.
- Moral, M.V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana L. y Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15, 27.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 695-699.

- National Institute on Drug Abuse NIDA. (2017). *La marihuana*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>
- National Institute on Drug Abuse NIDA. (2018). *La cocaína*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina>
- National Institute on Drug Abuse NIDA. (2018). *La heroína*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-heroina>
- National Institute on Drug Abuse NIDA. (2018). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>
- National Library of Medicine. (2018). *Cerebral hypoxia*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/ency/article/001435.htm>
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature neuroscience*, 8(11), 1445.
- Obra Social Fundación “La Caixa” (2010). *Programa de prevención del consumo de drogas*. From www.hablemosdedrogas.org
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016) *Informe 2016, alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de <http://www.pnsd.mssi.gob.es/>
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías OEDA (2018). *Informe 2018. alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro de Publicaciones
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2014). *Informe Europeo sobre Drogas y Toxicomanías*. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/963/TDAT14001ESN.pdf>
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2016). *Informe Europeo sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018), *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Ochoa E., Molins S. Seijo P., (2019) Tucc+tm trastorno X uso de cocaína y otros trastornos mentales. *Socidrogacohol*
- Organización Mundial de la Salud OMS (1992). *International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. Geneva

- Organización Mundial de la Salud OMS. (2017) Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS: 20ª lista
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.
- Pacek, L. R., Martins, S. S., y Crum, R. M. (2013). The bidirectional relationships between alcohol, cannabis, co-occurring alcohol and cannabis use disorders with major depressive disorder: results from a national sample. *Journal of Affective Disorders*, 148(2), 188-195.
- Pariante, A., de Gage, S. B., Moore, N., & Bégau, B. (2016). The benzodiazepine–dementia disorders link: Current state of knowledge. *CNS drugs*, 30(1), 1-7.
- Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*, 37-82.
- Patton, J. H., y Stanford, M. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Pedrero-Pérez, E., Roja-Mota, G., Ruiz-Sánchez, J.M., Llanero-Luque, M., y Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52 (3), 163-172.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books/DC Heath and Com.
- Peláez, I. A., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 16(2), 115-126.
- Pelletier, S., Nalpas, B., Alarcon, R., Rigole, H., y Perney, P. (2016). Investigation of Cognitive Improvement in Alcohol-Dependent Inpatients Using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Score. *Journal of Addiction*, 2016.
- Pereiro C y, Fernandez J (Coord) (2018) *Guía de Adicciones para especialistas en formación*. Edita: Socidrogalcohol.
- Perry, R. I., Krmptich, T., Thompson, L. L., Mikulich-Gilbertson, S. K., Banich, M. T., y Tanabe, J. (2013). Sex modulates approach systems and impulsivity in substance dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, 133(1), 222-227. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.032
- Phillips, J. L., y Wynne, R. D. (1980). *Cocaine, the Mystique and the Reality*. Avon Books.
- Platt, M. L., Watson, K. K., Hayden, B. Y., Shepherd, S. V., y Klein, J. T. (2010). Neuroeconomics: Implications for understanding the neurobiology of addiction. In *Advances in the Neuroscience of Addiction* (pp. 202-228). CRC Press.

- Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.
- Poulos, C. X., Hinson, R. E., y Siegel, S. (1981). The role of Pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implications for treatment. *Addictive Behaviors*, 6(3), 205-211.
- Pulcheiro, G., y Bicca, C. (2002). Avaliação dos Transtornos Comórbidos. In G. Pulcherio, C. Bicca and F. A. Silva, *Alcohol, outras drogas, informações: o que cada professional precisa saber* (pp. 79-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quinn, H. R., Matsumoto, I., Callaghan, P. D., Long, L. E., Arnold, J. C., Gunasekaran, N., ... y Matsuda-Matsumoto, H. (2008). Adolescent rats find repeated Δ 9-THC less aversive than adult rats but display greater residual cognitive deficits and changes in hippocampal protein expression following exposure. *Neuropsychopharmacology*, 33(5), 1113.
- Ramos, P. y Moreno, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Health and Addictions*, 10, 13-36.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Reynaud, E. (2016) La marihuana (*Cannabis sativa*), un panorama científico. Recuperado de: http://www.acmor.org.mx/descargas/16_abr_25_mariguana.pdf
- Roberts, W., Miller, M. A., Weafer, J., y Fillmore, M. T. (2014). Heavy drinking and the role of inhibitory control of attention. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 133.
- Roca, M., Monzón, S., Vives, M., López-Navarro, E., Garcia-Toro, M., Vicens, C., ... y Gili, M. (2015). Cognitive function after clinical remission in patients with melancholic and non-melancholic depression: a 6-month follow-up study. *Journal of affective disorders*, 171, 85-92.
- Rodríguez Álvarez, C. (2017) *Caracterización de la impulsividad medida con la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) en una muestra de pacientes colombianos con enfermedad de Huntington*. Otra thesis, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá.
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E.J., Ruiz-Sánchez, J.M., Llanero-Luque, M. y Puerta-García C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias. La evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de neurología*, 56 (3), 129-136.
- Rubino, T., Realini, N., Braidà, D., Guidi, S., Capurro, V., Viganò, D., ... y Parolaro, D. (2009). Changes in hippocampal morphology and neuroplasticity induced by

- adolescent THC treatment are associated with cognitive impairment in adulthood. *Hippocampus*, 19(8), 763-772.
- Salazar, I., y Rodríguez, A. (1994). Conceptos básicos en drogodependencias. E. Becoña, I. Salazar, I. & Rodríguez, A.(eds.), *Drogodependencias*, 21-55.
- Salvo, L., Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. doi: 10.4067/S0717-92272013000400003
- Sanchez-Hervás, E., Bou, N. M., Gurrea, R. D. O., Gradolí, V. T., y Gallús, E. M. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació psicològica*, (80), 51-59.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R., y Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Smink, B. E., Egberts, A. C., Lusthof, K. J., Uges, D. R., & De Gier, J. J. (2010). The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents. *CNS drugs*, 24(8), 639-653.
- Soler, G. C., Balcells, O. M., y Gual, S. A. (2014). Alcohol related brain damage. State of the art and a call for action. *Adicciones*, 26(3), 199.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E. y Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality individual differences*, 47(5), 385-395. doi: 10.1016/j.paid.2009.04.008
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., y Slosman, K. S. (2018). *Emotion regulation treatment of alcohol use disorders: Helping clients manage negative thoughts and feelings*. Routledge.
- Tanner-Smith, E.E., Wilson, S.J. y Lipsey, M.W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158.
- Tayfur, O. (2012). The Antecedents and Consequences of Learned Helplessness in Work Life. *Information Management and Business Review*, 4 (7), 417-427.
- Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., y Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 22.
- Torrens, M. y Martínez-Sanvisens, D. (2009). *Patología dual: Protocolos de intervención. Depresión*. Barcelona, España: Edikamed.
- Torrens, M., Martínez-Sanvisens, D., Martínez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N., y Ruiz, P. (2011). Dual diagnosis: focusing on depression and recommendations for treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(2), 50-59.

- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de neurología*, 54 (12), 750-760.
- United Nations Office on Drugs and Crime UNODC. (2018). *World Drug Report*. Viena
- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug UNODC (2017). *Global SMART Update, volumen 18*.
- US Food and Drug Administration. (2016). *Comunicado de la FDA sobre la Seguridad de los Medicamentos*. Recuperado de <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/la-fda-insta-tener-precaucion-al-denegar-medicamentos-para-la-adiccion-opioides-pacientes-que-toman>
- Valois, R.F. y Zullig, K.J. (2013). Psychometrics of a brief measure of emotional self-efficacy among adolescents from the United States. *Journal of School Health*, 83(10), 704-711.
- Verdejo, A., López, F., Orozco, C. y Pérez, G.M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14 (3), 1-26.
- Verrico, C. D., Gu, H., Peterson, M. L., Sampson, A. R., & Lewis, D. A. (2014). Repeated Δ 9-tetrahydrocannabinol exposure in adolescent monkeys: persistent effects selective for spatial working memory. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 416-425.
- Villalobos, J. R. V., y Pacheco, D. F. P. (2009). La historia de la fitoterapia en Egipto: un campo abierto a múltiples disciplinas. *Medicina naturista*, 3(2), 101-105.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., y Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *The Journal of clinical investigation*, 111(10), 1444-1451.
- Vorspan, F., Mehtelli, W., Dupuy, G., Bloch, V., y Lépine, J. P. (2015). Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(4), 1-7.
- Wang, X., Li, B., Zhou, X., Liao, Y., Tang, J., Liu, T., ... y Hao, W. (2012). Changes in brain gray matter in abstinent heroin addicts. *Drug and alcohol dependence*, 126(3), 304-308.
- World Health Organization OMS (2018) *Informe Mundial sobre Alcohol y Salud Global status report on alcohol and health*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- World Health Organization. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas.
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.

Wray, T.B., Dvorak, R.D., Hsia, J.F., Arens, A.M. y Schweinle, W.E. (2013). Optimism and pessimism as predictors of alcohol use trajectories in adolescence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 58-68.

Zullig, K.J., Teoli, D.A. y Valois, R.F. (2014). Emotional self-efficacy and alcohol and tobacco use in adolescents. *Journal of Drug Education*, 44(1-2), 51-66.

http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7548 La OMS publica la versión final de la CIE-11

<https://www.infodrogas.org/drogas/alcohol?start=1> (Unidad de bebida estándar)

<https://www.infodrogas.org/drogas/heroina> (sobre heroína)

<https://www.infodrogas.org/drogas/alcohol> (sobre tipos de bebidas)

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Fecha: ----- Código:
2. Apellidos: Nombre:
3. Sexo:
 - Mujer
 - Hombre
4. Fecha Nacimiento: Edad:
5. Natural de: País:
6. Dirección: C. Salud:
7. Estado civil:
 - Casada/o
 - Soltera/o
 - Viuda/o
8. Máximo nivel de estudios completados:
 - No sabe leer ni escribir
 - No ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria
 - Ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria
 - Ha finalizado la Educación Secundaria obligatoria
 - Ha finalizado Bachillerato o ciclo formativo de grado medio
 - Ha finalizado estudios superiores
9. Situación laboral:
 - Con contrato o relación laboral indefinida o autónomo (aunque esté de baja)
 - Con contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)
 - Trabajando sin sueldo para la familia
 - Parada/o, NO habiendo trabajado antes
 - Parada/o, habiendo trabajado antes
 - Incapacitada/o permanente, pensionista
 - Estudiando u opositando
 - Realizando exclusivamente labores del hogar
 - En otra situación. Especificar

10. Nivel de estudios:
- No sabe leer ni escribir
 - No ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria
 - Ha finalizado la Educación Primaria Obligatoria
 - Ha finalizado la Educación Secundaria obligatoria
 - Ha finalizado Bachillerato o ciclo formativo de grado medio
 - Ha finalizado estudios superiores
11. Convivencia actual (últimos 6 meses):
- Solo/a
 - Únicamente con pareja
 - Únicamente con hijos/as
 - Con pareja e hijos/as
 - Con padres o familia de origen
 - Con amigos/as
 - Detenido
 - En instituciones no detenido (ej.: albergue)
 - Otros. Especificar
12. Lugar en que ha vivido en los 30 días previos a la admisión a tratamiento
- Casa, piso, apartamento
 - Centro penitenciario (o similar)
 - Otra institución
 - Pensión, hostel, hotel
 - Alojamiento inestable/precario
 - Otro lugar. Especificar
11. Sustancia que motiva la demanda:
12. Edad en el primer consumo
13. Edad de inicio de consumo abusivo
14. Frecuencia de consumo durante los 30 días previos a la admisión a tratamiento
- Todos los días
 - 4-6 días/semana
 - 2-3 días/semana
 - 1 día /semana
 - Menos de 1 día/semana
 - No consumió
15. Otras drogas consumidas en los últimos 30 días:

- Droga1
- Droga2
- Droga3

Anexo 2. Consentimiento Informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El/la abajo firmante autoriza al equipo terapéutico del centro acceder a los ficheros automáticos del SIPASDA y a tratar informáticamente los datos personales, económicos, sanitarios, judiciales y administrativos por mi suministrados, datos todos ellos que serán usados al único efecto de realizar la investigación prevista en mi proceso terapéutico.

Se me informa conforme lo dispuesto en el artículo 5 de la LOPD, de la identidad y dirección del responsable del fichero.

Asimismo, yo, D./D^a quedo igualmente informado/a de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

Fdo:..... Fdo:.....

D.N.I.:..... D.N.I.....

(Autorización de padre/madre o tutor legal en caso de ser menor de edad)

El centro..... hace constar que los datos de identificación y la firma del interesado/a han sido cotejados con su DNI, cuya fotocopia obra en el expediente.

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Nombre.....Estado Civil..... Edad..... Sexo....
OcupaciónEducación.....Fecha.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Después elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

1.- Estado de Ánimo

- 0.- No me siento triste.
- 1.- Me siento triste.
- 2.-Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3.- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.- Pesimismo.

- 0.- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
- 1.- Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2.- Siento que no tengo que esperar nada.
- 3.- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3.- Sentimientos de Fracaso.

- 0.- No me siento fracasado.
- 1.- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
- 2.- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
- 3.- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.- Insatisfacción.

- 0.- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 1.- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2.- Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas
- 3.- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.- Sentimientos de Culpa.

- 0.- No me siento especialmente culpable.
- 1.- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2.- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3.- Me siento culpable constantemente.

6.- Sentimientos de Castigo.

- 0.- No creo que esté siendo castigado.
- 1.- Me siento como si fuese a ser castigado.
- 2.- Espero ser castigado.
- 3.- Creo que estoy siendo castigado.

7.- Disconformidad con uno Mismo.

- 0.- No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1.- Estoy decepcionado conmigo mismo
- 2.- Me da vergüenza de mí mismo.
- 3.- Me detesto

8.- Autocrítica

- 0.- No me considero peor que cualquier otro.
- 1.- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- 2.- Continuamente me culpo por mis faltas
- 3.- Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9.- Pensamientos o deseos Suicidas.

- 0.- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1.- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2.- Me gustaría suicidarme
- 3.- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.- Periodos de Llanto.

- 0.- No lloro más de lo normal
- 1.- Ahora lloro más que antes
- 2.- Lloro continuamente.
- 3.- Antes podía llorar, ahora no lloro ni queriendo.

11.- Irritabilidad.

- 0.- No estoy más irritado de lo normal.
- 1.- Me molesto e irrito más fácilmente que antes
- 2.- Me siento irritado continuamente

- 3.-No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

12.- Aislamiento Social.

- 0.- No he perdido el interés por los demás.
- 1.- Estoy menos interesado por los demás que antes
- 2.- He perdido la mayor parte del interés por los demás
- 3.- He perdido todo el interés por los demás

13.- Indecisión.

- 0.- Tomo mis decisiones como siempre.
- 1.- Evito tomar decisiones más que antes.
- 2.- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- 3.- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.- Imagen Corporal.

- 0.- No creo tener peor aspecto que antes.
- 1.- Me temo que ahora parezco más viejo y poco atractivo.
- 2.- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 3.- Creo que tengo un aspecto horrible

15.- Capacidad Laboral.

- 0.- Trabajo igual que antes
- 1.- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.
- 2.- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- 3.- No puedo hacer nada en absoluto.

16.- Trastornos del Sueño.

- 0.- Duermo tan bien como siempre.
- 1.- No duermo tan bien como antes.
- 2.- Me despierto una ó dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.
- 3.- Me despierto más de dos horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir

17.- Cansancio o Fatiga

- 0.- No me canso más de lo normal.
- 1.- Me canso más fácilmente que antes.
- 2.- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3.- Estoy demasiado cansado para hacer algo.

18.- Pérdida de Apetito.

- 0.- Mi apetito no ha disminuido
- 1.- No tengo tan buen apetito como antes
- 2.- Ahora tengo mucho menos apetito
- 3.- He perdido totalmente mi apetito.

19.- Pérdida de Peso.

- 0.- Últimamente no he perdido peso últimamente.
- 1.- He perdido más de 2,5 Kg.
- 2.- He perdido más de 5 Kg.
- 3.- He perdido más de 7 Kg.

20.- Hipocondría.

- 0.- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
- 1.- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2.- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- 3.- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21.- Pérdida de Interés en el Sexo.

- 0.- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1.- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- 2.- A penas me siento interesado por el sexo.
- 3.- He perdido todo mi interés por el sexo.

Anexo 4 Evaluación Cognitiva Montreal

EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL (MoCA) (Nasreddine et al., 2005).

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____ Nivel de estudios: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____ FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA							Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos ___/5
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
IDENTIFICACIÓN							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras. El paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerde las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO			Sin puntos
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa. [] 7 4 2							___/2
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB							___/1
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos. 2 o 3 correctas: 2 puntos. 1 correcta: 1 punto. 0 correctas: 0 puntos.							___/3
LENGUAJE		Repetir: El gato se escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []							___/2
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)							___/1
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla							___/2
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente		___/5
Optativo		Pista de categoría Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30					TOTAL		___/30
		Añadir 1 punto al ítem ≤ 12 años de estudios							

Anexo 5. Escala de Impulsividad de Barrat

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT (BIS-11)

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi Siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Puntuación total: I. Cognitiva: I. Motora: I. no Planeada.....

Anexo 6. Variables Psicológicas

POSITIVIDAD

A continuación, y en las páginas siguientes te presentamos una serie de afirmaciones. Por favor indica el grado en el que te identificas con cada una de las afirmaciones. Ten en cuenta que la escala de respuestas oscila entre 1 (que indica que no te identificas para nada con la afirmación) y 7 (que indica que te identificas completamente con ella).

1. Tengo una gran confianza en el futuro
2. Generalmente tengo mucha confianza en mí mismo/a
3. Cuando lo necesito, habitualmente tengo a alguien con quien puedo contar
4. Miro al futuro con esperanza y entusiasmo
5. En conjunto, estoy satisfecho conmigo
6. A veces, el futuro me parece verdaderamente oscuro
7. Pienso que no tengo mucho de lo que estar orgulloso
8. Estoy satisfecho con mi vida

POSITIVIDAD

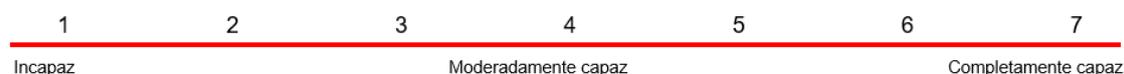


AUTOEFICACIA PARA REGULAR LAS EMOCIONES POSITIVAS

Hasta qué punto te sientes capaz de...

1. Expresar felicidad cuando te sucede algo bueno
2. Disfrutar de tus éxitos
3. Expresar satisfacción cuando consigues los objetivos que te has propuesto
4. Expresar libremente alegría y entusiasmo en fiestas y en encuentros con amigos

AUTOEFICACIA PARA REGULAR LAS EMOCIONES POSITIVAS



AUTOEFICACIA PARA REGULAR LAS EMOCIONES NEGATIVAS

Hasta qué punto te sientes capaz de...

1. Evitar desmoralizarte cuando recibes una dura crítica
2. No deprimirte ante las dificultades
3. Superar la frustración de que los demás no te valoren
4. Evitar entristecerte cuando estás lejos de las personas que quieres
5. Evitar enfadarte cuando los otros actúan mal contigo
6. Sentirte mejor rápidamente después de sufrir una injusticia
7. No perder el control cuando estás muy enfadado.
8. Controlar el mal humor cuando las personas que quieres te critican

GLOSARIO DE TÉRMINOS

El objetivo de este glosario de términos es facilitar a los lectores la mayor comprensión y entendimiento en el tema de las adicciones, está basado y ha sido elaborado tras el estudio y análisis del glosario de términos de alcohol y drogas. (World Health Organization., 1994). y (Becoña y Cortés, 2016).

Abstinencia (Withdrawal). Estado de privación del consumo de drogas o alcohol. El término abstemio se refiere a las personas que no consumen alcohol. Cuando se habla de una persona abstinentes se refiere a una persona que no ha consumido alcohol ni drogas en los 12 meses anteriores. No confundir el término “abstinencia” con “síndrome de abstinencia”

Abuso de sustancias psicoactivas. Se refiere al uso continuado de una sustancia psicoactiva a pesar de las consecuencias negativas (físicas, psicológicas, sociales, económicas, familiares o de otro tipo) que ello conlleva en la persona y en su entorno.

Acetaldehído. Es el principal producto del metabolismo del etanol. El acetaldehído se forma por la oxidación del etanol, principalmente por la enzima alcohol deshidrogenasa.

Adicción a drogas. Alude al consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas que produce en la persona intoxicación periódica o de forma continua, con un deseo compulsivo de consumirla, y enorme dificultad para abandonar o modificar el mismo, a su vez provoca una conducta de búsqueda de dicha sustancia por cualquier medio a su alcance. Generalmente hay una marcada tolerancia y un síndrome de abstinencia que se manifiesta cuando se interrumpe el consumo.

Adicción comportamental. Se refiere a conductas adictivas sin que intervenga ninguna sustancia psicoactiva, (juego patológico, redes sociales, compras, etc.).

Administración, vía de. Es la manera en la que una sustancia se introduce en el organismo. Son las siguientes: oral; inyección intravenosa (IV), subcutánea o intramuscular; inhalación; fumada, o por absorción a través de la piel o la superficie de las mucosas, como las encías, el recto o los genitales.

Agonista (agonist). Sustancia que actúa en un receptor neuronal específico para generar efectos semejantes a los de una droga de referencia; por ejemplo, la metadona se comporta como un agonista, similar a la morfina, frente a los receptores opiáceos.

Alcaloides. Son compuestos químicos que representan los principios activos, de numerosas plantas y compuestos sintéticos. Se caracterizan por producir efectos farmacológicos sobre el organismo. La heroína, cocaína, nicotina, etc. contienen alcaloides.

Alcohol. Es una sustancia que se obtiene bien por fermentación (ej., vino, cerveza) o por destilación (ej., aguardiente, brandy, ron, etc.) su principal compuesto es el etanol. Es un depresor del sistema nervioso central y su consumo a partir de cierta dosis altera el estado de conciencia, si este es excesivo o crónico produce intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia. Ocasionando en la persona trastornos mentales, físicos y orgánicos.

Alcoholismo Se refiere al consumo crónico y continuado con dificultad para conseguir la abstinencia o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre el consumo, con episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

Alcoholemia Concentración de alcohol (etanol) en la sangre. En España los límites de alcoholemia son, en conductores en general: 0,5 mg/l en sangre y en conductores noveles y profesionales: 0,3 mg/l en sangre.

Alucinógenos. Son sustancias psicoactivas (ej., LSD, mescalina, peyote, etc.) que producen alteraciones profundas en la percepción, y el pensamiento de la persona, similares a las provocadas por las psicosis funcionales. También pueden producir oscilaciones emocionales rápidas e intensas.

Alucinosis. La alucinosis alcohólica o cocaínica, es un trastorno psicótico que se caracteriza por alucinaciones visuales y auditivas que pueden acompañarse de delirios.

Anfetaminas. Sustancias con un efecto psicoestimulante sobre el sistema nervioso central, provoca sensaciones de alerta, e incremento de energía, aumenta la confianza y la autoestima. Tienen un alto potencial adictivo cuando se consume por vía intravenosa. En personas dependientes producen ansiedad intensa pero temporal, así como ideación paranoide y episodios psicóticos parecidos a los de la esquizofrenia tipo paranoide.

Antagonista. Sustancia que interacciona con un receptor específico, lo bloquea e inhibe la acción de la sustancia o fármaco que actúa como agonistas, por lo que deja de tener el efecto psicoactivo (ej., la naltrexona en personas dependientes de opiáceos).

Atracones de bebida. También llamado consumo intensivo de alcohol, (binge drinking), se consume 5 o más bebidas para los hombres y 4 o más para las mujeres en un periodo de tiempo corto (2 horas). Es la forma de consumo más dañina

Automedicación. Teoría que afirma que algunas personas utilizan el consumo de drogas y/o alcohol para aliviar o reducir el malestar ocasionado por una enfermedad, trastorno mental o un problema emocional, consiguiendo una mejoría temporal de sus malestares, pero adentrándose en un consumo continuado de esa sustancia.

Benzodiacepinas. Son psicofármacos con funciones sedantes, hipnóticas, relajantes y antiepilépticos. Su utilización ha de ser bajo prescripción médica ya que su consumo continuado a lo largo del tiempo suele producir dependencia y su abandono brusco síndrome de abstinencia. Con frecuencia se produce un consumo inadecuado, por el abuso que se produce fuera del contexto médico y al asociarse al consumo de alcohol y opiáceos.

Cannabis Planta (*Cannabis sativa*) con efectos psicoactivos, su componente más importante del cannabis es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Puede provocar, intoxicación (ej., euforia, ansiedad, desconfianza, etc.), dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, etc. Es la droga ilegal actualmente más consumida.

Circuito de recompensa. Circuito cerebral responsable del placer o recompensa en los seres humanos. Regula funciones básicas como la comida o la reproducción. También regula el efecto producido por el consumo de drogas.

Codependiente. Se refiere a la persona que está muy unida al enfermo adicto, cuya vida y estado emocional oscila en función de la vida del adicto.

Cocaína. Sustancia que se extrae del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*), es un poderoso estimulante del SNC, produce euforia, alerta, insomnio, etc. Su consumo continuado provoca dependencia. Suele consumirse en diversas preparaciones como el clorhidrato de cocaína (alcaloide), basuco (elaborada con residuos de cocaína), crack creada a partir de la combinación de clorhidrato de cocaína y bicarbonato sódico.

Compulsión Es un deseo fuerte e irreprimible de consumir la sustancia (o sustancias).

Crash. Se refiere a la rapidez con que aparecen de los síntomas de abstinencia

Crack. Es una preparación con pasta base de cocaína amalgamada con bicarbonato sódico.

Craving. Deseo intenso e irreprimible de consumir una sustancia psicoactiva o de experimentar los efectos derivados de su consumo.

Cristal. Se refiere a una de las formas de referirse a la metanfetamina

Chino. Alude a la heroína fumada, esta, se calienta sobre un papel de aluminio, aplicando la llama por debajo del papel e inhalando sus vapores por la nariz o la boca. con un rulo de papel de aluminio.

Delírium tremens Hace referencia al síndrome de abstinencia de alcohol. Es un estado psicótico agudo que se produce durante la fase de abstinencia en las personas dependientes del alcohol y que se caracteriza por confusión, desorientación, ideas paranoides, delirios, ilusiones, alucinaciones (normalmente visuales o táctiles y con menor frecuencia auditivas, olfativas) inquietud, distracción, temblor (que a veces es grosero), sudor, taquicardia e hipertensión. Suele ir precedido de signos de síndrome de abstinencia simple. Aparece 48 horas o más después de la interrupción o la reducción del consumo de alcohol, aunque a veces tarda en aparecer una semana.

Dependencia de sustancias psicoactivas. Conjunto de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos característico de la persona que continúa consumiendo la droga, a pesar de las consecuencias negativas., con un patrón de autoadministración repetida.

Dependencia física. Actualmente se denomina neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener determinados niveles de droga en el organismo desarrollando el vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo.

Dependencia psíquica o psicológica. Es un deseo irreprimible o craving de repetir el consumo de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos; o para evitar el malestar que se siente con su ausencia.

Depresor Se refiere a una sustancia que suprime, inhibe o reduce la actividad del sistema nervioso central (SNC). Los principales grupos de depresores del SNC son los sedantes/hipnóticos, los opiáceos y los neurolépticos. Algunos ejemplos de depresores son el alcohol, los barbitúricos, los anestésicos, las benzodiazepinas.

Desinhibición Se refiere al estado de liberación de las inhibiciones internas que influyen en el comportamiento de una persona. Puede aparecer tras el consumo de una sustancia psicoactiva.

Desintoxicación Consiste en la superación de la dependencia física mediante el proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia que se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia.

Deterioro del control del consumo Es la incapacidad para controlar el consumo de sustancias psicoactivas; una vez experimentados sus efectos iniciales

Dopamina. Es un neurotransmisor fundamental en el circuito de recompensa cerebral. Está relacionada con la motivación, estrés, ánimo. Durante el consumo de algunas sustancias psicoactivas se produce un aumento de la liberación de dopamina, incrementándose la sensación de placer. Al cronificarse el consumo se producen alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor, con lo cual se ha de aumentar la cantidad consumida de la sustancia (tolerancia) para lograr los mismos efectos anteriores.

Droga. Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.

Drogas de diseño o síntesis. Son sustancias químicas nuevas con propiedades psicoactivas que se elaboran a partir de la metanfetamina para su venta ilegal.

Escalada. Es un proceso de consumo progresivo y ascendente tanto en la cantidad, frecuencia como intensidad. La persona intenta prolongar o aumentar la intensidad de los efectos esperados por el consumo de drogas. También se refiere al salto desde drogas

legales (alcohol y tabaco) hacia drogas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, etc.).

Esnifar. Es la autoadministración de la sustancia por vía inhaladora.

Estimulante. Es una sustancia psicoactiva que potencia o incrementa la actividad neuronal. (ej., el café, la cocaína, el éxtasis).

Estupefaciente. Se aplica a las drogas ilegales.

Éxtasis o MDMA (metilendioximetanfetamina). Es una sustancia de tipo anfetamínico, con un perfil entre la anfetamina y el LSD.

Factor de riesgo. Elemento que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas.

Factor de protección. Elemento que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas.

Habituaición. Es el acostumbramiento a una sustancia por su consumo continuado.

Hachís. Véase cannabis. Se refiere a la resina de la planta con una alta concentración de THC que se suele consumir fumada mezclada con tabaco

Heroína (diacilmorfina). Se trata de un alcaloide semisintético, derivado de la morfina. Es el principal opiáceo consumido ilegalmente.

Hipnótico/Sedante Es un depresor del sistema nervioso central que alivia la ansiedad e induce tranquilidad y sueño.

Intoxicación. Es un estado consecutivo a la ingestión de sustancias psicoactivas o alcohol en el que se altera el nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado de ánimo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológicas y psicológicas.

Ludopatía (gambling) o Juego Patológico es un trastorno adictivo. incluido en el DSM V y en el CIE10 que se caracteriza por una conducta de juego perjudicial y recurrente.

Metadona. Es un opiáceo sintético utilizado en el tratamiento de personas con dependencia de opiáceos.

Neuroadaptación. Se refiere a una serie de cambios a nivel cerebral que se produce en personas que han consumido una sustancia psicoactiva de forma repetida.

Opiáceos. Se refieren al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio (*Papaver somniferum*), inducen analgesia, euforia y, en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria.

Opioide, endógeno Se refiere a los opiáceos que produce el cuerpo de forma natural, existen principalmente dos grupos: las encefalinas y las endorfinas.

Peyote Son alucinógenos de varios tipos de cactus (*Lophophora williamsii*, *Anhalonium lewinii*). La mescalina es su principio activo.

Politoxicomanía o uso de sustancias múltiples. Se refiere al diagnóstico de dependencia de varias sustancias, (ej. dependencia al alcohol y al juego).

Policonsumo de drogas Alude al consumo de más de una droga al mismo tiempo con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga (ej. cocaína y alcohol).

Potencial adictivo de una droga. Capacidad de una sustancia de producir dependencia.

Priming. Es el deseo irreprimible de continuar consumiendo la sustancia de la cual se ha desarrollado adicción., una vez que se ha iniciado el mismo.

Recaída Es la vuelta al consumo de la sustancia con la restauración de los síntomas de dependencia. Es necesario diferenciar entre recaída y desliz que se refiere a un consumo aislado.

Receptores. Son los mensajeros químicos que permiten que las neuronas de nuestro sistema nervioso se comuniquen.

Rush. Es el efecto inmediato placentero e intenso que se obtiene tras la inyección intravenosa de ciertas drogas (ej., heroína, morfina, cocaína, anfetaminas, etc.).

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Es el conjunto de manifestaciones clínicas que se derivan de la pérdida de las defensas, secundaria a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Síndrome amotivacional. Caracterizado por la pérdida de interés de las situaciones sociales y la participación en actividades de todo tipo apatía, disminución de la capacidad de hacer planes complejos a largo plazo, baja tolerancia a la frustración, problemas de concentración, dificultades para seguir rutinas, etc., que aparece en los consumidores de cannabis

Síndrome de abstinencia. Conjunto de signos y síntomas que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva al eliminarla o reducirla bruscamente. Los síntomas y signos de este varían de unas a otras sustancias.

Síndrome de abstinencia agudo Conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo.

Síndrome de abstinencia condicionado Sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en una persona abstinentes al exponerse, a los estímulos ambientales que fueron condicionados, al consumo de la sustancia de la que es dependiente.

Síndrome de abstinencia tardío. Se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de la abstinencia.

Síndrome de abstinencia prolongado. Alude a los síntomas del síndrome de abstinencia, leves, que se mantienen en el tiempo durante semanas o meses tras la remisión del síndrome de abstinencia agudo.

Síndrome de dependencia. Es un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas que priorizan el consumo de la sustancia psicoactiva.

Sobredosis. Consumo intenso de una droga que produce efectos adversos agudos físicos o mentales. Puede producir la muerte.

Speedball. Es la mezcla de un estimulante y un opiáceo (ej., cocaína y heroína; anfetamina y heroína).

Sustancia psicoactiva. Se refiere a una sustancia de origen natural o sintético que, al introducirse por cualquier vía en el organismo, modifica el estado físico y mental del

individuo (ej., el estado de ánimo, la percepción, la tolerancia al dolor, la sociabilidad, etc.), pudiendo producir dependencia, síndrome de abstinencia.

Tolerancia. Es un estado de adaptación que se caracteriza por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de aumentar la dosis para provocar el mismo efecto.

Toxicomanía. Término que se refiere a la adicción a las drogas.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Alude a los trastornos que producen el consumo de sustancias psicoactivas (intoxicación, dependencia, síndrome de abstinencia).

Unidad de Bebida Estándar (UBE). Es el volumen de alcohol que contiene una bebida en gramos de alcohol. En España una UBE equivale a 10 gramos de etanol (ej., 1 vaso de vino, o 1 cerveza de 33 cl.); dos UBE a 20 gramos (ej., una copa de una bebida destilada).

Vía parenteral. Introducción de un fármaco o droga en el organismo a través de una aguja que penetra la piel. Dentro de las principales vías de administración parenteral se encuentran la intravenosa, intraarterial, intramuscular y subcutánea.

Vulnerabilidad. Indica la mayor probabilidad de daño en unas personas a causa de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y/o epidemiológicos, que condicionan decisiones, comportamientos y trayectorias de vida.

Zoopsia. Es una alucinación visual de insectos o de otros animales, frecuente en las psicosis alcohólicas (alcoholismo) y en las intoxicaciones con cocaína.