

Enfermería



I. TRASTORNOS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL

11 Alcoholismo y drogodependencias

Alcoholismo y drogodependencias

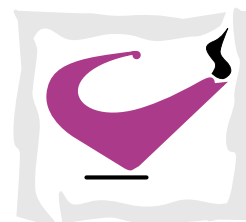
11

Pedro Cuadrado Calleja

Objetivos

Objetivos

- **Generar interés por el conocimiento de los problemas sanitarios en general y de los trastornos mentales en particular, originados por el alcohol y otras drogas.**
- **Proporcionar información precisa acerca de los drogas de abuso y de los problemas y trastornos mentales que éstas originan.**
- **Potenciar actitudes que favorezcan la detección de los problemas y trastornos mentales originados por el alcohol y otras drogas.**
- **Transmitir instrumentos y criterios que permitan la evaluación y diagnóstico de los problemas y trastornos mentales originados por el alcohol y otras drogas.**





DROGAS DE ABUSO

La palabra droga en español y en medicina se refiere a la materia prima utilizada para preparar el medicamento. En inglés, el concepto droga es equivalente al de fármaco, forma farmacéutica elaborada o medicamento. Este parece ser el origen de la nueva acepción de droga para aludir a fármacos de consumo abusivo e incluso ilegal, y cuyo significado algunos reducen al de psicotropo, o sustancias que afectan preferentemente a la actividad psíquica [1]. En este sentido, constituyen el grupo de las denominadas sustancias o drogas de abuso las sustancias que, administradas por cualquier vía con fin o no terapéutico que tienen capacidad para modificar la conducta del sujeto con tendencia al uso continuado o periódico de las mismas.

Las drogas de abuso se pueden agrupar en función de sus características farmacológicas y de los efectos que producen. Las clasificaciones de los trastornos mentales actuales [2, 3], distinguen los siguientes grupos de drogas: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- El alcohol, hace referencia al alcohol etílico o etanol, presente en distintas proporciones en las bebidas alcohólicas.
- El grupo de los alucinógenos incluye derivados del indol como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la psilocibina y la dimetiltriptamina (DMT), derivados de la fenetilamina como la mescalina y el 3,4 metilendioxi metanfetamina (MDMA o éxtasis).
- En el grupo de las anfetaminas se incluyen todas las sustancias con una estructura feniletilamina sustituida como la anfetamina, dextroanfetamina y metanfetamina (*speed ed ice*), y también, con una estructura diferente pero con una acción similar, el metilfedinato y otros agentes consumidos como anorexígenos.
- La cafeína no sólo está presente en el café sino también, aunque en menor cantidad, en el cacao y sus derivados, como el chocolate.
- Dentro de los trastornos por cannabis se incluyen los originados por esta planta a través de la marihuana y hachís, que contienen distintas proporciones de delta-9-tetrahidrocannabinol, principal responsable de los efectos psicoactivos del cannabis.
- La cocaína, producto natural de la planta de la coca, se consume en forma de hoja de coca, pasta de coca, hidrocloreto de cocaína en polvo que es habitualmente esnifado o disuelto en agua e inyectado, y el alcaloide de cocaína o crack.
- El grupo de la fenciclidina incluye la fenciclidina (PCP o polvo de ángel), la ketamina y el tienil-ciclohexil-piperidina (TCP).
- Los inhalantes son hidrocarburos alifáticos y aromáticos que están presentes en la gasolina, el pegamento, disolventes y pinturas en spray y cuya forma de consumo es por inhalación.
- La nicotina, sustancia presente en cualquier modalidad de tabaco.
- Los opiáceos incluyen opiáceos naturales como la morfina, semisintéticos como la heroína y sintéticos como la codeína, hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina y fentanilo, y no opiáceos pero con efectos similares como la pentazocina y la buprenorfina.
- Los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos incluyen las benzodiacepinas, los carbamatos, los barbitúricos y los hipnóticos afines a los barbitúricos como la glutetimida y la metacualona.

EL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas puede originar problemas y trastornos de distinta índole que, por afectar a un alto número de personas, constituye un verdadero problema de salud pública al originar dolor, sufrimiento, enfermedades, molestias o efectos sobre la calidad de vida, años de pérdida de vida, lesiones a otros, costes de los servicios médicos o sociales o aspectos más amplios del coste económico.

La dimensión del problema está ligada al número de sustancias utilizadas y al alto porcentaje de personas implicadas en el consumo. Los datos epidemiológicos recientes [4, 5], señalan, para las drogas legales, que el tabaco es consumido a diario por alrededor del 35% de la población de más de 15 años y que un 7% fuman más de 20 cigarrillos/día. Un 70% consume alcohol, 15% de los mayores de 14 años admite un consumo diario y un 10% consumen más de 75 ml de alcohol puro al día. Los tranquilizantes son consumidos por el 12,5% y un 8% consumen somníferos, estando su uso centrado en el grupo de las mujeres y en las personas de edad. Para las drogas ilegales, el cannabis y sus derivados, especialmente el hachís, lo



consumen habitualmente un 4% de la población adulta española, ascendiendo hasta el 9'4% entre los 19 y 28 años. A partir de 1992, hay un progresivo aumento de drogas sintéticas como el éxtasis y similares, estando asociado a contextos lúdicos y de fin de semana y a consumos esporádicos, así sólo el 0'1% reconoce consumirlo todas las semanas: un 3'8% en menores de 18 años y un 6'2% entre 19 y 29 años. Las anfetaminas se consumen tanto en pastillas como en polvo (*speed*) con cifras de consumidores del 2'5% y un 0'3% en el último mes, mientras que los alucinógenos están en un 2'6% y alrededor de un 0'2%. El consumo de cocaína es el que más ha crecido en los últimos diez años, y el 1'5% de los adultos españoles reconoce haberla consumido en el último año, a los que hay que añadir un 0'1% de consumidores de *crack*. La heroína, pese a descender su consumo, sigue siendo la droga ilegal que más mortalidad, directa o indirecta, causa entre los jóvenes con cifras de consumo de alrededor del 0'15%.



La sociedad actual tiene a su disposición gran cantidad de sustancias

Las tendencias en el consumo indican [6], que el tabaco, tras bastantes años de descenso sostenido, está estabilizado. El consumo global de alcohol está descendiendo, aunque se está dando una polarización de las tendencias con un aumento tanto de los abstemios y bebedores muy ligeros como de los bebedores pesados o de "riesgo", y sigue siendo, por su ubicuidad, responsable del mayor número de problemas que las drogas, legales o ilegales, causan en el conjunto de la sociedad. El cannabis está creciendo bastante a expensas de su elevada presencia entre adolescentes y jóvenes de ambos sexos, la cocaína y los tranquilizantes e hipnóticos continúan su crecimiento, al contrario que la heroína que sigue

descendiendo y el éxtasis, que tras varios años de crecimiento, ahora está estancado.

TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol y otras drogas va a originar problemas y trastornos que se pueden agrupar en enfermedades y problema somáticos, mentales y sociales. Los problemas de salud mental relacionados con el alcohol y otras drogas se agrupan de manera similar en las dos grandes clasificaciones actuales, en la CIE-10 promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), bajo el nombre de "trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas", y en la DMS-IV, promovida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995), con el nombre de "trastornos relacionados con sustancias". Los trastornos mentales relacionados con sustancias se pueden dividir en dos grandes grupos: por un lado, aquellos que son consecuencia de los efectos fisiológicos directos de las drogas o sus derivados sobre el sistema nervioso central, que serían los trastornos inducidos por drogas y de otro, los que tienen que ver con la relación de la persona con el consumo, que serían los trastornos por consumo de drogas.

Trastornos inducidos por alcohol y otras drogas

La acción directa del alcohol y otras drogas sobre el sistema nervioso central va a producir un conjunto de trastornos mentales, de los cuales unos son muy específicos del consumo de drogas como la intoxicación o la abstinencia, y otros pueden ser originados también por otras causas y entre ellos se encuentran el *delirium*, la demencia, el trastorno amnésico, el trastorno psicótico, el trastorno de estado de ánimo, el trastorno de ansiedad, la disfunción sexual y el trastorno del sueño. La intoxicación es el trastorno más común y con excepción de la nicotina la producen todas las drogas; mientras que la presencia de abstinencia no está tan generalizada, estando ausente en el consumo de alucinógenos, cafeína, cannabis, fenciclidina e inhalantes.

Cada sustancia va a presentar peculiaridades tanto en las características de los cuadros clínicos como en la

producción de los mismos. Así, el alcohol y los sedantes son capaces de originar todos los cuadros anteriormente citados; las anfetaminas, cocaína y opiáceos pueden producir intoxicación, abstinencia, *delirium*, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño; mientras que la cafeína produce intoxicación, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño; y la nicotina únicamente abstinencia...

Trastornos por alcohol

Los efectos agudos del alcohol sobre el sistema nervioso central dan lugar primero a un síndrome confusional, después a un síndrome cerebeloso y por último a un síndrome comatoso [7]. Tras la ingestión de alcohol, entre los 15 minutos y la media hora se consiguen los mayores niveles de alcohol en sangre, con un descenso lento posterior que dura varias horas. El cuadro clínico va a depender, aparte de las diferencias individuales ligadas a la tolerancia, de los niveles de alcohol en sangre o alcoholemia. En personas no alcohólicas, concentraciones de 25 mg/dl producen hiperexcitabilidad del córtex que se manifiesta por euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad, incoordinación y dificultades de atención y concentración. A concentraciones superiores a 100mg/dl, apa-

rece disfunción vestibular con nistagmus, diplopia, disartria y ataxia así como por afectación del sistema nervioso autónomo, hipotensión e hipotermia. Por encima de 250mg/dl aparece estupor, habla incoherente, vómitos y dificultades respiratorias. A concentraciones de 400mg/dl, se entra en coma profundo, y con concentraciones superiores a 500mg/dl, muerte por parada respiratoria. En ocasiones, tras la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol, aparece rápidamente una excitación extrema con conductas irracionales o violentas, que suelen durar de minutos a horas y que se siguen de un estado de somnolencia del cual el paciente se despierta sin recordar nada, constituyendo lo que se denomina intoxicación atípica o idiosincrásica. Tras intoxicaciones agudas severas la persona puede no recordar absolutamente nada de lo ocurrido durante el episodio, a estas lagunas amnésicas se les denomina *black outs*. En el contexto de consumo crónico de altas cantidades de alcohol, casi siempre ligado a la presencia de una dependencia alcohólica, se pueden dar cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales y trastornos del sueño, así como *delirium* con alteración del nivel de conciencia, ilusiones, alucinaciones y gran inquietud, y cuadros de deterioro psicoorgánico que pueden constituir auténticas demencias.



Velázquez. *El triunfo de Baco (Los Borrachos)*, Museo del Prado, Madrid



Tras el consumo crónico de alcohol y el desarrollo de tolerancia, la disminución brusca o la supresión absoluta del consumo va a originar un síndrome de abstinencia. Como síntomas precoces se producen un temblor distal que se acompaña de náuseas y vómitos, que van aumentando en intensidad y se siguen de insomnio, agitación, enrojecimiento facial, inyección conjuntival, sudoración, taquipnea, e hipertensión arterial. Aparecen entre las cuatro y las doce horas desde la última ingestión, alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto día, aunque pueden llegar a durar dos semanas. En las 48 primeras horas de abstinencia, se pueden dar crisis comiciales de gran mal que en un alto porcentaje anteceden a un cuadro de *delirium tremens*. El *delirium tremens* suele acontecer entre las 48 y 72 horas desde la última ingestión y se caracteriza por obnubilación, agitación, insomnio, temblor y alucinaciones visuales de animales pequeños o personas, auditivas con voces humanas de familiares, amigos o vecinos o táctiles y olfatorias, junto a signos de hiperactividad autonómica como midriasis, fiebre, taquicardia y sudoración profusa. Se resuelve en tres o cuatro días, de forma brusca en la mayoría de las ocasiones, aunque entre un 5-15% puede evolucionar lentamente y conducir a la muerte por alguna complicación implicada en su desencadenamiento, como una infección o un traumatismo.

Además de los trastornos mentales, el consumo agudo de alcohol puede producir traumatismos, lesiones debido a agresiones, crisis de hipoglucemia, pancreatitis o hepatitis aguda y muerte por sobredosis. El consumo crónico puede lesionar todos los tejidos y sistemas del organismo con el desarrollo de enfermedades crónicas e incremento de la mortalidad [8]. El sistema nervioso, el sistema cardiovascular y el sistema digestivo son los más afectados, pero también son frecuentes las alteraciones en piel, sistema endocrino, sangre, músculo esquelético y sistema inmune, así como está demostrado su implicación en el aumento de riesgo de neoplasias de orofaringe, laringe, esófago, estómago, hígado, recto y mama. No menos importantes son las complicaciones sociales con problemas laborales, problemas familiares y problemas legales.

Trastornos por alucinógenos

Los efectos del consumo de alucinógenos son perceptibles a los 30-40 minutos de su ingestión, son

máximos entre una y tres horas y mínimas transcurridas seis horas, aunque los efectos psíquicos pueden persistir durante ocho y doce horas. Los efectos somáticos son simpaticomiméticos con taquicardia, hipertensión y dilatación pupilar. Los efectos psíquicos son variables, pero destacan los sentimientos de despersonalización, desrealización y pérdida de la imagen corporal, distorsiones de la percepción con los colores más brillantes, los objetos fijos parecen moverse y pueden cambiar de forma y de color. Las experiencias asociadas a una modalidad sensorial se trasladan a otra de forma, en que los colores pueden olerse o los sonidos se convierten en imágenes, a este fenómeno se denomina sinestesia. Aparecen grandes cambios emocionales con cambios bruscos del humor, pasando de la euforia a la angustia o el terror, que pueden constituir auténticos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Generalmente el sujeto no pierde la conciencia de realidad y sabe que todos estos fenómenos están siendo producidos por la droga [9]. Una exacerbación de los síntomas antes descritos constituye el "mal viaje" que se presenta, generalmente, con dosis altas y que se manifiesta por cuadros con gran confusión mental y oscilaciones del nivel de conciencia, alucinaciones intensas, gran angustia y riesgo de suicidio o de conductas violentas que pueden durar más de dos días. Un fenómeno muy típico es la recurrencia espontánea de las experiencias vividas bajo los efectos de estas drogas pero en ausencia de las mismas, lo que se denomina *flash-backs*. También pueden aparecer trastornos persistentes, tras una única dosis o tras el uso repetido, más allá de los efectos de la sustancia y que se pueden manifestar por alucinaciones persistentes o cuadros psicóticos que suelen aparecer en personas predispuestas o con estos trastornos psiquiátricos previos al consumo, así como síndromes amotivacionales. Aunque existe tolerancia, que se crea con mucha rapidez, no existe síndrome de abstinencia. El consumo crónico, también puede asociarse a retinopatía, isquemias por vasoconstricción y fibrosis retroperitoneal [10].

Trastornos por anfetaminas

Pertencen al grupo de las aminas simpaticomiméticas de acción indirecta que liberan los neurotransmisores adrenalina y dopamina de sus depósitos [11]. Los efectos se inician muy rápidamente, a veces en segundos, y no más tarde de una hora desde el consumo. La intoxicación suele comenzar con sensación de bienestar, seguida por sensación de



euforia, disminución de la sensación de fatiga que puede llevar al agotamiento físico, aumento de la capacidad de concentración, disminución de la necesidad de sueño y del apetito, tendencia al contacto social, locuacidad, desinhibición y falta de juicio, grandiosidad que puede pasar con facilidad a la irritabilidad o cólera con episodios de conductas violentas, inquietud e hiperactividad, hipervigilancia, conductas repetitivas y estereotipadas y confusión. Estos síntomas se acompañan de manifestaciones somáticas como dilatación pupilar, alteración del ritmo cardíaco y de la tensión arterial, tanto hacia arriba como hacia abajo. A dosis altas, pueden aparecer náuseas o vómitos, sudoración o escalofríos, distonias, discinesias, debilidad muscular y crisis comiciales. En algunas ocasiones, el consumo de anfetaminas puede acompañarse de ideas delirantes de persecución, presencia de alucinaciones auditivas, visuales o táctiles que la persona sabe que no son reales, excitación psicomotriz y gran angustia que tiene todas las características de un trastorno psicótico [12]. Como efectos tóxicos agudos, destacan los efectos cardiovasculares con hipertensión, arritmias cardíacas y colapso circulatorio. El consumo crónico puede producir trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, disfunciones sexuales y trastornos del sueño, embotamiento afectivo, fatiga, retraimiento social, deterioro de la actividad laboral, pérdida de peso, anemia y otros signos de desnutrición.

El abandono del consumo de anfetaminas se puede acompañar de un síndrome de abstinencia, que se inicia entre pocas horas y varios días desde la interrupción o reducción del consumo prolongado, y que se caracteriza por fatiga, aumento del apetito, aumento del sueño, depresión y anhedonia que, si son intensos y se prolongan en el tiempo, pueden constituir auténticos trastornos del sueño y del estado de ánimo.

Trastornos por cafeína

La cafeína es el principal representante del grupo de las xantinas, junto a la teofilina, presente en las hojas de té, y la teobromina, presente en el cacao. Todas ellas se comportan como estimulantes del sistema nervioso central, produciendo una sensación de bienestar, mejora en el rendimiento intelectual y las relaciones interpersonales. El aumento de las dosis puede dar lugar a síntomas de intoxicación [11]. A dosis de 100 mg/día, se producen cuadros de ansiedad, con inquietud, nerviosismo y excitación, trastornos del sueño con insomnio, rubefacción facial,

aumento de la diuresis y problemas digestivos. Con más de 1 gramo/día aparecen, además, contracciones musculares, logorrea y pensamiento acelerado, taquicardia o arritmia cardíaca, sensación de infatigabilidad y agitación psicomotora. En las personas con consumo crónico, la tolerancia hace que grandes cantidades de cafeína no den síntomas de intoxicación. Hay datos que apuntan que a dosis altas, puede tener efectos teratogénicos con aumento de abortos espontáneos, muerte fetal o parto prematuro.

Trastornos por cannabis

La intoxicación se presenta en unos minutos si se fuma cannabis, pero puede tardar horas si se ingiere por vía oral. Se inicia con una sensación de bienestar seguida de síntomas, que incluyen euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora, y sensación de que el tiempo transcurre lentamente. Ocasionalmente, aparecen ansiedad, disforia o retraimiento social. A las dos horas del consumo, puede aparecer irritación conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. Por su almacenamiento en el tejido graso, los efectos pueden durar o reaparecer en 12-24 horas a causa de la lenta liberación de la sustancia de los tejidos grasos. El consumo de cannabis, incluso a dosis bajas, desencadena o reagudiza trastornos por angustia y trastornos psicóticos en individuos predisuestos o con trastornos previos. En ocasiones, y con altas dosis, pueden aparecer cuadros de *delirium* con alteraciones del nivel de conciencia, alucinaciones auditivas, visuales o táctiles.

El consumo crónico produce un síndrome amotivacional que incluye desinterés, apatía e indiferencia afectiva y una disminución de la agresividad, aunque ante situaciones determinadas puede darse irritabilidad y aumento de la agresividad. No está claro el desarrollo de tolerancia y de ahí que no esté delimitado un síndrome de abstinencia. Se encuentra una tolerancia cruzada con el alcohol y parece ejercer efectos ansiolíticos y anticonvulsivos, a través de los receptores benzodiazepínicos. También se encuentran complicaciones somáticas, entre las que destacan las alteraciones respiratorias, similares a las del tabaco como cáncer de pulmón, enfisema o bronquitis crónica, cardiovasculares con empeoramiento de la hipertensión o la insuficiencia cardíaca



ya existentes. En varones, puede disminuir la producción de testosterona e inhibir la función reproductora. En mujeres, puede alterar los ciclos hormonales femeninos y, en casos de gestación, retrasa el crecimiento fetal, así como una disminución del sistema inmunitario [13].

Trastornos por cocaína

La cocaína es una droga de acción corta que tiene efectos potentes y rápidos sobre el sistema nervioso central, especialmente si se consume por vía intravenosa o cuando es fumada en forma de *crack*. Produce sus efectos a través de la modificación de la neurotransmisión cerebral, sobre todo por un aumento de la actividad dopaminérgica. Los efectos incluyen euforia, grandiosidad, labilidad emocional, aumento de la comunicación verbal, aumento del deseo sexual, aumento de la confianza en sí mismo, inquietud, anorexia, insomnio e hipomanía. A dosis más altas, aparecen efectos desagradables como hiperactividad, agitación, hipervigilancia, irritabilidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad del juicio. Puede haber ideación paranoide, alucinaciones auditivas con conciencia clara y alucinaciones táctiles que el propio usuario reconoce como efecto de la cocaína, así como aparecer una cólera extrema con amenazas o comportamientos agresivos. En ocasiones, se puede dar confusión con alucinaciones visuales, auditivas y táctiles y delirio paranoide. Los efectos fisiológicos son taquicardia, sudoración, dilatación pupilar, náuseas o vómitos, aumento de la fuerza muscular, discinesias y distonías. A dosis altas, depresión respiratoria, arritmias cardíacas e infarto de miocardio, confusión, crisis convulsivas, coma y muerte.



El consumo de cocaína se inicia en ocasiones muy precozmente

El uso crónico de la cocaína produce insomnio, agotamiento general, depresión y letargia, irritabilidad, impotencia, bradicardia, contracciones musculares y temblores. El consumo de cocaína, también, puede favorecer la aparición o reanudación de trastornos del ánimo, tanto depresión como manía, trastornos de ansiedad o trastornos del sueño en personas predispuestas o que padeciesen estos trastornos antes del consumo, así como darse robos y otros delitos, desnutrición, pérdida de peso, úlceras y hemorragias nasales y deterioro mental persistente que puede llegar a demencia [14].

Se ha descrito un síndrome de abstinencia caracterizado por depresión, deseo vehemente de cocaína, cefaleas, fatiga, falta de concentración e irritabilidad. Se han establecido varias fases [15], una primera fase o *crash* que dura entre nueve horas y cuatro días y que se caracteriza inicialmente por agitación, cambios de estado de ánimo, irritabilidad, depresión e ideas de suicidio, anorexia y deseo de consumo, que se sigue de fatiga, depresión e insomnio, y una tercera con agotamiento, hipersomnia e hiperfagia. Se sigue de una segunda fase, llamada de abstinencia, que dura de una a diez semanas y que se caracteriza por anhedonia, anergia, ansiedad y deseo de consumo y una tercera fase de extinción donde no aparecen síntomas.

Trastornos por fenciclidina

Es conocida por los adictos con el nombre de "PCP", "polvo de ángel" o "cristal" que nace como anestésico general y que a partir de los 70 irrumpe como droga recreativa [16]. Es un anestésico con efectos depresores, estimulantes, alucinógenos y analgésicos. Los efectos aparecen inmediatamente, alcanzando un máximo en minutos con la administración intravenosa o fumada o inhalada y en dos horas por vía oral, y los efectos duran entre unas horas y un día en las intoxicaciones leves y varios días en las graves. Los síntomas y signos específicos son dosis-dependientes, produciéndose euforia, asociada a disartria, nistagmus, hipoestesia de extremidades que se puede acompañar de hipertensión arterial, movimientos involuntarios anormales, sudoración, rigidez muscular, mirada fija, somnolencia, alteraciones de la percepción del esquema corporal y conciencia de separación de cuerpo/mente. A dosis más altas, produce un estado cataléptico, con el sujeto supuestamente despierto, pero disociado del medio con analgesia y amnesia del episodio, crisis convulsivas,



rigidez y coma. Puede producir cuadros de *delirium* con confusión, acompañada de alucinaciones auditivas, táctiles o visuales con juicio de realidad intacto y cuadros similares a la manía, esquizofrenia, trastornos de ansiedad o depresión. El consumo crónico puede llevar a alteraciones de la memoria, lenguaje, pensamiento e impulsividad, con un cuadro que se caracteriza por embotamiento, letargia, disminución de reflejos, atención-concentración, memoria e impulsividad que pueden permanecer más de un año tras la supresión. También, pueden aparecer ansiedad y depresión tras la retirada de la sustancia [17].

Trastornos por inhalantes

La mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de gran cantidad de sustancias volátiles que se encuentran en una amplia gama de productos comerciales. Se usa una gran variedad de métodos para inhalar los vapores: habitualmente se aplica un trapo empapado con la sustancia a la boca y nariz y se aspiran los vapores, también se puede depositar la sustancia en una bolsa de papel o plástico e inhalar los gases de la bolsa. Su consumo se puede iniciar muy temprano, entre los nueve y doce años, y llega a su punto máximo durante la adolescencia.

Tras el consumo, sus efectos se inician rápidamente y duran poco, entre minutos y una hora. El cuadro clínico se inicia de manera similar a la embriaguez alcohólica, aparece euforia que se acompaña de cefalea, mareo, nistagmus, retraso psicomotor e incoordinación, lenguaje farfullante, marcha inestable, letargia, temblores, debilidad muscular generalizada, visión borrosa o diplopía. Más tarde aparecen hipotensión arterial, bradicardia, náuseas, temblores, rinorrea, tos, hipersalivación, fotofobia y alucinaciones, cambios de conducta con sensación de grandiosidad, irritabilidad y agresividad. Si la inhalación ha sido muy profunda o repetida puede aparecer desorientación, convulsiones, coma y muerte por parada respiratoria [17].

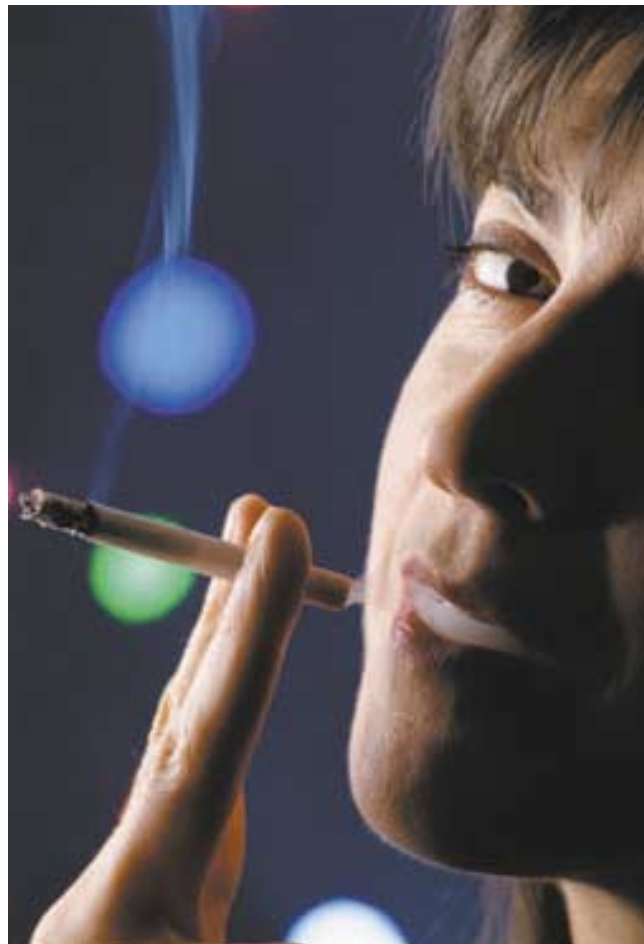
El consumo crónico se acompaña de palidez, temblor, pérdida de peso, irritabilidad, pérdida de memoria, dificultad para concentrarse e ideas paranoides, que suelen desaparecer tras el cese del consumo; pero que en ocasiones pueden quedar como demencias persistentes. Además, se dan problemas escolares y familiares, y en los adolescentes y adultos jóvenes se puede asociar a delincuencia y desempleo. También, en los consumidores cróni-

cos o recurrentes, se pueden encontrar lesiones respiratorias como neumonitis, neurológicas con atrofia cerebral y polineuritis, aplasia medular con anemia, leucopenia y trombopenia, eosinofilia, hepatitis, problemas renales y muerte súbita debido a arritmias agudas.

Trastornos por nicotina

La intoxicación aguda por nicotina aparece excepcionalmente, siendo la abstinencia el trastorno inducido más importante. Se caracteriza por estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, bradicardia y aumento del apetito con aumento de peso. Estos síntomas son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina.

En el fumador habitual y crónico aparece astenia, anorexia, disnea, sensación vertiginosa, embotamiento



El consumo actual de tabaco puede producir síndrome de abstinencia



general, fatiga prematura, cefaleas, disfonías, tos, ronquera, alteraciones de la libido, despertar displacentero, coloración amarillenta de los dientes, gingivitis, atrofia gingival, piorrea, dolor torácico difuso, bronquitis estacional y alteraciones de la tensión arterial [11]. Aumenta de forma acusada el riesgo de padecer cáncer de pulmón, boca, laringe, esófago y vejiga y de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares [18].

Trastornos por opiáceos

La intoxicación aparece tras la ingestión, inhalación o la inyección reciente de un opiáceo.

Comienzan sus efectos a los pocos minutos de la ingestión y la duración de los efectos va a depender del tipo de opiáceo: la heroína dura 3-4 horas, la meperidina 2-4 horas, la morfina 4-5 horas, la metadona 12-24 horas, el propoxifeno 12 horas y la pentazocina 2-3 horas [19]. Se caracteriza por obnubilación, euforia, analgesia, habla farfullante, alteraciones de la atención-concentración, anorexia, disminución del deseo sexual, somnolencia e hipoadividad. Se acompaña de miosis, excepto en casos de sobredosis graves, en los que en el contexto de la anoxia se produce dilatación pupilar. La intensidad de los síntomas va a depender de la dosis y de la tolerancia que se tengan a los mismos. Pueden aparecer alucinaciones auditivas, visuales o táctiles con juicio de realidad conservado, así como *delirium*, trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo y disfunciones sexuales, sobre todo pérdida del deseo sexual. La intoxicación grave por una sobredosis puede conducir al coma, depresión respiratoria e incluso la muerte.

La abstinencia aparece en el usuario regular tras el cese o la disminución de la dosis. Los primeros síntomas son subjetivos con ansiedad, inquietud y sensación de dolor, que se localiza en la espalda y en las piernas, irritabilidad y mayor sensibilidad al dolor, acompañada de una necesidad irresistible de obtener opiáceos con comportamientos de búsqueda de droga. Se acompaña de humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo, rinorrea, midriasis, piloerección, aumento de la sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio. La piloerección y la fiebre se asocian a la abstinencia grave. Los síntomas son más severos en los opiáceos de vida media corta como la heroína y meperidina, que los de vida media como la metadona o el LAAM (l-alfa-

acetilmetadol). Se inicia dependiendo de la duración de los efectos de la droga, así en la heroína comienza a las 6-8 horas desde la última dosis y tiene el pico máximo a los 2-3 días y se resuelve en 7 a 10 días, mientras que la metadona o el LAAM, comienza al cabo de 1-3 días después de la última dosis y se prolonga entre diez días y más de dos semanas [19]. Tras la abstinencia aguda pueden persistir, durante semanas o meses, trastornos del sueño de tipo insomnio de conciliación, ansiedad, disforia, anhedonia y deseo de consumo.

El consumo de opiáceos se acompaña de complicaciones somáticas, que son la consecuencia de la propia droga, de la forma de administración con material no estéril y de las sustancias que se usan para adulterar la droga, donde las más frecuentes son el talco, la quinina, la maltosa, el almidón, la harina, la procaína y la estricnina. Las enfermedades infecciosas son las más frecuentes, tanto bacterianas como por hongos y por virus, que se localizan tanto en las vías de entrada como en cualquier parte del organismo y entre las que hay que reseñar las infecciones por *Candida*, la tuberculosis, endocarditis, hepatitis y la infección por VIH [20], las complicaciones pulmonares tanto de las vías respiratorias como del pulmón, las neurológicas con accidentes vasculares, crisis convulsivas, encefalopatías, parkinsonismo, mono y polineuropatías musculares, como la rabdomiolisis y las miopatías, renales cardíacas, hematológicas, digestivas, con estreñimiento pertinaz, endocrinas, y reumatológicas [21]. Es habitual una historia de delitos relacionados con las drogas como posesión o tráfico, falsificación, robo, estafa, latrocinio o posesión de objetos robados.

Trastornos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Se utilizan terapéuticamente de modo habitual y, dada su disponibilidad, son los fármacos elegidos más frecuentemente para los intentos de suicidio. Un amplio grupo de consumidores correspondería a personas de edad media, preferentemente mujeres, a los que se prescribe el fármaco como tratamiento para la ansiedad, el insomnio u otros trastornos somáticos y que los utilizan en dosis inadecuadas o por un tiempo excesivamente prolongado. Otro grupo serían jóvenes policonsumidores que los utilizan como sustitutivos de otras drogas, o bien asociados con ellas, lo que hace que sean desviadas al mercado ilegal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986). Su vía de administración es oral o inyecta-



da. Dentro de este grupo, están los barbitúricos que se utilizan como hipnóticos, anticomiciales y en anestesia, el meprobamato y la metacualona que se utilizan como ansiolíticos, y las benzodiazepinas que se usan como ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, anticonvulsivantes y miorelajantes. Las benzodiacepinas son las más utilizadas.

La intoxicación media o moderada es similar a una borrachera, con disminución de la actividad mental, especialmente deterioro de la memoria que, con frecuencia, se presenta como una amnesia anterógrada parecida a los *blackouts* de los alcohólicos y trastornos emocionales con labilidad afectiva, irritabilidad, desinhibición de impulsos y hostilidad. Neurológicamente, es común la presencia de nistagmus, diplopia, dificultad de acomodación visual, disartria, vértigo, temblor, incoordinación motora con riesgo de caídas y accidentes sobre todo en las personas de edad, dismetría, marcha inestable, hipotonía e hiporreflexia. En la intoxicación grave a los síntomas anteriores se añade estupor y en los casos más graves coma. Tomados solos, tienen un amplio margen de seguridad, pero asociados al alcohol se potencian sus efectos depresores y sedantes, y se favorece la aparición de coma, depresión respiratoria y riesgo de muerte. El consumo crónico se asocia a somnolencia, tendencia a las caídas, ataxia, disartria, vértigo, trastornos sexuales, trastornos amnésicos y demencia persistentes, trastornos psicóticos y depresiones graves con riesgo de suicidio.

El consumo continuado da lugar a tolerancia, que en los barbitúricos aparece tras cortos periodos de consumo y en las benzodiazepinas de una forma más lenta. Existe tolerancia cruzada entre todos ellos y el alcohol; pero no con los opiáceos. La aparición de la abstinencia depende del tipo de sustancia. Así, con los barbitúricos de acción corta aparece entre las 12-16 horas desde la última administración, mientras que con las benzodiazepinas depende de la vida media: las que tienen efectos durante diez horas o menos (loracepan, oxacepan, temacepan) producen síndromes de abstinencia a las 6 u 8 horas de disminuir o dejar el consumo, con un pico máximo a los dos días y mejorando al cuarto o quinto día; mientras que aquellas con vida media más prolongada (diazepan), los síntomas no aparecen hasta pasada una semana, alcanzando el máximo durante la segunda semana y disminuye y se resuelve en la tercera semana. El cuadro se instaura de forma

paulatina con debilidad, inquietud, agitación, ansiedad, anorexia, náuseas, vómitos, sudoración y temblor. Se puede acompañar de hiperactividad autonómica, con taquicardia, hipotensión ortostática, calambres abdominales, hiperreflexia y temblor grosero. En el 20-30% de los casos, pueden aparecer crisis comiciales aisladas o en forma de estado epiléptico, que en la mitad derivan hacia un cuadro de *delirium* similar al *delirium tremens* del alcohol, con desorientación espacio-temporal, alucinaciones auditivas y visuales, agitación, fiebre e hiperactividad neurovegetativa. Ocasionalmente, el síndrome de abstinencia se puede acompañar de un síndrome amnésico. Puede haber síntomas a largo plazo de mucha intensidad y que persisten durante meses, como ansiedad, depresión y trastornos del sueño, que van a requerir un tratamiento específico.

El uso prolongado de estas sustancias se va acompañar también de complicaciones somáticas [22]. En las benzodiacepinas se ha descrito labio leporino como efecto teratogénico, coloestasis intrahepática, irregularidades menstruales, dificultades en la micción, reacciones de anemia aplásica con disminución de las tres series: hematíes, plaquetas y glóbulos blancos. Los barbitúricos también producen teratogenicidad, alteraciones en aparato respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal y sistema inmunológico.

Trastornos por consumo de alcohol y otras drogas

Los trastornos por consumo son aquellos que hacen referencia a la relación anómala que establece una persona con el consumo. Lo anómalo de la relación viene determinado por la manera de consumir, finalidad del consumo, consecuencias del consumo y actitud ante las consecuencias del consumo. Se pueden diferenciar dos grandes trastornos: abuso de drogas y dependencia de drogas.

Abuso de alcohol y otras drogas

Se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que se manifiesta por la presencia de consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de las mismas. Así, puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes en el área familiar o tener un bajo rendimiento o repetidas ausencias del trabajo por estar la persona intoxicada o recuperándose de los



efectos de la intoxicación. Se puede consumir la sustancia repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas como conducir un coche o accionar maquinaria o tener problemas legales recurrentes como arrestos por escándalo o violencia en el contexto de la intoxicación o por conducir bajo los efectos de las drogas, manteniéndose el consumo a pesar de una historia acumulada de problemas asociados. En el caso del abuso de drogas, se sigue manteniendo un control sobre el consumo con capacidad para dejar de consumir. Cuando esta capacidad se pierde, estamos en presencia de una dependencia. El alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son capaces de producir abuso.

Un concepto aproximado al de abuso, aunque con matizaciones y restricciones importantes, es el de consumo perjudicial, que hace hincapié en las consecuencias que tiene el consumo sobre la salud física o mental. No se debe utilizar este concepto para las situaciones en las que el consumo de drogas haya originado consecuencias sociales adversas. Tampoco se debe hacer este diagnóstico en presencia de un síndrome de dependencia u otros trastornos mentales específicos inducidos por las sustancias.

Dependencia de alcohol y otras drogas

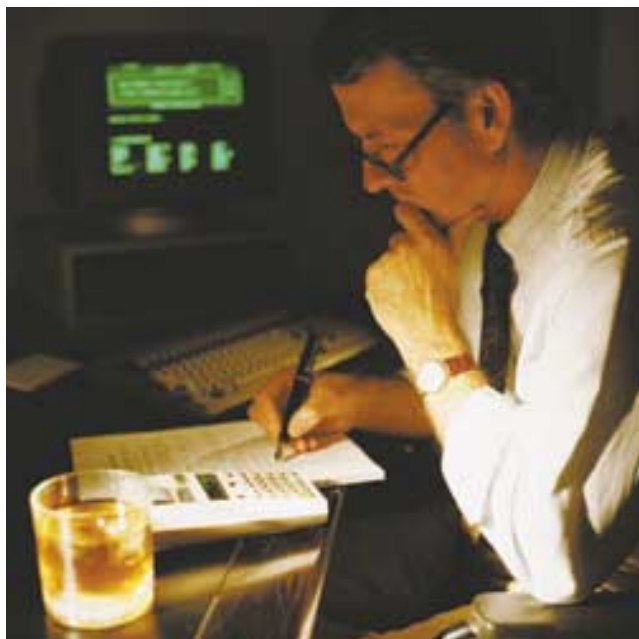
Lo que define la dependencia de drogas es la presencia de un patrón de uso de la droga compulsivo, que lleva a la persona a consumir cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más prolongado de lo que esa persona pretendía, y que se puede acompañar de un sentimiento de "necesidad irresistible" de consumo o *craving*. Hay una pérdida de control sobre la cantidad de droga a consumir una vez iniciado el consumo, lo que se manifiesta por intoxicaciones no buscadas. Además, la persona dependiente sigue consumiendo y es incapaz de mantenerse abstinente a pesar de reconocer la implicación de la droga en distintos problemas somáticos, mentales o sociales, y suele expresar un deseo persistente de disminuir o abandonar el consumo, con una historia de intentos previos infructuosos de llevarlo a cabo. La reanudación del consumo, tras periodos más o menos largos de abstinencia, es la norma en las personas dependientes, y en poco tiempo se vuelve a consumos excesivos y a la reaparición de las complicaciones asociadas a los mismos. A este fenómeno se le denomina recaída y su presencia es

el indicador más claro de la existencia de una dependencia. En la persona dependiente, el consumo de la droga se convierte en una prioridad, necesitando mucho tiempo en la obtención, consumo y recuperación de los efectos de la droga, por cuyo motivo se van a reducir o abandonar importantes actividades sociales, laborales o recreativas, y a medida que la dependencia avanza toda la vida de la persona termina girando en torno a las actividades dirigidas a conseguir y consumir la droga.

El mantenimiento de un patrón de repetida autoadministración lleva a menudo a la tolerancia y a la abstinencia. La tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a la misma dosis. Con algunas sustancias no se produce claramente este hecho, como con el cannabis y la fenciclidina. La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. No se ha observado abstinencia ni con los alucinógenos ni con la fenciclidina. La tolerancia y la abstinencia son una consecuencia del consumo excesivo y prolongado de la droga. Su presencia, frecuente en las personas dependientes, no es una condición necesaria ni suficiente para diagnosticar una dependencia de drogas.

La dependencia es la complicación más grave relacionada con el consumo de drogas. Su presencia se suele acompañar de altos niveles de consumo, que se mantienen y prolongan en el tiempo, lo que hace que sea en las personas dependientes en las que con mayor frecuencia se encuentran todo tipo de complicaciones somáticas y sociales y, también, todos los trastornos mentales inducidos que han sido descritos con anterioridad.

El alcohol, los alucinógenos, las anfetaminas y similares, el cannabis, la cocaína, la fenciclidina y similares, los inhalantes, la nicotina, los opiáceos y los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son capaces de producir dependencia. Una vez establecida, no existen diferencias psicopatológicas en la dependencia que origina cada una de las sustancias, aunque sí las hay en la rapidez de instauración, gravedad y, sobre todo, en el tipo de complicaciones asociadas tanto



La dependencia del alcohol puede llegar a necesitar consumirlo incluso en el trabajo

físicas como mentales y sociales, que van a ser específicas de cada una de las sustancias y que van a condicionar la evolución y el pronóstico de las mismas.

El alcohol comienza a consumirse en la adolescencia y se llega a la dependencia alcohólica tras varios años de consumo excesivo y mantenido. La mitad de los dependientes del alcohol han comenzado su enfermedad antes de los 25 años y se suele manifestar por un cambio en los patrones de consumo, con un aumento de las intoxicaciones en aquellos que beben de forma intermitente o por un aumento de la cantidad, en aquellos que lo hacen de forma continua y estable. Una vez establecida la dependencia, la mayoría de los casos mantienen los mismos patrones de consumo durante muchos años, incluso durante toda la vida, con periodos de abstinencia y oscilaciones en los niveles de consumo, en función de las complicaciones y reanudación de la bebida tras la resolución de las mismas, y en un pequeño porcentaje hay una progresión y agravamiento de la enfermedad. Es una enfermedad con un bajo porcentaje de pacientes tratados y con una búsqueda de tratamiento tardía, después de más de diez años desde el inicio de los primeros síntomas; pero en aquellos casos que inician tratamiento más de la mitad tienen una buena evolución, un tercio se mantienen igual y un diez por ciento empeoran [23]. Se suele dar asociada a dependencia de otras drogas, sobre

todo a la nicotina, que suele tener una evolución paralela y que agrava las complicaciones del alcohol, pero también se ve asociada a la cocaína y en antiguos dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona o que han controlado la dependencia a opiáceos. También se asocia a otras adicciones como el juego patológico, presente en una cuarta o quinta parte de los dependientes del alcohol.

No todos los que consumen heroína u otros opiáceos, ocasionalmente durante meses o años o continuamente durante breves periodos de tiempo, desarrollan una dependencia, y es probable que algunos de los que desarrollan algún grado de dependencia se recuperen sin necesidad de solicitar tratamiento [16]. Sin embargo, el consumo ininterrumpido durante tres o cuatro semanas se va a acompañar de tolerancia y presencia de sintomatología de abstinencia y deseo de consumo. La rapidez de instauración y el curso de la dependencia van a depender de las características del sujeto, de la vía de administración y del tipo de opiáceo utilizado. Los que utilizan la vía oral, pueden estar varios años consumiendo con pocas repercusiones en su funcionamiento. Los profesionales de la salud que presentan estos trastornos pueden mantener oculto el problema durante años, dado el fácil acceso que tienen a estas sustancias. La búsqueda de tratamiento se suele hacer, en nuestro país, tras llevar una media de tres años de consumo. La evolución durante los primeros años de tratamiento se caracteriza por alternar frecuentes episodios de consumo y abstinencia, y tras el mantenimiento de los tratamientos, las recaídas se van espaciando y se acorta su duración y gravedad. Los estudios de seguimiento a largo plazo indican que la dependencia de opiáceos desaparece entre quienes han conseguido sobrevivir, y las cifras dicen que un tercio dejan el consumo de opiáceos, un tercio sustituyen los opiáceos por otras drogas, como por ejemplo el alcohol o los sedantes, y el otro tercio han fallecido o, en muy poco casos, continúan con el consumo.

Los alucinógenos, anfetaminas y similares son sustancias que se usan casi exclusivamente en la adolescencia y juventud con consumos esporádicos e intermitentes, y que en la mayoría de las ocasiones no llegan a desarrollar una dependencia, aunque bastan consumos continuados durante varias semanas para establecer una dependencia. Cuando los encontramos en personas mayores de treinta años, es debido



a la existencia de una dependencia no resuelta. Tanto los alucinógenos como las anfetaminas crean tolerancia con bastante rapidez, pero su uso intermitente hace que no esté bien establecida la presencia de un síndrome de abstinencia. Sus mayores peligros vienen más que de la dependencia, de sus complicaciones puntuales en el contexto de las intoxicaciones o en la producción o agravamiento de trastornos mentales graves y persistentes, como trastornos psicóticos o cuadros de deterioro psicoorgánico. Lo mismo podemos decir de la cocaína, con la diferencia que ésta también se consume en la edad adulta, que se suele asociar al consumo de opiáceos en los más jóvenes y de alcohol en los adultos, dando lugar a polidependencias que aumentan los riesgos y las complicaciones, que dificultan el manejo terapéutico y empeoran el pronóstico. Aunque el consumo de inhalantes en la adolescencia se puede encontrar en distintos ámbitos socioeconómicos, la dependencia se suele ver, y es frecuente en países en vías de desarrollo o en zonas muy marginales de los países desarrollados, en niños y adolescentes que viven en las calles o con soportes sociofamiliares muy precarios, con consumos durante varios días a la semana o con intoxicaciones diarias.

El consumo de tabaco tiene una historia natural similar y paralela a la del alcohol. Entre los 25 y los 45 años se encuentran la mayoría de los fumado-

res habituales de más de 20 cigarrillos y, de aquellos que intentan dejar de fumar, menos de la cuarta parte tienen éxito en su primer intento, necesitando varios intentos para conseguirlo definitivamente, alternando periodos de abstinencia con periodos de consumo durante mucho tiempo. La dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se puede dar en personas jóvenes que inician su consumo para paliar síntomas desagradables de otras drogas, como el insomnio, la inquietud o los síntomas de abstinencia y su presencia es casi la norma en los dependientes de opiáceos, pasando casi desapercibida dado la gravedad de la otra dependencia. En los casos en los que se controla o resuelve la dependencia a opiáceos, suele persistir la dependencia a sedantes, que incluso puede agravarse con el aumento de los niveles de consumo. Se puede dar también en adultos, tras su utilización terapéutica en trastornos de ansiedad y, sobre todo para paliar síntomas de ansiedad y trastornos del sueño que pueden acontecer ante situaciones estresantes crónicas, ya sean ligadas a enfermedades, problemas de relación, familiares, laborales o económicos. La presencia de la escalada de dosis, originada por la tolerancia, que la persona en tratamiento con estos fármacos hace por propia iniciativa, debe alertar ante el riesgo de dependencia y debe llevar a vigilancia y al cambio de tipo de medicación si se confirma el hecho.



Resumen

- En este capítulo se revisa el concepto de droga de abuso.
- Se establecen los siguientes grupos de drogas de abuso: Alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y su nivel de consumo en la población.
- Se distinguen dos tipos de trastornos mentales relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas: los trastornos inducidos y los trastornos de consumo. Entre los primeros, se encuentran la intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño. Mientras que los trastornos por consumo se agrupan en dos categorías: Abuso y dependencia.



Bibliografía

- [1] Repetto, M. Coordinador. *Toxicología de la drogadicción*. Madrid: Ediciones DIAZ DE SANTOS, S.A., 1985.
- [2] Organización Mundial de la Salud. *CIE 10. Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1996.
- [3] American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A., 1995.
- [4] Gil, E.; Jiménez, R.; Pérez, C.; Vargas, F. *Estudio de estilos de vida de la población adulta española*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, 1992.
- [5] Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 1. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1998.
- [6] Núñez, A.; Soto, C.; Castro, A. *Consumo de drogas en España: reflexiones sus tendencias epidemiológicas y sociales*. *Psiquiatría Pública*, 1998; 10 (6): 355-360.
- [7] Sánchez-Turet, M. Coordinador. *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona: Espaxs, 1999.
- [8] Edwards, G.; Anderson, P.; Babor, T.F.; Casswell, S.; Ferrence, R.; Giesbrecht, N. et al. *Alcohol y salud pública*. Barcelona: Prous Science, 1997.
- [9] Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de atención a las drogodependencias. Intoxicación aguda y abstinencia*. Madrid: Centro de Publicaciones, Documentación y Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
- [10] Velasco, A.; Alvarez, F.J. *Psicodislépticos o alucinógenos*. En Beneit, V.J.; López, J.C. *Drogodependencias. Aspectos farmacológicos y clínicos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1990: 217-227.
- [11] Beneit, V.J.; López, J.C. *Drogodependencias. Aspectos farmacológicos y clínicos*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1990.
- [12] Plan Nacional sobre Drogas. Actuar es posible. *El profesional de atención primaria de salud ante los problemas derivados del consumo de drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1992.
- [13] Gold, M.S. *Marihuana*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1991.
- [14] Spitz, H.I.; Rosecan, J.S. *Cocaína abuso. Nuevos enfoques en investigación y tratamiento*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1990.
- [15] Gawin, F.H.; Kleber, H.D. *Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers: clinical observations*. *Arch General Psychiatry* 1986; 43: 107-113.
- [16] Santodomingo, J.; Cuadrado, P.; Marín, J.; Martínez, J.J.; Megías, E.; Rubio, G. *Curso sobre alcoholismo y drogodependencias*. Madrid: FAD y Fundación de Ciencias de la Salud, 1998.
- [17] Cruz Roja Española. *Toxicomanías, conceptos y sustancias aditivas*. Madrid: Cruz Roja Española, 10 Informes Técnicos, 1987.
- [18] Alfonso, M.; Ibáñez, P. *Todo sobre las drogas legales e ilegales (Incluido alcohol y tabaco)*. Madrid: Editorial DYKINSON, 1992.
- [19] Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. *Manual de psiquiatría de urgencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996: 310-315.
- [20] Domingo, P.; López-Contreras, J.; Ris, J.; Colomina, J.; Cadafalch, J. *Complicaciones Infecciosas en adictos a droga por vía parenteral*. En Cadafalch J, Casas M *El paciente heroínómano en el hospital general*. Barcelona: CITRAN, 1993: 285-316.
- [21] Ruiz, D.; Cadafalch, J.; Fuster, M.; Ris, J. *Complicaciones médicas de etiología no infecciosa en el drogodependiente*. Cadafalch, J.; Casas, M *El paciente heroínómano en el hospital general*. Barcelona: CITRAN, 1993: 261-272.
- [22] Cabrera, R.; Mencías, E.; Cabrera, J. *Toxicología de los psicofármacos*. Madrid: Beecham, 1993.
- [23] Cuadrado, P. *Evolución de la dependencia alcohólica en tratamiento. Factores predictivos en un seguimiento de 5 a 7 años*. *Adicciones* 1998; 10: 335-341.