

Elena M^a Rodríguez Seoane
Araceli Plaza Andrés

**MANUAL DE ENFERMERÍA
EN ADICCIONES A
SUSTANCIAS Y PATOLOGÍA
DUAL**



© Elena Mª Rodríguez Seoane y Araceli Plaza Andrés, 2018

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-088-8

Depósito Legal: M-31729-2017

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales

Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

PRESENTACIÓN

El *Manual de Enfermería en Adicciones a Sustancias y Patología Dual* es una obra de obligado estudio para los profesionales del mundo sociosanitario y singularmente para las enfermeras, tanto generalistas como especialistas en salud mental.

Este libro viene a cubrir un vacío existente en las referencias bibliográficas que con más frecuencia consultan las enfermeras, siendo de agradecer la iniciativa de las autoras trayéndonos un compendio de las distintas sustancias psicoactivas cuyo consumo tiene mayor prevalencia en la actualidad.

Igualmente, hablan de las formas de consumo y los trastornos relacionados con sustancias, estudiando las necesidades que presentan las personas afectadas y planteando los cuidados enfermeros en cada uno de los casos, tanto desde la actividad diaria como en situaciones de urgencia, incluyendo un caso práctico.

Resulta innovador y muy interesante que en este texto se traten de manera profunda aspectos que hay que tener en cuenta en el estudio de la patología dual, problema cada vez más acuciante entre la población que consume drogas, dado que cada vez son más los drogodependientes atendidos que padecen, además un trastorno mental grave sabiendo que hay muchos aún sin diagnosticar.

Consideramos que la propuesta que se nos hacen para el trabajo enfermero desde la relación de ayuda es importante, ya que viene demostrando ser una herramienta muy eficaz ensayada por todas las enfermeras de nuestro entorno cultural con resultados muy positivos.

Desde la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) damos la bienvenida a esta obra, felicitamos a sus autoras y les deseamos los mayores éxitos.

PROF. DR. FRANCISCO MEGÍAS-LIZANCOS
Presidente de la AEESME.

PRÓLOGO

La patología adictiva es una realidad clínica de elevada prevalencia que supone una situación compleja y confusa en el contexto de la medicina (salud, enfermedad y prácticas asistenciales) y de la Psiquiatría, y que ha tenido un abordaje clínico, históricamente confuso, ambiguo y frecuentemente contradictorio.

La falta de estudios, investigaciones, conceptualizaciones adecuadas y tratamientos lo suficientemente específicos y efectivos durante décadas (años 70, 80, 90...) junto con cantidad de tópicos y prejuicios de índole moralista (“pseudos”), religiosa (“pseudos”) generaron en los profesionales de la asistencia psiquiátrica un escepticismo y una actitud de *nihilismo terapéutico* que facilitaron la aparición de dispositivos de “atención paraprofesional” que utilizaron como metodología terapéutica una especie de *conductismo moralizante* de diferentes modalidades con matices ideológicos, religiosos y moralizantes que ubicaron a los pacientes y a su problemática fuera del criterio de la medicina y a los pacientes en un “espacio” ajeno a la práctica médica profesional.

Con los años se ha ido imponiendo la lógica, y la realidad de la problemática que los pacientes con patologías adictivas presentan ha puesto en evidencia que los modelos psicopatológicos y psicoterapéuticos eran los más adecuados para la comprensión, abordaje y mejora de los trastornos adictivos, así como la reasignación de los “pacientes adictos” a un contexto más “normalizado”, “digno” y menos estigmatizante, marginalizado e ineficaz en su tratamiento, como propiciaban los modelos “paraprofesionales”.

Los adictos tenían así la posibilidad de dejar de ser viciosos, antisociales, delincuentes, parásitos, etc. y pasar a ser considerados enfermos y por tanto motivo y objeto de atención terapéutica.

En realidad, es el mismo proceso y trayectoria que históricamente había experimentado la Psiquiatría en el contexto del *edificio de la Medicina*, posiblemente la última especialidad médica en adquirir el reconocimiento de disciplina *científica*.

La globalización del consumo de drogas y sus graves repercusiones en la salud pública e individual han generado una mayor alarma social y atención por parte de los poderes públicos, sanitarios y la población en general, y en consecuencia de los colectivos profesionales implicados en la asistencia y la atención sanitaria.

La introducción del concepto *patología dual* (comorbilidad en un mismo sujeto de un trastorno adictivo y otro diagnóstico psiquiátrico) como realidad clínica de alta prevalencia ha supuesto el reconocimiento social de una situación clínica evidente y de creciente presencia en los dispositivos asistenciales ambulatorios y hospitalarios psiquiátricos.

Por eso mismo resulta de gran importancia la aparición del presente *Manual de Enfermería en adicciones a sustancias y patología dual*, por parte de profesionales de Enfermería, que supone el reconocimiento de una realidad clínica y su implicación y compromiso en la tarea terapéutica que genera y exige.

Todo ello en un contexto sociosanitario todavía organizado de forma improvisada, confusa y ambigua con redes asistenciales separadas, paralelas o no totalmente integradas y con modelos de atención no totalmente profesionales, ni científicos, poco claros, etc.

Por lo que supone un mayor mérito, interés y con una importante dosis de atrevimiento, oportunidad y acierto en un momento histórico en que la sanidad y su problemática requiere propuestas oportunas, acertadas, profesionales y eficaces.

El presente “manual” constituye una toma de conciencia y compromiso por parte de un colectivo sanitario y un estímulo y revulsivo para el conjunto de agentes sociales, políticos y profesionales implicados en la salud mental y la atención psiquiátrica.

Deseamos que suponga una aportación importante al conocimiento y formación en este campo (el de las *adicciones*), que tanto está contribuyendo al estudio del funcionamiento del *sistema nervioso central* y de la persona humana en su complejidad, ambigüedad y contradicciones.

En definitiva, constituye una propuesta formativa e informativa exhaustiva, completa, documentada, práctica, oportuna, profesional, valiente y muy necesaria.

FRANCISCO JAVIER OGANDO RODRÍGUEZ

Médico Psiquiatra. Jefe del C.S.M. Novia Salcedo.

Drogodependencias. Osakidetza, Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Presidente de la sección de Toxicomanías de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

INTRODUCCIÓN

La intención de este manual, como su título indica, es actualizar en parte los conocimientos sobre adicciones y el trastorno conocido como “patología dual”, íntimamente relacionado con la adicción a sustancias, así como poner de manifiesto las dificultades y carencias encontradas en su atención, abordaje, tratamiento y cuidados.

Destacar ante todo y sobre todo, que el agente sanitario (en este caso le enfermera que va a prestar cuidados a estas personas tanto desde la vertiente asistencial, como desde la educativa y preventiva), debe tener una sólida formación no solo en adicciones, sino también en los trastornos de la salud mental y viceversa, no pudiendo lograrse, en la relación establecida entre enfermera y paciente, una experiencia de éxito de otro modo.

También se pretende reclamar para aquellas personas que sufren una adicción a sustancias, su condición de personas que sufren una enfermedad mental con iguales derechos y dignidad que aquellos otros que teniendo un trastorno mental, no sufren tal problema adictivo.

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados.*

Recordada esta definición, no se entiende que la persona con un problema de adicción siga siendo tan ignorada y siga sufriendo estigmatización a pesar de que a partir de los años 70 y 80 (tras el descubrimiento de los sistemas opioide y cannabinoide), se les haya prestado más atención.

La gran complejidad y multicausalidad de las adicciones hacen que su tratamiento deba tener un carácter integral e integrador, siendo imprescindible la intervención multidisciplinar e interdisciplinar en el ámbito biopsicosocial, mereciendo destacar la figura del profesional de enfermería, como máximo partícipe en ofrecer los cuidados a las personas que sufren de este tipo de trastornos. El abordaje en cuidados en esta población se dirige idealmente hacia el logro de la desintoxicación y deshabituación. No obstante, y visto que no siempre se logra, debe ofrecerse, además, otra atención que abarque la prevención del consumo de otras sustancias o estrategias de intervención individuales y colectivas destinadas

* Nora D, Volkow MD. *Drugs, Brains and Behavior: The Science of Addiction*. National Institute on Drug Abuse. 2014. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface>

a minimizar los daños asociados al consumo de drogas sin necesariamente reducir o eliminar este (lo que se entiende como reducción de riesgos y daños).

Con este manuscrito nos hemos planteado el reto de poder facilitar al lector, aquellos aspectos relacionados con la prestación de una atención global e integral ofrecida a aquellas personas que sufren las consecuencias del abuso de sustancias con el fin de poder realizar una valoración, planificación y evaluación de todas aquellas intervenciones que pueden aplicarse en el ámbito de las drogodependencias con el fin de poder ofrecer una atención lo más completa, personalizada y de calidad posible a esta población.

Si con este modesto manual conseguimos hacer reflexionar a los profesionales de enfermería sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos en el campo de la atención a las personas que sufren adicciones y patología dual, y logramos ayudar a hacerlo mejor, nos sentiremos muy afortunadas.

LAS AUTORAS

ÍNDICE

Presentación.....	VII
Prólogo	IX
Introducción	XI
1. Introducción a las drogodependencias: estado actual, prevalencia, formas de consumo, definición de adicción, tipos de dependencia, afectación del consumo de drogas y cuidados generales	1
El fenómeno de las adicciones.....	1
El uso de sustancias psicoactivas.....	4
Diagnósticos asociados a una clase de sustancias	10
Clasificación de los tipos de dependencia a sustancias según Cancrini	11
Afectación del consumo de drogas a nivel orgánico y psicológico.....	12
Cuidados generales en adicciones	13
Resumen	14
Referencias bibliográficas.....	15
2. Las sustancias psicoactivas: definición de droga, clasificación de las drogas, y cuidados enfermeros.....	17
Definición de droga.....	17
Clasificación de las drogas.....	17
Otras drogas	83
Tendencias que preocupan	83
Resumen	85
Referencias bibliográficas.....	85
3. Atención en urgencias por consumo de sustancias: intoxicaciones, cuidados y actuación de enfermería, síndromes de abstinencia y educación sanitaria para disminuir riesgos y daños.....	89
Atención en situaciones de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.....	89
La educación para la salud como prevención de las urgencias producidas por el consumo de sustancias psicoactivas	98

Resumen	101
Referencias bibliográficas.....	101
4. La relación de ayuda en adicciones: la comunicación terapéutica, el <i>counselling</i>, la escucha activa, el proceso de relación de ayuda, habilidades de comunicación, estrategias para afrontar respuestas emocionales.....	103
La relación de ayuda en adicciones	103
La comunicación terapéutica	106
El <i>counselling</i>	112
El manejo de las reacciones emocionales.....	115
Resumen	117
Referencias bibliográficas.....	118
5. Metodología enfermera en adicciones. Los planes de cuidados enfermeros: El proceso de atención de enfermería. Ejemplo de un caso práctico	119
La metodología enfermera y los planes de cuidados en adicciones	119
El Proceso de Atención de Enfermería en Adicciones (PAE).....	120
Ejemplo de un caso práctico de Plan de Cuidados Enfermeros en Adicciones.....	141
Resumen	161
Referencias bibliográficas.....	162
6. Patología dual. Prevención y factores de riesgo. Grupo de Patología Dual. Dificultades.....	163
Definición	163
Consecuencias de la Patología Dual	164
Pero..., ¿qué es la adicción?.....	164
Etiología.....	165
Categorías	166
Dificultades para el tratamiento de la patología dual.....	167
Posibles tratamientos	167
Dificultades para aplicarlos.....	168
Problemas encontrados en el tratamiento de los pacientes con patología dual.....	169
Formación.....	170
Prevención. Factores de riesgo	170
Grupo de Patología Dual	171
Dificultades observadas en el grupo	176

Resumen	177
Referencias bibliográficas.....	178
7. La reducción del riesgo y del daño, los programas de reducción del daño en drogodependencias y su impacto biopsicosocial.....	179
Evolución histórica en el uso de sustancias psicoactivas y el uso de sustancias psicoactivas en España: de la represión a la reducción de riesgos y daños.....	179
La reducción de riesgos y daños: definición, objetivos, premisas y población diana.....	180
Tipología de programas de reducción de riesgos y daños	182
La relación terapéutica entre los profesionales y los usuarios de drogas en los programas de reducción de riesgos y daños	190
Eficacia y resultados de los programas de reducción de riesgos y daños.....	191
Resumen	193
Referencias bibliográficas.....	193
8. ANEXO	197
Glosario de algunos términos útiles en adicciones	197

INTRODUCCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS: ESTADO ACTUAL, PREVALENCIA, FORMAS DE CONSUMO, DEFINICIÓN DE ADICCIÓN, TIPOS DE DEPENDENCIA, AFECTACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y CUIDADOS GENERALES

.....
Elena M^a Rodríguez Seoane, Araceli Plaza Andrés

■ EL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES

El fenómeno de las adicciones y dependencia a sustancias en nuestra sociedad se puede calificar como un hecho complejo y dinámico, siendo necesaria para los profesionales de enfermería una actualización constante.

Las enfermeras somos agentes activos en los diferentes niveles asistenciales, capaces de ofrecer nuestros cuidados de manera profesional a aquellas personas afectadas por este tipo de dependencia.

Por ello es importante atender las múltiples dimensiones del fenómeno de las adicciones para poder prestar unos cuidados de calidad, ofreciendo unas pautas adecuadas a cada tipo de situación, pudiendo ser capaces de intervenir de manera individualizada con cada uno de los casos que podemos encontrarnos en nuestra práctica asistencial diaria.

Aunque la sociedad española lleva años tomando conciencia de las consecuencias negativas que el consumo de drogas o ciertos fármacos pueden suponer para la salud, es necesario continuar trabajando para lograr la abstinencia como objetivo ideal, o bien, una mayor introducción de cuidados dirigidos a la disminución del riesgo y del daño relacionados con el consumo. Así, se ha de entender la reducción de riesgo y daños como un abordaje global, intentando lograr que los consumos lleguen a ser menos problemáticos para las personas consumidoras.¹

Está claro que los consumos de sustancias son, sin duda alguna, un factor de riesgo para la población, pero se debe dejar claro que, en sí mismos, no son sinónimo de problemas. Es decir, consumir un tipo de sustancia no significa necesariamente tener problemas, sino la posibilidad de poder llegar a tenerlos más fácilmente que si no se consumiera.

Los problemas relacionados con los consumos de sustancias psicoactivas, bien sean drogas o fármacos, utilizadas en abuso o de manera no terapéutica, afectan

a distintas áreas de la persona, pudiendo existir no solo una afectación biológica, sino también psicológica y/o social. A nivel médico o físico, se producirían alteraciones provocadas por la propia sustancia, ya sea de forma patógena en órganos y funciones corporales, o como una dependencia biológica. En el aspecto psicológico se verían afectados los procesos motivacionales, emocionales, conductuales y/o las funciones instrumentales de la persona. Por último, en el plano social, la afectación del consumo de sustancias iría desde la distorsión de las relaciones sociales en el entorno más cercano de la persona (familia, amigos, entorno laboral, etc.), hasta la aparición de problemas de desarraigo social (problemas para tener una correcta inclusión en la sociedad, problemas legales, etc.).

El consumo de drogas en el ámbito cultural puede tener un significado religioso o ritual (por ejemplo, el uso del vino en la celebración de la eucaristía en la religión católica o en otro tipo de celebraciones como el cierre de acuerdos económicos, empresariales o políticos (como sería brindar con vino, cerveza o champán). Todos estos usos ritualizados son contemplados dentro de una cultura como un elemento más, consentido e incluso requerido, ya que se encuentran normativizados y controlados socialmente. Bien es cierto, por otro lado, que en la sociedad actual en la que vivimos (compleja y podríamos decir que tecnológicamente saturada), este tipo de uso en ocasiones se ha visto adaptado con el fin de satisfacer nuevas necesidades y demandas sociales, como puede ser cubrir el tiempo de ocio y diversión, o bien, una manera de establecer nuevas relaciones sociales en ciertos grupos poblacionales.

EL CONSUMO DE DROGAS. SITUACIÓN ACTUAL

En los últimos años el fenómeno de las drogas ha experimentado un profundo proceso de transformación que coincide con la evolución de la sociedad. Por ejemplo, en España el consumo en la actualidad está vinculado sobre todo a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo (fundamentalmente heroína), estaba asociado a lo marginal y a la delincuencia.

Podemos decir que los consumos de drogas a día de hoy están más asociados a nuevas formas de relacionarse o a nuevos procesos de socialización en la población en general y, aún más, en el ámbito juvenil.

Así, los valores, prioridades y necesidades sociales explicarán los motivos del uso de un tipo de sustancia y su función dentro de un grupo determinado de la población; algo que es fundamental para poder comprender las dinámicas de consumo y poder plantear abordajes más abiertos y amplios que vayan más allá de la propia sustancia.

En la sociedad actual prima el consumo de todo tipo de productos y el uso de sustancias se ha integrado y normalizado como una alternativa más o un recurso disponible con una determinada funcionalidad: para buscar placer, divertirse, rendir más en el área laboral, facilitador a la hora de poder socializar (sobre todo entre los jóvenes), para evadirse, etc.²

Es una realidad que un número importante de la población consume sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y otro tipo de drogas como cocaína o drogas de síntesis, entre otras.

Es importante también dejar claro que ni todas las drogas son iguales, ni lo son asimismo todo tipo de consumo en lo que a riesgo se refiere. Hay que tener en cuenta que en el acto de consumir existen tres componentes –la propia persona, la sustancia consumida y el contexto en el que se consume–, que son fundamentalmente los que confieren mayor o menor riesgo al propio hecho de consumir.³

El consumo de drogas se caracteriza por otras pautas de consumo que pueden ir desde un único consumo de carácter experimental, hasta un consumo regular o dependiente. Generalmente, el consumo de todas las sustancias es más elevado en los hombres que en las mujeres, destacando también en el tipo de pautas de consumo que vienen a ser más intensas o regulares en los varones. Estas distintas pautas también vienen asociadas a diferentes tipos y niveles de daños; es decir, un consumo más frecuente, unas dosis más altas, el consumo simultáneo de varios medicamentos o drogas y/o la administración por vía parenteral vienen asociados a un aumento de los riesgos para la salud.

PREVALENCIA DE LOS CONSUMOS. UNA REALIDAD

A nivel mundial podemos encontrar el *Informe Mundial sobre las Drogas* de la Comisión de Estupefacientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2014 (UNODC). En este informe se estima que al menos un 5,2% de la población mundial comprendida entre los 15 y los 64 años han usado una droga ilícita (sobre todo cannabis, opiáceos, cocaína o derivados anfetamínicos) al menos una vez en el año anterior al 2012.⁴

El *Informe Europeo sobre Drogas 2015* del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) señala que la prevalencia del cannabis es, aproximadamente, cinco veces más que el resto de sustancias. Se estima en dicho informe que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea (más de 80 millones de personas), han probado drogas ilegales en algún momento de su vida. La droga consumida con mayor frecuencia es el cannabis, estando a continuación el consumo de cocaína, anfetaminas y MDMA respectivamente. Y aunque el consumo de heroína y otros derivados continúa siendo relativamente escaso, estas sustancias se asocian a la mayoría de los casos de morbilidad, mortalidad y coste del tratamiento relacionado con el consumo de drogas en Europa.⁵

En España los datos epidemiológicos nacionales proceden de dos encuestas estatales bianuales sobre el uso de drogas realizadas por la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). Una es la *Encuesta Domiciliaria (EDADES)* dirigida a la población general de 15 a 64 años y otra es la *Encuesta Escolar (ESTUDES)*, dirigida a estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años de edad.^{6,7}

La encuesta EDADES 2011/2012 señala que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, seguida del tabaco, y ya, a más distancia, los fármacos hipnosedantes como drogas o sustancias legales (por ejemplo, benzodiazepinas tales como el lormetazepan, alprazolán, lorazepan, que sirven como inductores del sueño y como ansiolíticos). En cuanto a drogas ilegales, el cannabis sobresale como la

sustancia más consumida, seguida de la cocaína en polvo y el resto de sustancias donde la proporción de consumidores es menor al 1%.

Los hipnosedantes continúan siendo la única sustancia en la que el consumo por parte de mujeres es mayor que en los hombres en todos los grupos de edad, no dejando de crecer el porcentaje de consumidores.

El policonsumo se confirma como una constante prevalente tanto en España como en Europa.

Los resultados de la encuesta ESTUDES 2012/2013 dan a conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados, y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes entre 14 y 18 años de la Enseñanza Secundaria. Disponer de esta información ayuda en la orientación hacia el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas y facilita, en parte, la resolución de los problemas asociados a las mismas.

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas por esta población, seguidas del cannabis.

En relación al género, el consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido (también en este grupo), entre el género femenino, y en contraposición, el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre el género masculino.

El porcentaje de consumidores de drogas aumenta con la edad, situándose la edad media de inicio en el consumo entre los 13 y los 16 años, con una tendencia estable de revolución de forma general.

En relación al consumo de alcohol, ésta encuesta destaca que, más de la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año y que el porcentaje de estudiantes que se emborracha aumenta con la edad. Además, de los 14 a los 16 años, el porcentaje de chicas que se emborracha es mayor que el de los chicos.

Más del 60% de los jóvenes ha hecho “botellón” en el último año alguna vez, práctica que aumenta con la edad (4 de cada 10 jóvenes de 14 años y 8 de cada 10 de 18 años). Además, aquellos que realizan “botellón” practican con mayor frecuencia consumos intensivos de alcohol (borracheras y *binge drinking*) y también destaca un mayor porcentaje de consumo de otras sustancias como el cannabis o la cocaína.

■ EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Existen distintas maneras de consumir las sustancias, algo que tiene relevancia, pues de ello dependerán muchas de las consecuencias negativas sobrevenidas del tipo de consumo realizado. Por ello es importante entender las diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia.⁸

Estos tres conceptos, no solo dependen de las sustancias, sino también del contexto sociocultural en el que se usan, ya que establecerán considerables diferencias en los consumos que se realicen de las mismas sustancias.

Se habla de uso cuando las sustancias son utilizadas como un caso aislado, episódico u ocasional sin generar dependencia o problemas de salud asociados. Es posible utilizar drogas sin que el sujeto se convierta necesariamente en dependiente o sin que se den problemas inmediatos. Pero el uso inicial de sustancias puede dar lugar a situaciones conflictivas, surgiendo entonces un problema de abuso capaz de comprometer la salud del individuo o interferir con su funcionamiento normal.

El abuso implica una relación más estrecha con la sustancia, tanto en cantidad como en frecuencia, pudiendo desembocar en un comportamiento compulsivo, que a su vez, puede generar dependencia. Por otro lado, la dependencia se da cuando existe una necesidad, ya sea mental o fisiológica, por consumir una sustancia.

El abuso de una droga no solo se identifica con un patrón desmesurado en la administración de la misma, pues hay que tener también en cuenta el hecho de que el uso de determinadas drogas, por su propia naturaleza, supone tal riesgo que cualquier forma de consumo ya puede considerarse en sí misma un abuso (aparición de sobredosificaciones e intoxicaciones, riesgo de accidentes por consumo y conducción de vehículos, problemas por consumos durante el embarazo, aparición de riesgo por mezcla con otros fármacos o sustancias, etc.).

La situación de dependencia supone ya un uso de sustancias psicoactivas que se vuelve compulsivo. Este hecho hace que se dependa de la droga, así como del contexto y estilo de vida en torno a ella (del propio consumo, del círculo social de la persona, del reconocimiento y la aceptación dentro del grupo de iguales, el consumo solitario o aislado, etc.), organizándose la vida diaria en torno a la necesidad particular de consumir un tipo u otro de sustancia. La dependencia puede originarse de forma abrupta o progresiva dependiendo del tipo de droga consumida, y además, el hecho de dejar de consumir supone la aparición de síntomas físicos y/o psicológicos desagradables. Por tanto, la dependencia produce una afectación de las esferas social, personal y sanitaria de la persona que no se presenta ni en el uso, ni en el abuso.

FORMAS DE CONSUMO

Podemos distinguir entre el consumo experimental, ocasional, habitual y compulsivo:⁹

- *Consumo experimental:* Todo consumo de sustancias psicoactivas comienza en este punto, siendo un patrón común e inicial, tratándose de un consumo fortuito, de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero se decide que ya no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele venir determinada por el grupo de iguales con los que se produce el contacto inicial. Los motivos de este consumo pueden ser la curiosidad (conducta adolescente), sentirse adulto (conducta iniciática), sentirse parte de un grupo (conducta de integración), entre otros.

- *Consumo ocasional*: Se trata de un consumo intermitente en cantidades, en ocasiones importantes, cuya principal motivación en su uso se basa en la integración grupal (consumo sociorecreativo), aunque puede buscarse otro tipo de finalidades como son mayor rendimiento académico, deportivo, mayor resistencia física o sexual, etc. (consumo circunstancial-situacional). La finalidad es la búsqueda de experiencias agradables o placenteras.

En este tipo de consumo la persona discrimina el tipo de droga que prefiere y el lugar donde consumirla. Además, el consumo empieza a presentarse como más regular y enmarcado en contextos de ocio con más personas, que suelen ser amistades de confianza. El consumo no se emplea como un “escape” y rara vez se pierde el control, pero si estas circunstancias se dan con frecuencia, puede aumentar el riesgo de desarrollar una drogodependencia.

- *Consumo habitual*: Es un consumo que se da a diario y presenta un doble propósito: por un lado, pretende aliviar el malestar físico y psíquico que padece la persona (dependencia física y/o psicológica), y por otro lado, su objetivo es mantener un efecto determinado. Se emplea la droga tanto en grupo como individualmente, y los efectos son ya conocidos y buscados por el usuario. Existe una cierta alteración del comportamiento y una dedicación de cierto tiempo a pensar en la droga, buscarla y consumirla. En este caso, la frecuencia y la cantidad del consumo aumentan. Este tipo de consumo puede implicar problemas dependiendo del tipo de sustancia de la que se trate, la asiduidad con la que se emplee, las características personales, el entorno del consumo, entre otros factores, por lo que puede ser el paso previo al consumo compulsivo.
- *Consumo compulsivo*: Aquí la persona necesita la sustancia y su vida gira alrededor de la misma, a pesar de los problemas que conlleva. Se trata de un consumo de carácter intensivo en mayor cantidad y varias veces al día por un periodo más largo de lo que el consumidor pretendía. Además, la persona a pesar de tener conciencia de la dificultad de control sobre el uso de la droga, emplea gran parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención y consumo de la misma. Aparece un trastorno importante del comportamiento que produce consecuencias sociales negativas (pérdida del empleo, rupturas afectivas, desarraigo social, actos delictivos, etc.) y la persona presenta incapacidad para enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. Con frecuencia se recurre a un consumo aislado con el propósito de aliviar los síntomas ocasionados por la abstinencia.

TRASTORNOS POR ADICCIÓN. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Adicción significa “deseo de” y cuando hablamos de un trastorno de este tipo nos referimos al “deseo de” tan imperioso que interfiere en la vida cotidiana de la persona creando una dependencia física, psíquica o social de aquello que se desea.¹⁰

En toda conducta adictiva encontramos inseguridad, baja autoestima, personalidad dependiente, elevado nivel de ansiedad y/o conflictos emocionales no resueltos y sensación de incapacidad para enfrentarse a ellos.

El DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association o APA) que contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas.

Mientras que en el DSM IV se exponían cuatro epígrafes relacionados con el abuso de sustancias (abuso, dependencia, intoxicación y abstinencia), en la 5ª edición del manual (DSM 5), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias.¹¹

El trastorno por consumo de sustancia es la asociación de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento, que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas y el daño que le causa. En él se unen los dos cuadros de “abuso” y “dependencia” que se distinguían en el DSM IV.

“Es de destacar que la expresión “adicción” no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra “trastorno por consumo de sustancias”, para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante”.¹²

En esta última edición del DSM se han incluido 10 clases de sustancias, con las que se puede realizar el diagnóstico de “trastorno por consumo”, excepto con la cafeína (en la que los diagnósticos son de intoxicación o abstinencia únicamente).

Sustancias

1. Alcohol.
2. Alucinógenos como la fenciclidina (también llamada polvo de ángel, hierba mala o píldora de la paz), arilciclohexaminas (ketamina), otros.
3. Estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína, otros).
4. Opioides. (opiáceos puros, morfina, fentanilo, petidina...).
5. Inhalantes.
6. Cafeína.
7. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Diazepan, Lormetazepan, Lorazepan...).
8. Cannabis.
9. Tabaco.
10. Otras (o desconocida).

DIAGNÓSTICOS ADMITIDOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Se dividen en dos grupos:

“A. Trastorno por consumo de sustancias

Debe cumplir el criterio A, que consiste en un modelo problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en los últimos 12 meses al menos por dos ítems de una lista de once:

- *Ítems referentes al control deficitario (1-4):*
 - Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 - Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
 - Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir, consumir o recuperarse de los efectos.
 - Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
 - Ítems referentes al deterioro social (5-7).
 - Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 - Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tóxico.
 - El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- *Ítems referentes al consumo de riesgo (criterios 8 y 9):*
 - Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 - 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 consumo.
- *Ítems referentes a aspectos farmacológicos (criterios 10 y 11):*
 - Tolerancia: necesidad de cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad.
 - Abstinencia: aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar tales síntomas”.

Una vez diagnosticado, cumplido el criterio A, se deben especificar varios aspectos:

- “En remisión inicial o continuada: si después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de tres meses pero sin llegar a doce (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de con-

sumir”, que puede haberse cumplido), la remisión será inicial. Si se da lo mismo durante 12 meses o más, la remisión se considerará continuada.

- Gravedad actual: leve si se cumplen 2-3 ítems del criterio A, moderado si se cumplen 4-5 o grave si son 6 o más los que se observan.
- En un entorno controlado: si se encuentra en un entorno sin acceso al tóxico.
- En terapia de mantenimiento en el caso de opiáceos y tabaco”.

B. Trastornos inducidos por sustancias

1. Intoxicación por sustancias

Consiste en la aparición de un síndrome reversible y específico de la sustancia recientemente ingerida. Debido a los efectos directos de las sustancias sobre el sistema nervioso central, aparecen cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, de la capacidad de juicio, de la capacidad laboral o social, entre otros).

El cuadro clínico variará dependiendo del tipo de sustancia ingerida, la dosis, la duración de su uso, la tolerancia adquirida, las expectativas hacia los efectos esperados y dependerá también, del entorno donde se haya consumido la sustancia.

- *Criterios para la intoxicación por sustancias:*
 - Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión o exposición reciente.
 - Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
 - Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental asociado.

2. Abstinencia a sustancias

Consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento con componentes cognitivos y fisiológicos, como consecuencia de la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. Este síndrome produce un malestar significativo que irá acompañado de la disminución de actividades en distintas áreas del individuo.

Va asociada con frecuencia a la dependencia de sustancias y afectará en los síntomas el tipo de sustancia, la dosis, la duración del consumo y la presencia de otras enfermedades.

- *Los criterios para la abstinencia de sustancias son:*
 - Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

- El síndrome específico de dicha sustancia causa malestar clínicamente significativo, un deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican por la presencia de otro trastorno mental. Es un cuadro clínico característico al abandonar el cese del consumo.
- La codificación DSM 5 para la abstinencia, indica automáticamente la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo, lo que refleja el hecho de que la abstinencia solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo del tóxico.

3. Otros trastornos mentales inducidos

En el DSM 5 un único código combina el trastorno mental inducido por la sustancia con el trastorno por consumo de la misma.

■ DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS A UNA CLASE DE SUSTANCIAS

“Los diagnósticos que pueden asociarse a una u otra clase de sustancia son variables, estando recogidos en la siguiente tabla”. (Adaptado de 12):

	TPs	TB	TD	TA	TOC	TSñ	Dfx	SC	TNC	TUS	Intx	Abs
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	IA	I/A/P	x	x	x
Cafeína				I		I/A					x	x
Cannabis	I			I		I/A		I		x	x	x
Fenciclidina	I	I	I	I				I		x	x	
Otros Al.	I*	I	I	I				I		x	x	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	x	x	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		x	x	x
Ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	x	x	x
Estimulantes	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		x	x	x
Tabaco							A			x		x
Otros	I/A	I/A/P	x	x	x							

TPs = Trastorno psicótico; TB = Trastorno bipolar; TD = Trastorno depresivo

TA = Trastorno por ansiedad; TOC = Trastorno obsesivo compulsivo;

TSñ = Trastorno del sueño; Dfx = Disfunciones sexuales; SC = Síndrome confusional

TNC= Trastorno Neurocognitivo; TUS= Trastorno por uso de sustancias

Intx= Intoxicación por sustancias; Abs = Abstinencia a sustancias

Diferencias a destacar en el DSM 5

- En el DSM 5 desaparecen los términos “abuso” y “dependencia”, uniendolos dos cuadros en el concepto de “trastorno por consumo de sustancias”.

- “Justificación. El término “dependencia” es confuso y tiene connotaciones negativas referidas a patrones normales de abstinencia tras el uso terapéutico de medicaciones.
- Estudios en poblaciones clínicas y generales indican que los criterios de Abuso y Dependencia DSM-IV son un fenómeno único con distintos niveles de gravedad”.¹³
- Se reconoce como criterio el deseo intenso de consumo o la urgencia del mismo, ausente en anteriores clasificaciones, y se subraya su duración en el tiempo.
- Se reconocen los cuadros de abstinencia a cannabis y a cafeína, no presentes en clasificaciones previas.
- La gravedad pasa a ser definida por el número de ítems del criterio A que cumple el trastorno.
- Desparece el concepto de politoxicomanía, y con él el diagnóstico de “Adicción a múltiples sustancias”.
- Se crean especificadores nuevos como “en entorno controlado” y “en terapia de mantenimiento.

Se reduce de 11 a 9 sustancias (alcohol, THC, alucinógenos, cafeína, opiáceos, inhalantes, hipnóticos, sedantes, estimulantes, tabaco y otras sustancias).

Las anfetaminas se incorporan a estimulantes, la fenciclidina se incorpora a alucinógenos.¹⁴

■ CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE DEPENDENCIA A SUSTANCIAS SEGÚN CANCRINI

Antes de empezar a hablar de algunas drogas, es de interés recordar la clasificación que en su día hizo Cancrini sobre los distintos tipos de toxicomanías:¹⁵

- *Toxicomanía traumática*: se da en personas que entran en el mundo de la droga buscando escapar del miedo intenso y violento sufrimiento que padecen más que con la intención de obtener placer. Suelen ser personas con una neurosis traumática, que no han podido expresar la experiencia sufrida por carecer del lugar u ocasión segura y estable para poder hacerlo.
- *Toxicomanía por neurosis actual*: utilizan las drogas de forma controlada y piden ayuda solo cuando tienen accidentes o se encuentran mal. Se caracterizan por ser personas con una larga serie de periodos de inestabilidad y con un estado depresivo de base, relacionado con la situación familiar y el malestar psíquico. Presentan somatizaciones y pérdida de interés por la vida.
- *Toxicomanía de transición*: los consumidores de esta clase son personas con graves perturbaciones mentales que utilizan la droga como control de la angustia. Se caracterizan por padecer periodos de euforia en los que suelen consumir heroína y periodos de depresión en los que las drogas de elección son las estimulantes, como la anfetamina. Al contrario que en otro tipo

de toxicomanías, no hay una relación aparente entre el inicio del consumo y el momento vital. Estos consumidores tienen un alto riesgo de recaída.

- *Toxicomanía sociopática*: este tipo de consumidores son personas de carácter marcadamente antisocial. Mantienen conductas desviadas y delictivas con una actitud desafiante hacia el entorno, desprecian todo lo que suponga un intento de rehabilitación de su toxicomanía. Los toxicómanos sociopáticos usan la droga de manera peligrosa e indiscriminada para compensar una vida altamente insatisfactoria.¹⁶

La organización familiar de estos adictos va, desde familias en las que uno de los cónyuges es altamente protector y el otro se mantiene al margen, a aquellas totalmente desarraigadas y ausentes, e incluso multiproblemáticas, con historia de otras adicciones, mal control del mundo emocional, existencia de depresiones, en las que los límites que se han de poner a las conductas son débiles o no existen. En este tipo de familias se dan relaciones y comunicaciones altamente contradictorias, en las que también abundan los chantajes emocionales y las manipulaciones. El sistema jerárquico está alterado, así como el “papel” o rol de cada elemento familiar.¹⁰

■ AFECTACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS A NIVEL ORGÁNICO Y PSICOLÓGICO

Aunque cada tipo de sustancia actúa de una determinada manera a nivel orgánico, todas suponen un riesgo al poder dañar el funcionamiento corporal.

En el sistema nervioso central todas las drogas tienen un efecto de mayor o menor intensidad. Existe una alteración funcional y estructural que hace que aparezcan diferentes síntomas: distimia, ansiedad, desinhibición, euforia, alucinaciones, delirios, percepción alterada de la realidad, desorientación, confusión, estados de pánico, depresión, agresividad, somnolencia, dificultad para poder concentrarse, alteración en la memoria, etc.). Pueden aparecer situaciones orgánicas más graves como degeneración o atrofia cerebral, neuropatías o infartos cerebrales, entre otros.

En el sistema respiratorio puede aparecer irritación de vías respiratorias, bronquitis, disminución de la capacidad pulmonar, depresión respiratoria, disnea, enfisema pulmonar o cáncer de pulmón.

A nivel gastrointestinal se pueden producir afectaciones múltiples, como por ejemplo, náuseas o vómitos, estreñimiento o diarrea, acidez estomacal, hepatopatías, alteración del apetito, etc.

En el sistema cardiocirculatorio pueden surgir desde taquicardias, aumento o disminución de la tensión arterial y arritmias, hasta infarto agudo de miocardio.

También puede aparecer alteración del sistema motor con descoordinación, relajación muscular, vértigo, lentitud de reflejos, disminución de la percepción del dolor, hiperactividad motora, temblores, convulsiones, ausencia de fatiga, etc.

También puede aparecer afectación del sistema reproductor. En el hombre se puede producir impotencia, apatía sexual o disminución de la eyaculación, entre otros

problemas. En la mujer pueden surgir problemas ovulatorios o amenorrea, y también el consumo de drogas en la mujer embarazada supone un riesgo de aborto espontáneo, partos prematuros, riesgo de aparición de malformaciones (en extremidades, a nivel de desarrollo del sistema nervioso), etc. Además, el neonato puede sufrir bajo peso, problemas relacionados con el síndrome de abstinencia (debido a la droga que consume la madre), problemas de desarrollo intelectual, entre otros muchos.

No hay que olvidar tampoco la ingesta accidental por parte del menor de la sustancia que consumen sus progenitores por descuido de estos.

Las alteraciones del organismo pueden producir también un desequilibrio en el sistema inmune, lo que aumenta el riesgo de poder contraer infecciones.

El consumo de drogas, además de afectar de forma biológica, también produce una afectación psicológica con alteración en el comportamiento del consumidor, ocasionando también alteración de la percepción de la realidad, disminución de reflejos y de capacidad de respuesta. Por ello se pueden ocasionar accidentes, ya sean de tráfico, domésticos o laborales.

El consumo de drogas disminuye los mecanismos de autocontrol, y la desinhibición que produce puede favorecer la aparición de situaciones conflictivas y violentas (peleas, relaciones sexuales sin protección con contagios de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, así como relaciones sexuales no consentidas o violaciones).

■ CUIDADOS GENERALES EN ADICCIONES

Algunos problemas que se producen por consumo de sustancias son: inquietud e insomnio, alteración nutricional de líquidos y electrolitos, agotamiento físico, ansiedad, agitación, disminución de la concentración, compulsión de consumo apremiante y/o trastornos de la personalidad, entre otras alteraciones.

Los objetivos que debemos buscar son tranquilizar al paciente y conseguir un reposo adecuado, disminuir su agresividad, conseguir que la persona afectada realice una correcta alimentación, normalizar sus actuaciones y su personalidad y/o reestablecer su estado físico, entre otros.

Como actividades o intervenciones destacan: crear un ambiente sin exceso de estimulación, administrar los fármacos prescritos y enseñar lo necesario acerca de la medicación pautada, realizar un control médico y diagnóstico periódico, participar en las terapias psicológicas y psiquiátricas de deshabitación, enseñar a recobrar los hábitos alimenticios, promover el diálogo y la reflexión en el paciente y/o favorecer la expresión de sus pensamientos y sentimientos para el aumento de la autoestima.

Entre los cuidados generales destacan:

- Procurar un ambiente tranquilo.
- Informar y educar sobre el daño y los riesgos, y explicar los beneficios de dejarlo.
- Organizar actividades de ocio.
- Potenciar de forma positiva los logros.

- Buscar motivaciones y apoyos en asociaciones.
- Explicar los beneficios de dejar el consumo.
- Fortalecer su voluntad y asertividad.
- Detectar los estados de ansiedad por si fuera necesario aplicar tratamiento.
- Es importante el tratamiento individualizado.
- Desarrollo de la relación de ayuda. Es necesario ser muy pacientes ya que la irritabilidad, la agresividad, la confusión, entre otros síntomas, hace difícil el trato y la convivencia con la persona afectada. También es útil analizar con la persona la necesidad de ayuda para afrontar la situación conflictiva.
- Vigilar el sueño, la alimentación, los cambios de ánimo y la aparición de infecciones, si las hubiera.
- Consensuar el plan de cuidados y la fecha para dejarlo.
- Consensuar el plan de cuidados orientado a disminuir los riesgos derivados de los consumos que no se desean abandonar en estos momentos.

El tratamiento de elección para la conducta adictiva es la psicoterapia y, solo por indicación médica el farmacológico (y según los casos).

En cualquier caso, los tratamientos deben ser individualizados ya que una persona puede necesitar un programa y una medicación distinta a otra, aunque ambas consuman el mismo tipo de sustancia.

■ RESUMEN

- El fenómeno de las adicciones se puede calificar como un hecho complejo y dinámico.
- Es necesario continuar trabajando para lograr la abstinencia como objetivo ideal, o bien, una mayor introducción de cuidados dirigidos a la disminución del riesgo y del daño relacionados con el consumo, entendiendo la reducción de riesgos y daños como un abordaje global.
- En el acto de consumir existen tres componentes (la propia persona, la sustancia consumida y el contexto en el que se consume), que son los que confieren mayor o menor riesgo al propio hecho de consumir.
- Los problemas relacionados con los consumos de drogas afectan a distintas áreas de la persona, pudiendo existir no solo una afectación biológica, sino también psicológica y/o social.
- En los últimos años el fenómeno de las drogas ha experimentado un profundo proceso de transformación que coincide con la evolución de la sociedad. El consumo en España en la actualidad está vinculado sobre todo a la cultura del ocio y al fin de semana, siendo principalmente experimental u ocasional.
- El *Informe Europeo sobre Drogas 2015* del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) señala que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea ha probado drogas ilegales en algún momento de su vida.

- En España, los datos epidemiológicos señalan que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, seguida del tabaco y los hipnosedantes como drogas legales. El cannabis sobresale como la sustancia ilegal más consumida, seguida de la cocaína.
- El consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres y el tabaco, el alcohol y los hipnosedantes entre las mujeres.
- También aumenta el consumo de alcohol especialmente entre los más jóvenes (14 y 15 años), así como la presencia de chicas con patrones de consumo intensivo. Y el consumo intensivo de alcohol (borracheras o *binge drinking*) es también frecuente y se asocia a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo junto con cannabis y cocaína).
- Podemos distinguir entre el consumo experimental, el ocasional, el habitual y el compulsivo.
- El *trastorno por adicción* es un deseo tan imperioso que interfiere en la vida diaria de la persona creando una dependencia física, psíquica o social de aquella sustancia que se desea.
- El DSM 5 contempla los trastornos adictivos y relacionados con sustancias en: A) Trastornos por consumo de sustancias y B) Trastornos inducidos por sustancias.
- En el DSM 5 desaparecen los términos “abuso” y “dependencia”, uniendo los dos cuadros en el concepto de “trastorno por uso de sustancias”.
- Cancrini diferenció cuatro tipos de toxicomanías: toxicomanía traumática, toxicomanía por neurosis actual, toxicomanía de transición y toxicomanías sociopáticas.
- Aunque cada tipo de sustancia actúa de una manera particular a nivel orgánico, todas suponen un riesgo al poder dañar el funcionamiento corporal y mental.
- Los objetivos de los cuidados en adicciones se centran en intentar cubrir aquellas necesidades alteradas a nivel global de la persona consumidora, tanto lo desee como no, realizar un abandono del hábito de consumo.

■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Guía sobre drogas 2007*. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>
2. Becoña E. Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*. 2000; 7:25-32.
3. Zarco J, Caudevilla F, López A, Apolinar J, Martínez S. *El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona. Semfyc ediciones; 20074
4. *Informe Mundial sobre las Drogas de la Comisión de Estupefacientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2014* (UNODC). Disponible en: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf

5. Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades 2015*. Luxemburgo. 2015. Disponible en: www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_ES_TDAT14001ESN.pdf
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España EDADES 2011-2012*. Madrid 22 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012/2013*, España. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf
8. Barra A, Diazconti R. *Guías para el Debate. Diferencias entre el uso, el abuso y la dependencia a las drogas*. México. Espolea A.C. 2013.
9. Martín del Moral M, Lorenzo P. Capítulo 1. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Lorenzo P, Laredo J, Leza J, Lizasoain I. (coordinadores). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Médica Panamericana. Madrid. 2009; pp. 1-25.
10. Rodríguez E. *Conocer la enfermedad mental (Salud Mental para el siglo XXI: Cuidar, Rehabilitar e Integrar)*. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 2012.
11. Grande Argudo E. *Abordaje de las Adicciones en Red*. Elida Grande Argudo. 2016. Trastornos relacionados con sustancias según el DSM VI. Larrañagal. González, N. Perriáñez Edit. Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza) ISBN: 978-84-608-7041-8 Edición: 1ª. 23 de abril de 2016 Bilbao.
12. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. pp 255-257.
13. Pérís de los Cobos J. El DSM-5 y el Diagnóstico de la Patología Dual desde una Perspectiva Dimensional. Encuentro Luxo-Galaico. "Las adicciones en el S XXI". Vigo 27/02/2015 Disponible en: <http://vigolusogalaico2015.com/uploadedFiles/vlg2015.7c9t3/fileManager/MR1.2.pdf>
14. Riquelme Falcón E. "Actualización DSM V Trastornos por Consumo de Sustancias". http://saludmentalarrayan.cl/files/Presentacion%20adicciones/Dr__Riquelme.pdf
15. Marcos JA, Tenorio J, Pérez J, Rosa C. Evaluación de tipologías en toxicomanías. *Apuntes de Psicología*. 2001; 19(2):263-282.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Monografías. Comunidad y drogas*. Madrid 1987.