

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Dr MARIO SEGUEL LIZAMA\*

Para el manejo adecuado de los efectos adversos de las sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) es necesario comprender el proceso adictivo (uso, abuso y dependencia) el cual incluye normas socioculturales de uso, el curso clínico de los trastornos por uso de sustancias y la neurobiología de la adicción.

El consumo de sustancias psicoactivas en los diversos países del mundo es muy amplio, estimándose una prevalencia cercana al 100% para al menos una experiencia de consumo en la vida. Tanto el súbito y dramático incremento de su uso, como la respuesta de la sociedad, han sido comparados al impacto de las plagas durante la edad media. En algunas personas, el uso de sustancias psicoactivas los expone al desarrollo del "abuso", con el riesgo de presentar problemas en su salud y adaptación social. Para estos individuos existe un progresivo y grave compromiso individual o social, con problemas legales, uso de servicios de salud, ausentismo laboral, etcétera.

Los enormes progresos en la comprensión y tratamiento de los trastornos adictivos han sido ensombrecidos por nuestros conceptos sobre los enfermos y por los mitos sobre su tratamiento, generándose dificultades para un diagnóstico y tratamiento oportunos. Sólo un porcentaje muy bajo de los afectados se encuentra en tratamiento. Los principales obstáculos para el diagnóstico son deficiencias en la formación de los profesionales de salud y pesimismo en relación a la eficacia del tratamiento.

### ANTECEDENTES

El reconocimiento de la conducta adictiva en el ser humano data de la antigüedad, describiéndose para cada una de las sustancias psicoactivas un trastorno específico (por ejemplo: alcoholismo, tabaquismo, etcétera). La investigación científica sobre el tema se inició sólo a partir de los años 30, y los conceptos actuales de clasificación se basan en dos aportes fundamentales:

1.- Jellinek (1960) considera el alcoholismo como una

enfermedad médica, de carácter progresivo, que inevitablemente lleva a una pérdida total del control de la sustancia, llegando a un desenlace fatal.

2.- Edwards y Gross (1976) incorporan el concepto de síndrome de dependencia.

La tercera edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM III, 1980) reúne todas las formas de adicción bajo un sólo concepto: "abuso y dependencia de sustancias psicoactivas" y en forma independiente señala las complicaciones derivadas de su uso. Esta clasificación propone criterios diagnósticos que se han perfeccionado hasta la versión del DSM IV (1994) e ICD 10 (1994). Ambas identifican precoz y confiablemente un número mayor de personas con abuso o dependencia. El DSM IV identifica 11 grupos de sustancias psicoactivas capaces de producir abuso y dependencia:

- 1.- Alcohol
- 2.- Anfetaminas (simpaticomiméticos)
- 3.- Alucinógenos (LSD, mescalina)
- 4.- Cafeína
- 5.- Cannabis
- 6.- Cocaína
- 7.- Fenilciclidina (PCP)
- 8.- Inhalantes (hidrocarburos, solventes, cloruro de etilo)
- 9.- Nicotina
- 10.- Opiáceos (naturales: morfina, semisintéticos: heroína, sintéticos: codeína)
- 11.- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (benzodiazepinas y barbitúricos)

Estas sustancias se distinguen entre sí por efectos psicoactivos específicos y por su capacidad para producir trastornos.

### EPIDEMIOLOGIA

Así como la histeria fue el mayor problema psiquiátrico durante el siglo XIX, no cabe duda que el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es el mayor problema de nues-

\* Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría

tro siglo. El país con el mayor consumo de sustancias psicoactivas es EE UU, de tal modo que sus estudios de prevalencia nos permiten un marco de referencia.

Kessler y cols. encontraron una prevalencia de 26,6% a lo largo de toda la vida para abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva, siendo más frecuente en hombres (35,4%) que en mujeres (17,9%). Esta prevalencia es la más alta que la suma de todas las formas de trastornos del ánimo (19,3%) o trastornos de ansiedad (24,9%). El alcohol es la sustancia más prevalente (14,1%), en relación a la suma de las otras sustancias (12,5%).

En Chile, el alcoholismo ha sido históricamente el mayor problema de Salud Pública, con una prevalencia cercana al 20% en los mayores de 15 años. En los últimos 30 años se ha triplicado en la población menor de 21 años y se ha observado un aumento creciente entre las mujeres y los mayores de 65 años, asociándose a un aumento del consumo de cerveza y licores. Las complicaciones psiquiátricas del alcoholismo determinan entre el 35% al 50% de todos los ingresos a los hospitales psiquiátricos, los suicidios logrados son mayores en los grupos de dependientes de alcohol y de otras sustancias psicoactivas.

En relación al consumo de drogas propiamente tal, el estudio más reciente de población general de nuestro país efectuado en 1994 por el Centro de Estudios de la Realidad Contemporánea, en una población de 12 a 64 años de edad, utilizó criterios diagnósticos comparables en muchos aspectos al estudio norteamericano (Figura 1). Para efectos de comparación se excluye el uso de alcohol, tabaco y tranquilizantes, destacando la similitud de algunas cifras.

El médico general puede evitar tratar estos enfermos, pensando que no es su responsabilidad. Sin embargo, uno de cada tres pacientes atendidos en la atención primaria tiene problemas de abuso de sustancias, siendo los más frecuente alcohol, tabaco y benzodiazepinas.

## ETIOLOGIA

Aún permanece imprecisa, a pesar de lo grave y extenso del problema. Se ha encontrado una influencia conjunta de factores socioculturales, familiares, psicodinámicos, de personalidad y genéticos. El estudio de los factores genéticos han tenido un desarrollo importante en los últimos años, encontrándose que el riesgo de desarrollar una dependencia en familiares de primer grado es 4 veces superior al de la población general. Estos estudios han permitido delimitar poblaciones de alto riesgo entre los familiares de dependientes, las cuales se caracterizan por un inicio temprano del uso de sustancias, consecuencias sociales más graves, deterioro progresivo de los vínculos familiares, disminución del rendimiento académico, aumento de conductas antisociales, mayor morbilidad y mortalidad precoz y una peor adhesión al tratamiento.

La Tabla 1 resume los principales factores de riesgo para el desarrollo de la adicción a sustancias. Estos factores pueden actuar como protectores o facilitadores del consumo: el proceso de evolución hacia la dependencia resulta del efecto conjunto de ellos. El problema se agrava, pues la sociedad mantiene una actitud ambivalente de censura y marginación a quienes sufren de una adicción y, por otra parte, estimula e incentiva su uso. Esto es especialmente evidente en relación a las dos sustancias responsables de las más altas tasas de morbilidad y mortalidad, el alcohol y el tabaco.

## DIAGNOSTICO

Los criterios diagnósticos de abuso y dependencia están centrados en la conducta adictiva, en las complicaciones derivadas del consumo y no directamente en las cantidades de sustancia utilizada. Una de las clasificaciones más aceptadas es el DSM IV, cuyos criterios se resumen en las Tablas 2 y 3. Para el diagnóstico de dependencia es importante la identificación de tres fenómenos fundamentales:

**Tolerancia.** Puede objetivarse en la necesidad de aumentar la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado, o en una disminución del efecto con el uso de la misma cantidad. Para algunos grupos tales como alcohol y benzodiazepinas existe tolerancia cruzada, de modo tal que el uso regular de uno de ellos facilita el consumo de grandes cantidades

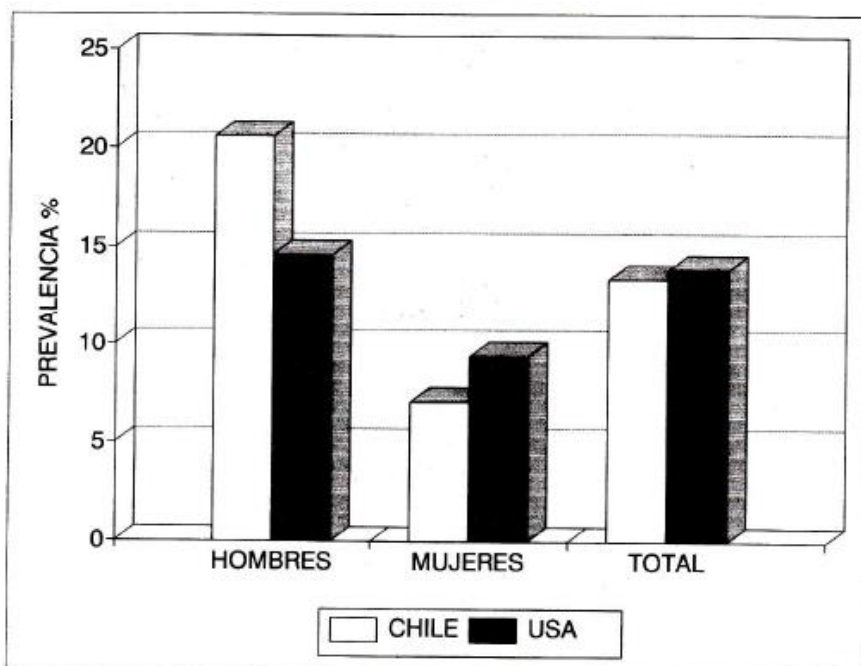


Figura 1. Prevalencia de uso de drogas en población de 12 a 64 años en Chile (CERC, 1994) y en USA (Referencia 5). No se incluye el uso de alcohol, tabaco ni tranquilizantes.

**Tabla 1. Predictores de abuso y dependencia de sustancias**

<p>1. Factores socioculturales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. etnia</li> <li>2. cultura</li> <li>3. subcultura</li> <li>4. dinámica familiar: baja consistencia, cohesión, expresividad y comunicación; alto nivel de conflictos.</li> <li>5. dinámica de pares</li> <li>6. dinámica escolar</li> </ol> <p>2. Factores de riesgo individual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. actitud: expectativas sobre drogas.</li> <li>2. personalidad: desinhibición, búsqueda de novedades, exposición al riesgo, evitación del sufrimiento, hiperactividad y labilidad emocional.</li> <li>3. Cognición</li> <li>4. Conducta</li> <li>5. Factores genéticos</li> </ol>
--

de la otra sustancia en un tiempo muy breve. El desarrollo de tolerancia es un fenómeno relativamente precoz en el proceso adictivo, exponiendo a la persona a un aumento importante del uso de la sustancia y a sus efectos tóxicos.

**Privación.** Se manifiesta cuando la sustancia se suspende, o cuando ésta se utiliza para aliviar o evitar los síntomas de privación. Las características clínicas de la privación dependen del grupo de sustancias utilizadas, existiendo para cada una de ellas criterios específicos que facilitan su identificación. Como concepto general se puede afirmar que aquellas que tienen un efecto principal de tipo sedativo (alcohol, barbitúricos y benzodiazepinas) el síndrome de privación es opuesto, manifestándose una hiperexcitabilidad del sistema nervioso, llegando al *delirium* o a las convulsiones. En aquellas sustancias cuyo efecto central es activante (cocaína, anfetaminas o estimulantes en general) la privación se manifiesta como una disminución de la actividad del sistema nervioso y clínicamente como una depresión y fatiga importante, con alto riesgo de conductas autodestructivas y suicidas.

La privación no ocurre con todas las sustancias (por ejemplo marihuana), pero cuando esta se manifiesta da un sello indiscutible de dependencia y gravedad. El alivio de los síntomas de privación es una de las mayores causas de consulta médica en las adicciones, la cual habitualmente se resuelve en forma satisfactoria, sin orientarse el tratamiento al proceso adictivo.

**Compulsión y descontrol en el uso de la sustancia.** Los criterios 3 al 7 de la Tabla 3 reflejan en su conjunto una pérdida de libertad en el control de la sustancia y una necesi-

dad de mantener su uso a pesar de las consecuencias adversas. En acuerdo a estas conductas, es posible efectuar el diagnóstico de dependencia en etapas más tempranas y con un nivel de daño orgánico, individual y social menor.

### Diferencias entre abuso y dependencia

La Tabla 4 resume el potencial de abuso y dependencia, cuya diferenciación es importante en clínica. El abuso es una etapa previa a la dependencia, de menor gravedad, reversible, pues luego de un período de abstinencia es posible retornar al uso moderado y controlado de algunas sustancias, cuando existe para ella un nivel de uso normal, como son el alcohol y las benzodiazepinas. Para la nicotina no existe la etapa de abuso, pues al tener un potencial adictivo mayor se pasa directamente a la dependencia. Fenómenos similares parecen ocurrir con sustancias altamente adictivas, tales como la pasta base de cocaína, con la cual luego de breves e intensos períodos de abuso se llega a la dependencia.

Durante las dos últimas décadas se han identificado técnicas de intervención breves y altamente focalizadas en los diversos niveles de la atención primaria, como los sitios iniciales e ideales de intervención para el abuso de alcohol y drogas. Esto permite organizar programas eficaces con diversos niveles de complejidad: *screening* e identificación de casos, intervenciones breves, evaluación, seguimiento, y referencia a centros especializados si es necesario.

El *screening* e identificación de casos emplean cuestionarios o entrevistas estructuradas, que permiten identificar problemas asociados al uso de alcohol o drogas. Estas pueden ser administradas como parte de una evaluación inicial global de salud o enmascarada para grupos con mayores niveles de sospecha, las cuales pueden ser aplicadas a los sujetos o a informantes colaterales (familiares o referentes laborales).

**Tabla 2. Abusos de sustancias\***

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso recurrente de la sustancia, con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas.</li> <li>2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso.</li> <li>3. Problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de sustancias.</li> <li>4. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales, provocados o exacerbados por la sustancia.</li> </ol> <p>* DSM IV, 1994. Se debe cumplir un criterio o más, en un período de 12 meses, sin haber reunido los criterios de dependencia.</p>
--

**Tabla 3. Dependencia de sustancias\***

1. Tolerancia.
2. Privación.
3. Uso de la sustancia en una cantidad mayor o por un período mayor de tiempo.
4. Deseo persistente o esfuerzos inútiles para detener o controlar el uso de la sustancia.
5. Emplear gran cantidad de tiempo en actividades para obtener la sustancia, usarla o recuperarse de sus efectos.
6. Reducción de actividades laborales, sociales y recreacionales por el uso de la sustancia.
7. Uso de la sustancia a pesar del conocimiento de las consecuencias (físicas o psíquicas).

\* DMS IV, 1994. Se deben cumplir 3 criterios a lo menos, en un período de 12 meses).

Un segundo nivel de investigación es la utilización de marcadores biológicos de laboratorio, que permiten identificar personas con un consumo más importante de sustancias, los cuales mediante algoritmos que combinan diversas fuentes de información orientan el juicio clínico y una apropiada intervención en cada caso.

### Comorbilidad

El diagnóstico dual se refiere a la concurrencia de dos entidades independientes en una misma persona. En este momento es poco frecuente que una persona utilice una sola sustancia psicoactiva, el uso múltiple es lo habitual. Hasta ahora el énfasis de la investigación ha estado puesto principalmente en las características epidemiológicas y clínicas de la población afectada, más que de su tratamiento, dada las dificultades de efectuar seguimiento en esta población.

La ausencia de un diagnóstico oportuno de otra enfermedad que coexiste con el abuso o dependencia, determina un estilo de adaptación que tiende a disminuir aún más la autoestima, prolonga las hospitalizaciones y determina que los pacientes reinicien rápidamente el uso de sustancias al ser dados de alta. Esto lleva a dificultades y faltas en los compromisos de tratamiento, por lo que los pacientes

no logran adherir adecuadamente a los programas de autoayuda. Los enfermos con patología dual evolucionan prontamente a un grave deterioro de sus grupos de apoyo, pudiendo ingresar al grupo social de pacientes sin redes sociales, vagabundos o sin hogar.

La comorbilidad es muy frecuente en los trastornos psiquiátricos. Es así como el 74% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados refieren haber abusado de sustancias y el 13% abusa regularmente de drogas, sin considerar el alcohol. La identificación de un trastorno preexistente o concurrente es difícil, ya que muchos síntomas psíquicos o incluso condiciones médicas pueden ser causadas por la sustancia. Uno de los criterios que pueden ser útiles para precisar la comorbilidad es el comienzo de los síntomas. Es así como la existencia de un importante deterioro social previo a la hospitalización, uso de psicofármacos y pobre desempeño laboral, debieran plantear la existencia de patología dual.

Los trastornos del ánimo como distimia, doble depresión (sobreimposición de una depresión mayor a una distimia) y trastorno bipolar exponen a un alto riesgo de uso de anfetaminas, cocaína, alcohol y benzodiazepinas. El alto nivel de sufrimiento que acompaña al abuso y dependencia, asociado a la existencia de psicopatología, produce importantes dificultades en el área interpersonal, en el mundo laboral y en las relaciones sociales, pudiendo orientar la impresión clínica hacia la existencia de un trastorno esquizofrénico más que a uno del área afectiva.

Los trastornos de ansiedad ocupan el segundo lugar luego de los trastornos del ánimo, siendo muy difícil su separación inicial, ya que una crisis de pánico puede presentarse en relación a intoxicación de cocaína, uso de marihuana o privación de alcohol o benzodiazepinas. Es importante destacar los altos porcentajes de suicidio en pacientes con trastorno de pánico no tratado (18%), tan altos como los asociados a depresión no tratada (15%). Otro trastorno de ansiedad preexistente es la fobia social, especialmente asociada a alcohol, tabaco y benzodiazepinas.

**Tabla 4. Potencial de abuso y dependencia de diferentes sustancias**

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Privación
Alcohol	X	X	X	X
Anfetaminas	X	X	X	X
Alucinógenos	X	X	X	
Cafeína			X	
Cannabis	X	X	X	
Cocaína	X	X	X	X
Fenilciclídina	X	X	X	
Inhalantes	X	X	X	
Nicotina	X			X
Opiáceos	X	X	X	X
Sedantes	X	X	X	X

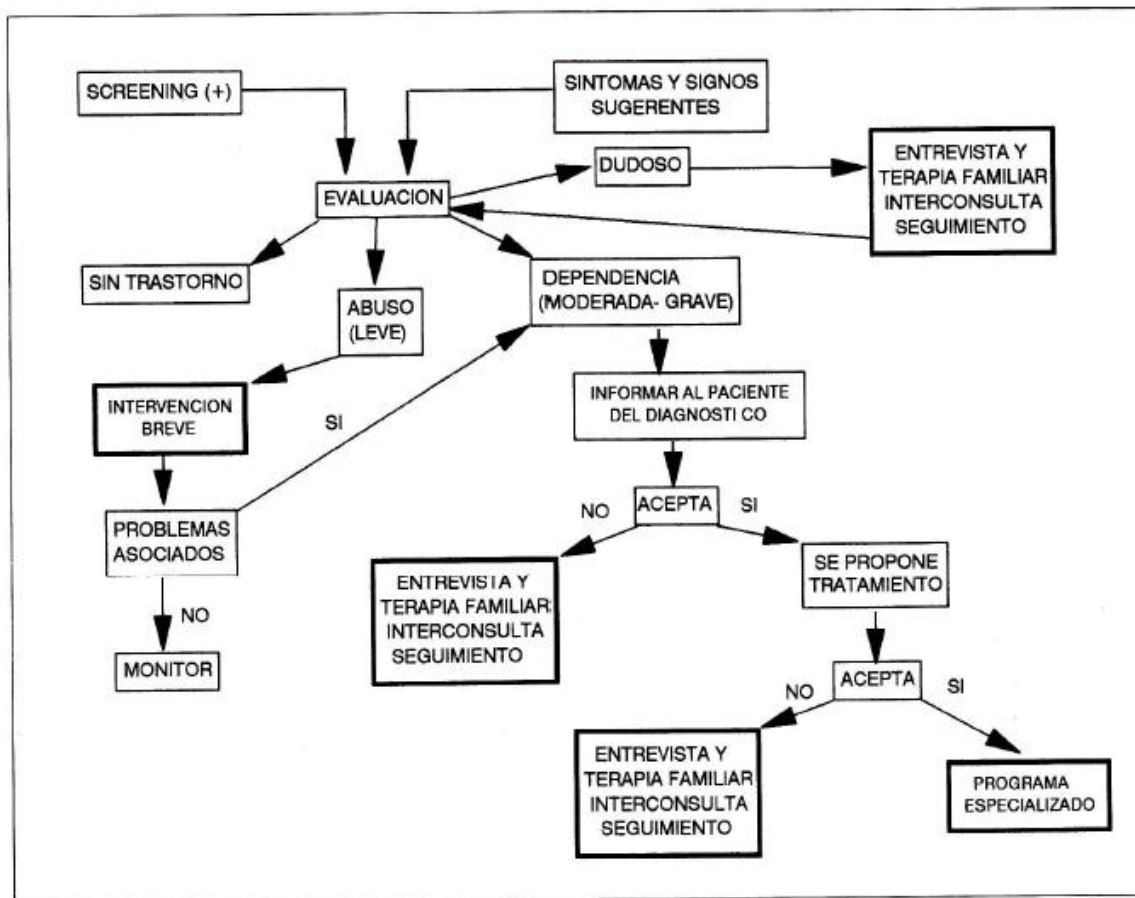


Figura 2. Algoritmo de manejo inicial de un paciente con problemas asociados a sustancias psicoactivas. Adaptado de la referencia 7.

La esquizofrenia frecuentemente se complica con abuso y dependencia, habitualmente con estilos inhabituales de consumo, de carácter bizarro, con uso de vías inhabituales (ojo, pene, vagina). Frecuentemente empeoran los síntomas psicóticos o se generan síntomas paranoides cuando se usan altas dosis de cocaína o anfetaminas.

El uso de psicoestimulantes como cocaína y anfetaminas, hoy cada día más frecuente, se caracteriza por asociarse a una alta biodisponibilidad, produciéndose frecuentes trastornos del ánimo y, en fases más avanzadas, accidentes cerebrovasculares.

Los inhalantes y solventes se asocian siempre a psicopatología preexistente y a su vez inducen rápidamente importantes trastornos neuropsiquiátricos y físicos.

Las benzodiazepinas son frecuentemente utilizadas por pacientes depresivos, con trastornos de la conducta alimentaria y bipolares.

Los trastornos psiquiátricos, las enfermedades médicas y el abuso o dependencia deben ser identificados independientemente y tratados en forma diferencial, para evitar la repetición y prolongación de las hospitalizaciones. Ambos aspectos

deben ser considerados en el diagnóstico diferencial y en una planificación de tratamiento.

En la Figura 2 se resumen los criterios de manejo enunciados.

## CONCLUSION

El desafío de nuestra década es poner al servicio de la comunidad, de una manera oportuna y eficiente, los diversos progresos en el campo de las adicciones, que implican una reorientación de la intervención a la comunidad, aprovechando diversas instancias de diagnóstico precoz, utilizando los recursos que ofrece la atención primaria y médica general para la identificación, intervención y derivación a centros especializados, si ello es necesario. Una recuperación de la salud, de la capacidad laboral, de un desempeño eficaz, y de un área aún más subjetiva, como son los componentes de la llamada calidad de vida, justifican plenamente un diagnóstico y tratamiento estricto de la adicción.

Esto implica una apertura de diversas instancias de la

sociedad, dependientes de los sistemas de administración en salud, para ofrecer una intervención oportuna, fácil y eficaz. Por otra parte, supone una activa capacitación de los profesionales no especialistas en el desarrollo de dichas intervenciones.

#### REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1.- Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. Highland Park, NJ. Hillhouse Press, 1960.
- 2.- Edwards G, Gross MN. Alcohol dependence: provisional description of clinical syndrome. Br J Med 1976; 1: 1058-1061.
- 3.- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4Ed. (DSM IV). Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10) 1994.
- 5.- Kessler RC, McGonagle KA y cols. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psych. 1994; 51: 8-19.
- 6.- Gold M S y Slaby AE. Dual diagnosis in substance abuse. Marcel Dekker Inc. New York, 1991.
- 7.- Brown HL. Identification and office management of alcohol and drug disorders. En Fleming M y Barry KG. Addictive disorders. Mosby Year Books. St Louis, 1992.