

**DROGAS:**

**CONCEPTOS GENERALES,**

**EPIDEMIOLOGÍA Y VALORACIÓN**

**DEL CONSUMO**

Fernando Caudevilla Gáligo

Grupo de Intervención en Drogas semFYC

[caudevilla@gmail.com](mailto:caudevilla@gmail.com)

## 1.- CONCEPTOS GENERALES

### **1.1.- Definición de droga. Droga de abuso.**

El uso de psicoactivos con fines terapéuticos, recreativos y sacramentales es tan antiguo como la propia Humanidad. A lo largo de casi todo el siglo XX, el uso de sustancias psicoactivas con fines no médicos ha dado lugar a varias crisis sociales y sanitarias de distinta intensidad. Pero el primer problema con el que nos encontramos a la hora de valorar el fenómeno de las drogas es la **dificultad para encontrar una definición adecuada**. Los términos *drug* (en inglés) y *drogue* (en francés) se utilizan indistintamente para definir fármacos de prescripción como sustancias psicoactivas sin utilidad terapéutica. Según la Organización Mundial de la Salud, *droga* es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”(OMS,1969). Esta definición es poco útil e inexacta, ya que engloba fármacos de prescripción, sustancia psicoactiva, muchas plantas, sustancias químicas o tóxicos para el organismo.

El término *droga de abuso* define mejor lo que coloquialmente entendemos como droga: “**sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas**”. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social: **el que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología**. De hecho, algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos según el contexto: los esteroides son en principio fármacos de prescripción pero si son utilizadas en gimnasios para mejorar el rendimiento físico se considerarían drogas. Aunque las objeciones que se pueden hacer a esta definición son múltiples, es la más comúnmente aceptada y la que utilizaremos al referirnos a las drogas en este curso.

Un matiz importante es que la definición “droga de abuso” hace referencia a **sustancias**. Así, supuestas patologías como la “adicción” al móvil, Internet, el sexo, los videojuegos, las compras y otras “adicciones sin sustancia”...deben considerarse como problemas de conducta o educación y no como drogodependencias. Por otra parte, la ludopatía es un trastorno más relacionado con falta de control de impulsos que con las drogodependencia (de hecho las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 la clasifican junto a la tricotilomanía, piromanía o cleptomanía) y cuyo abordaje es distinto al del consumo de las drogas

## **1.2.- Clasificaciones de las drogas:**

Hemos visto las dificultades que entraña definir el término “droga” y algo parecido sucede a la hora de establecer una clasificación. Podemos mostrar varias formas de ordenar las sustancias, cada una de ellas con sus propios problemas y limitaciones

Una primera clasificación hace referencia a su **status legal**, distinguiendo entre drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales. El resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (organismo dependiente de la ONU para el control de las drogas) distingue cuatro listas con distintos grados de restricción (la Lista I agrupa sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” y las listas III y IV hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y más fácilmente accesibles). La Tabla I resume las sustancias incluidas en cada una de las Listas de la JIFE En realidad, esta clasificación no responde a criterios médicos, farmacológicos o toxicológicos sino a cuestiones de índole política y moral.

Con respecto a su **origen**, se pueden distinguir las **drogas naturales** (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las **sintéticas** (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación). El uso de plantas con fines embriagantes, rituales o terapéuticos es tan antiguo como la propia Humanidad. Pero la distinción entre lo natural y lo sintético no es tan sencilla:

por un lado para obtener determinadas sustancias es necesario usar procesos físicos o químicos (p.ej: la obtención de la cocaína a partir de la hoja de coca, la extracción del hachís a partir de la marihuana..). Pero además muchas drogas de las llamadas sintéticas (como la LSD o el éxtasis/MDMA) tienen sus precursores inmediatos en productos de origen vegetal.

Algunos autores distinguen entre **drogas duras** (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y **drogas blandas**, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis). Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas (En España, la mortalidad atribuida directamente al tabaco y al alcohol es de 55.000 y 12.000 personas al año respectivamente). Como veremos pronto, la peligrosidad de una droga está en relación con factores farmacológicos y extrafarmacológicos. La distinción entre drogas blandas y duras expresa en realidad diferencias de tolerancia social y no es útil desde un punto de vista práctico.

Quizá la forma más práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus **efectos**. Por un lado están los **estimulantes**: sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC) (cocaína, anfetaminas, cafeína...). Por otro están los **depresores**: drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodicepinas, GHB... Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los **psicodélicos** (mal llamados alucinógenos): LSD, psilocibina, ketamina... La clasificación de Goldstein da una idea bastante exacta de las principales familias de drogas clasificadas según sus efectos (Tabla 2).

### **1.3.- Dependencia. Abstinencia. Craving. Tolerancia:**

Una de las características más importantes de algunas drogas de abuso es su capacidad para producir problemas de dependencia. Hábito, adicción, drogodependencia, drogadicción...son términos coloquiales utilizados para lo que el manual DSM-IV define como **dependencia a sustancias: conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella**. En el paciente dependiente existe un patrón de **autoadministración** repetida que a menudo lleva a la **tolerancia, síntomas de**

**abstinencia** y a una **ingestión compulsiva** de la sustancia. La Tabla 3 resume los criterios diagnósticos DSM-IV para dependencia de sustancias. En resumen, **el individuo ha perdido el control sobre la sustancia** y su consumo se convierte en la máxima prioridad en su vida, abandonando otros aspectos.

Hasta hace pocos años algunos autores distinguían entre **dependencia física** y **dependencia psicológica**. En realidad, esta distinción no tiene mucho sentido, ya que son dos procesos que van íntimamente ligados y todos los fenómenos psicológicos tienen una base orgánica en el SNC. Pero la dependencia física o fisiológica se relaciona con el síndrome de abstinencia mientras que la dependencia psicológica está en relación con el fenómeno de *craving*.

El **síndrome de abstinencia** es el **conjunto de signos y síntomas que aparecen al cesar bruscamente el consumo de una sustancia, y que desaparece al volverla a consumir**. Los **cambios neuroadaptativos** que se producen en el SNC como consecuencia de la administración habitual de algunas drogas de abuso es la base fisiológica de este fenómeno. En general, son necesarios varias semanas o meses de administración cotidiana para producir cambios neuroadaptativos que desencadenen un síndrome de abstinencia si se deja de utilizar la droga de forma brusca. Estos síntomas producen malestar y llevan al individuo a recaer en el consumo para aliviarlos o evitar su aparición. El síndrome de abstinencia debe diferenciarse del fenómeno de rebote (aparición de sintomatología al abandonar un tratamiento de forma brusca, p.ej: corticoides).

El término inglés *craving* hace referencia a un **deseo extremadamente intenso e irrefrenable de autoadministrarse una sustancia**. Algunas drogas como el alcohol, el tabaco o la cocaína tienen más facilidad para provocar este fenómeno en personas dependientes o consumidores habituales. El *craving* puede aparecer semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia agudo.

Se denomina **tolerancia** a la **necesidad progresiva de administrar cantidades crecientes de una sustancia para conseguir el efecto deseado**. Otra forma de definir este concepto es el efecto obtenido tras la administración de una misma cantidad de sustancia, que disminuye claramente con el consumo continuado. La tolerancia obliga a incrementar la dosis para alcanzar el mismo efecto. En ocasiones puede presentarse un fenómeno contrario al de la tolerancia: tolerancia inversa. La respuesta a una pequeña

dosis es exagerada o desproporcionada. Este fenómeno se ha descrito fundamentalmente con los estimulantes.

Los fenómenos de dependencia, intoxicación y abstinencia no aparecen en todas las sustancias. La Tabla 4 resume los diagnósticos reconocidos en el DSM-IV para las drogas más habituales. La frecuencia con la que se presenta cada uno de los trastornos tampoco es la misma: el diagnóstico de dependencia a alcohol, opiáceos o nicotina es mucho más prevalente que la dependencia a cannabis o alucinógenos, que se presentan de forma excepcional.

#### **1.4.- Abuso:**

En el lenguaje coloquial (y muchas veces en el lenguaje médico) se utilizan con mucha frecuencia términos como drogadicto, drogodependiente, adicto...para hacer referencia a cualquier consumo de drogas. Como hemos visto, el término *dependencia* se refiere a un cuadro clínico cuyos criterios son muy estrictos y estadísticamente poco frecuente. Mas habitual es encontrarnos ante cuadros de **abuso: consumos de una sustancia psicoactiva que dañen o amenacen con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo**. El término abuso de sustancias (substance abuse) se encuentra dentro de los trastornos inducidos por sustancias del manual DSM-IV (Tabla 5). La clasificación CIE-10 incluye el diagnóstico consumo perjudicial (harmful use), que es relativamente parecido al abuso del DSM-IV: ambos diagnósticos hacen referencia a cualquier consumo de drogas que tenga consecuencias negativas (a nivel orgánico, psicológico, familiar, legal o social). El diagnóstico de abuso (en el que se excluye por definición la existencia de dependencia) es mucho más frecuente que el de dependencia en AP, y más sencillo de manejar.

**El uso de drogas, en contraposición al abuso, es aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia.** Los problemas que conlleva el uso de drogas son de índole social (multas por tenencia o consumo en la vía pública) y de tipo social. El uso de algunas drogas como el alcohol y, en menor medida el tabaco y el cannabis, gozan de una mayor tolerancia a nivel social en la población general.

TABLA 1:PRINCIPALES SUSTANCIAS INCLUIDAS EN LAS LISTAS DE FISCALIZACION DE LA ONU, 1971	
Lista I	Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), cannabis, éxtasis y derivados (3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), 3,4-metilendioxianfetamina (MDA), 3,4-metilendioxietilamfetamina (MDEA)...), psilocibina, gamma-hidroxi butirato (GHB).
Lista II	Anfetaminas y derivados (anfetamina, metanfetamina, metilfenidato...), secobarbital, cocaína
Lista III	Algunos barbitúricos (amobarbital, ciclobarbital, pentobarbital) y derivados benzodiazepínicos (flunitrazepam)
Lista IV	Benzodiazepinas (alprazolam diacepam, oxacepam...), barbitúricos (secobarbital), zolpidem,

TABLA 2: PRINCIPALES FAMILIAS DE DROGAS (GOLDSTEIN, 2001)	
Nicotina	Tabaco
Alcohol y sustancias relacionadas con efectos sedantes	Alcohol etílico (etanol) Sedantes Barbitúricos: pentobarbital, secobarbital... Benzodiacepinas: diacepam, alprazolam... Inhalantes: Disolventes (gasolina, acetona...), gases (óxido nitroso, nitrito de amilo ( <i>poppers</i> )) Otros: gamma-hidroxibutirato (GHB, éxtasis líquido)
Cocaína y anfetaminas	Cocaína Anfetaminas: Dextroanfetamina, metanfetamina, efedrina, cationina, metilfenidato... Anorexígenos: Fenfluramina, fentermina, mazindol
Drogas de síntesis	Anfetaminas entactágenas 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis) 3,4-metilendioxianfetamina (MDA) 3,4-metilendioxiétlanfetamina (MDE) Anfetaminas alucinógenas (derivados metoxi) 4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina (DOB) 2,4,5-trimetoxianfetamina (TMA-2) Para-metoxianfetamina (PMA)
Cannabis	Tetrahidrocannabinol (THC)
Cafeína	Metilxantinas: cafeína, teofilina, teobromina
Psicodélicos	Derivados del ácido lisérgico : dietilamida del ácido lisérgico (LSD.-25) Triptaminas sustituidas: psilocibina, dimetiltriptamina (DMT), muscimol Feniletilaminas: mescalina, anfetaminas alucinógenas Aricicloalquilaminas: fenciclidina (PCP), ketamina (Special K)
Esteroides anabolizantes	Andrógenos: testosterona, estanozolol, nandrolona



**TABLA 3: CRITERIOS DSM-IV PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres ( o mas ) de los items siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1.- TOLERANCIA: Definida como:

(a) necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2.- ABSTINENCIA: definida como:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3.- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía

4.- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5.- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej: visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia ( p. ej: fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6.- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7.- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej: consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera...)

TABLA 4: DIAGNOSTICOS RECONOCIDOS EN EL DSM-IV PARA DROGAS			
	Dependencia	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X
Nicotina	X		X
Cafeína		X	
Cannabis	X	X	X
Cocaína	X	X	X
Opiáceos	X	X	X
Alucinógenos (psicodélicos)	X	X	X

**TABLA 5: CRITERIOS DSM-IV PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS:**

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los items siguientes durante un periodo de 12 meses:

- 1.- Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa (p.ej: ausencias repetidas o pobre rendimiento escolar relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
- 2.- Consumo recurrente de la sustancia en condiciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej: conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- 3.- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- 4.- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej: discusiones con la esposa o violencia física)

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

Bibliografía recomendada:

Baños Diez J.E., Farré Albaladejo M. Principios de Farmacología Clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos. Ed. Masson, Barcelona 2002

[Cami J, Farre M.](#) Drug addiction. N Engl J Med. 2003 Sep 4;349(10):975-86

Escohotado A Historia General de las Drogas Ed. Espasa Calpe. Barcelona, 2005

## **2: EPIDEMIOLOGÍA**

### **2.1.- Uso de drogas en población general:**

En población general (la comprendida entre 15 y 64 años) las **drogas legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo.**

**El alcohol es el psicoactivo de consumo más extendido en España.** En 2003 un 48,2% de la población había tomado semanalmente bebidas alcohólicas y un 21,2% decía haber experimentado al menos una intoxicación etílica importante en el último año. Por otra parte, en los 30 días previos, un 14,1% había consumido diariamente bebidas alcohólicas y un 5,3% presentaba criterios de “bebedor de riesgo” (hombres con un consumo de 50 cc de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30cc/día o más). Las bebidas de consumo más extendido fueron la cerveza, el vino y los combinados por este orden, tanto en fines de semana como en días laborables.

El tabaco es la segunda droga en cuanto a prevalencia de consumo. En 2003 **un 35,1% de la población general fumaba tabaco diariamente.** Por grupos de edad, la prevalencia de consumo diario más elevada correspondía a los hombres de 35-64 años (43,7%). **El número medio de cigarrillos consumidos diariamente por los fumadores habituales es de 15,7** (si bien un 46,1% fuma 20 cigarrillos/día o más).

Con respecto a las **drogas ilegales, los derivados del cannabis (hachís, marihuana) son las drogas ilegales de consumo más prevalentes:** En 2003, un 29% de los españoles entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida; un 11,3% en los últimos 12 meses; un 7,6% alguna vez en los últimos 30 días y un 1,5% a diario en este último período.

**El resto de las drogas ilegales** (cocaína, anfetaminas, éxtasis y derivados, alucinógenos) **presentan prevalencias de consumo significativamente inferiores en población general.** Conviene destacar la diferencia entre el consumo experimental (“alguna vez en la vida”) y el habitual (que se correlaciona con el indicador “alguna vez en el último mes”) (Gráfico 1). Para todas las drogas, **las prevalencias de consumo en el grupo de edad entre adultos jóvenes (15-34 años) son mucho más elevadas que entre las personas de mayor edad (35-64).** Por ejemplo, las prevalencias de consumo experimental de cannabis, cocaína y éxtasis son del 20,1%, 4,8%, 8,3% en el primer grupo frente al 4,2%, 0,9%, 1,6% en el segundo.

Otras drogas como la **heroína, otros opiáceos o inhalantes volátiles presentan prevalencias de consumo muy bajas en población general**. Sin embargo, hay que tener en cuenta que **las encuestas a población general no son un buen método para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias**: el acceso a muchos consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo.

## **2.2.-Uso de drogas en población escolar:**

Los estudios y encuestas dirigidos a población escolar muestran que las **drogas legales también son las más consumidas en este segmento de la población** (14-18 años): un **65,6% de los estudiantes de esta edad habían consumido bebidas alcohólicas en el último mes** y un 34,8% había sufrido una intoxicación alcohólica en ese periodo. Por otra parte, un **21,5% de los estudiantes fuma tabaco de forma diaria**.

**El cannabis es la droga ilegal de consumo más extendido**. En 2004 un 42,7% lo había consumido alguna vez en la vida; un 36,6% en los últimos 12 meses y un 25,1% alguna vez en los últimos 30 días. La media de cigarrillos de hachís (porros) consumidos en los días que hubo consumo fue de 2,5. Estas cifras son mucho más elevadas que las que se observan en población general. Por ejemplo, si consideramos únicamente a los chicos y chicas de 18 años, se observa que más de la mitad han fumado cannabis durante el último año, y uno de cada tres lo ha utilizado en el mes previo a la encuesta.

**El resto de las drogas ilegales presentan prevalencias de consumo menores**. Destacan los indicadores sobre cocaína: un 8,5% de los escolares la ha probado y un 3,6% la ha utilizado a lo largo del último mes. Las prevalencias de consumo del resto de las drogas ilegales ( éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y heroína) son menores: un 4% han probado alguna de estas sustancias y alrededor de un 1% las han utilizado en el último mes.

Un dato importante a observar es que las diferencias de consumo entre los límites inferior (14 años) y superior (18 años) de las encuestas son muy elevadas (Gráfico 2). En cualquier caso, las drogas más utilizadas con diferencia ( y aquellas en las que se deben centrar los esfuerzos preventivos) son alcohol y tabaco, y en menor medida cannabis y cocaína.

### **2.3.-Evolución en las pautas de consumo:**

Con respecto al **alcohol**, en la **población de 15-64 años** se aprecia una tendencia a la **estabilización** en el consumo. **Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ha aumentado el consumo intenso**, que suele centrarse en el **fin de semana**. En este grupo destaca la sustitución del patrón de consumo tradicional mediterráneo (uso habitual de cantidades moderadas de bebidas de baja graduación en entorno familiar) por usos menos frecuentes, centrados en el fin de semana, pero en el que se utilizan grandes cantidades de bebidas de alta graduación. Entre los estudiantes, la prevalencia de intoxicaciones etílicas en los 30 días previos a la encuesta pasó de 20,7% en 1994 a 34,8% en 2004 y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días de 8,6% en 1996 a 12,3% en 2004.

**Las prevalencias de consumo de tabaco no muestran un descenso claro y mantenido.** Entre los estudiantes de 14-18 años el consumo se ha mantenido prácticamente estable entre 1994 y 2004, aunque se aprecia un leve descenso entre los de 14 y 16. Es posible que las recientes reformas legislativas en nuestro país en relación con el consumo de tabaco puedan tener influencias a nivel epidemiológico, aunque es pronto para poder evaluar la eficacia de estas medidas.

**La cocaína y el cannabis son las dos drogas cuyas prevalencias de consumo han aumentado de forma más clara en la última década**. Este incremento se observa en todos los segmentos de población pero es más acusado entre los **adolescentes y jóvenes** (Gráficos 3 y 4). La **disponibilidad percibida** de estas dos sustancias es también elevada: un 70% de las personas entre 15 y 34 años afirman que es “fácil o muy fácil” conseguir hachís o marihuana (53% para la cocaína).

**El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantiene estable**, sin que pueda apreciarse una tendencia clara. A nivel general las prevalencias de consumo de estas sustancias es bajo, **pero su uso es entre 4 y 8 veces más frecuente en jóvenes (15-34 años) que en personas entre 35 y 64**. El patrón de consumo más habitual de estas sustancias es el **ocasional o esporádico**, asociado a **espacios de ocio** y en el seno de **policonsumo** de distintas sustancias.

### **2.4.-Edad media al inicio:**

Los datos que nos ofrecen los estudios y encuestas del Plan Nacional sobre Drogas se presentan en la Tabla 1.

Los rangos de edad de las encuestas dificultan su interpretación: la Encuesta Escolar estima una edad de inicio inferior a la encuesta general, ya que el rango de edad de los encuestados se encuentra entre los 14 y los 18 años. Considerado en conjunto estos estudios y otros más específicos (encuestas a población juvenil con rango de edades más amplios, encuestas a jóvenes en edad de servicio militar..), podemos concluir **que las drogas de inicio más precoz son, por este orden, el tabaco, el alcohol y el cannabis**. El resto de las drogas ilegales presentan una edad media de inicio al consumo más elevada.

**La edad media de inicio al consumo se ha mantenido estable durante la última década. (Gráfico 5).** Tanto en población general como en población escolar, las variaciones son pequeñas y de significación estadística desconocida. Una disminución importante en este indicador constituiría una variable epidemiológica de importancia, ya que **el contacto precoz con cualquier droga se asocia a una mayor probabilidad de aparición de problemas como abuso o dependencia.**

## **2.5.- Diferencias de género:**

De forma general, **las prevalencias de consumo en todas las sustancias y en todos los rangos de edad son más elevadas en varones que en mujeres.** La edad de inicio también suele ser **más baja entre los varones**. Las diferencias son menos acusadas en alcohol, tabaco y cannabis, y entre la población más joven.

Sin embargo existen algunas excepciones de importancia: **Las diferencias de género en consumo de tabaco han disminuido en la última década.** El mayor incremento de consumo diario de tabaco entre 1997 y 2003 (del 19,1% al 27%) corresponde al grupo de mujeres entre 35 y 64 años. Por otra parte y **en el grupo de 14 a 18 años, el consumo de tabaco es diez puntos mayor en mujeres que en varones.** Este cambio epidemiológico puede tener importantes consecuencias sanitarias en el futuro. Por otra parte, el **uso de hiposedantes sin receta médica** es también más prevalente entre mujeres que entre varones en cualquier edad, incluso en población escolar de 14 a 18 años.

## **2.6.- ¿Cuáles son los problemas sanitarios más importantes en relación con el consumo de drogas?**

Aunque se han hecho esfuerzos y avances importantes a lo largo de la última década, la heroína sigue siendo la droga que causa mayores problemas sanitarios. Está poco claro si las cifras de prevalencia de consumo de esta sustancia han aumentado o disminuido en los últimos diez años, pero sí es evidente que su uso ha perdido visibilidad a nivel social, y se ha desplazado determinados núcleos marginales donde es muy prevalente. En el año 2002, el **58,2% de las todas las admisiones** a tratamiento por problemas en relación con el consumo de drogas lo fueron en relación con la heroína. Esta sustancia y otros opioides son las drogas más frecuentemente encontradas en casos de **muerte por reacción aguda a drogas**.

Con respecto a los **diagnósticos de SIDA asociados a la inyección** (incidencia anual), este indicador **ha descendido de forma importante entre 1994 y 2003**. Sin embargo, a partir de 2001 parece haberse ralentizado el ritmo de descenso. La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ha estado siempre muy extendida entre los inyectores de droga (prevalencia 20-40%). A nivel epidemiológico este fenómeno podrá controlarse a través de la vacunación. **La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) (prevalencia 69%) es uno de los problemas sanitarios más graves en la actualidad para esta población, ya que un 20% de las infecciones crónicas por VHC evolucionan a cirrosis hepática en 20-25 años, y un 1-4% pueden desarrollar un carcinoma hepatocelular.**

Los **problemas asociados al consumo de cocaína han experimentado un rápido crecimiento**, paralelo al incremento del uso de esta sustancia en población general. Las **admisiones a tratamiento** por esta droga supusieron un 25% del total en 2002. Sin embargo, si consideramos sólo las **nuevas admisiones** (pacientes valorados en servicios específicos por primera vez) este porcentaje asciende hasta el **41%**, fundamentalmente en consumidores por **vía intranasal**. En la actualidad, **uno de cada dos episodios de urgencia** por consumo de drogas ilegales está relacionado con el **consumo de cocaína** y la proporción de **conductores fallecidos positivos a cocaína** pasó del 5,2% en 1999 al 6,8% en 2003.

Los **tratamientos por abuso/ dependencia a cannabis** suponen un **10,3%** del total (21,3% si sólo se consideran las nuevas admisiones). Es probable que esta cifra esté

sobreestimada ya que una parte importante de estos tratamientos están relacionados con sanciones administrativas por consumo/tenencia de esta sustancia en la vía pública. **Sin embargo, tanto en el caso del cannabis como en el de otras drogas de uso recreativo, su uso habitual puede dar lugar a distintos problemas de tipo sanitario. Muchos de estos problemas pasan desapercibidos y el ámbito de Atención Primaria constituye un marco idóneo para su abordaje.**

## **2.7.-Datos sobre otras sustancias:**

Existen datos indirectos acerca del consumo de otras drogas. Algunas de ellas son de **reciente incorporación al mercado**. Otras presentan **bajas prevalencias** de consumo en población general, al menos por el momento. **El conocimiento de las tendencias minoritarias es importante de cara a valorar futuras estrategias de prevención e intervención.**

El consumo de **clorhidrato de ketamina por vía intranasal** asociado a espacios de ocio parece ir en aumento. El uso de esta sustancia con fines recreativos está suficientemente asentado al menos en algunas zonas del norte del Estado (País Vasco, Navarra, Asturias, Cantabria...) donde se trata de una sustancia relativamente accesible.

El **gamma-hidroxibutirato** (GHB) es otra droga de síntesis cuyo uso en espacios recreativos se ha popularizado en los últimos años. Su fabricación a partir de precursores legales es sencilla y barata. Sin embargo, su estrecho margen recreativo a nivel farmacológico con la consiguiente elevada probabilidad de intoxicación hacen que sea una sustancia relativamente poco atractiva para muchos consumidores.

Se han descrito casi **doscientas feniletilaminas** y triptaminas de síntesis con efectos estimulantes y psicodélicos. Algunas de ellas, como la 2C-B, 2C-I o la 5-MeO-DIPT se encuentran de forma ocasional en el mercado de las drogas ilegales. Por el momento se trata de un fenómeno muy minoritario. Aún así, no puede descartarse que alguna de estas sustancias adquiera popularidad y se convierta en un fenómeno de consumo masivo.

El **uso psiconáutico** (con fines de autoexploración o crecimiento personal) de plantas nativas de Latinoamérica con propiedades psicodélicas ( ayahuasca, peyote, Salvia divinorum...) es también un fenómeno reducido a círculos restringidos.

El uso de **cocaína en base** (crack) y **metanfetamina en base fumadas o inyectadas** son un fenómeno creciente en población marginal de EE.UU. y algunos países europeos. Aunque en nuestro país esta pauta de consumo es todavía **minoritaria**, es importante prestar atención a su evolución debido a las **graves consecuencias sanitarias de estas formas de consumo**.

#### Bibliografía:

Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2003. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004

URL disponible en :

[www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf)

Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias 2004..Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004

URL disponible en:

[www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf)

Informe 2004. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004

URL disponible en:

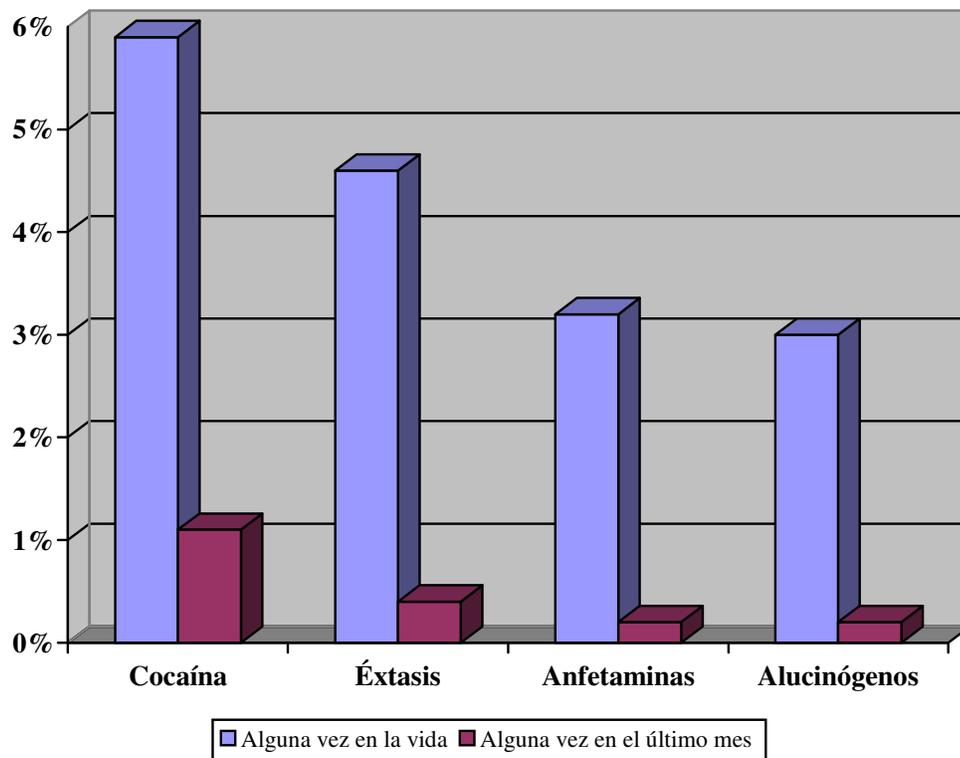
[www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf)

Informe Anual 2006. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo, 2005.

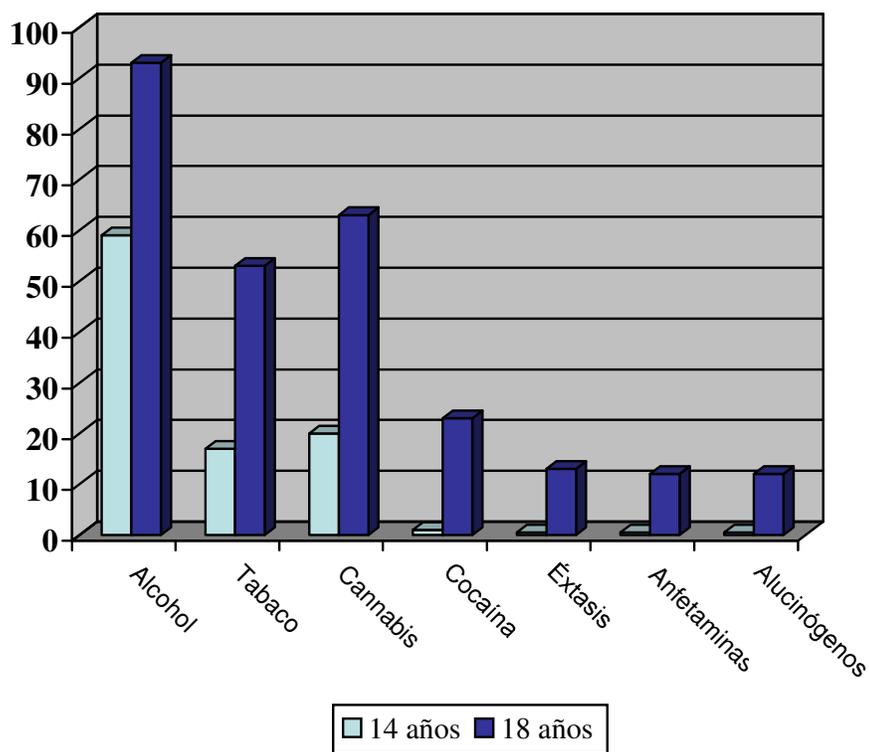
URL disponible en:

[ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html](http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html)

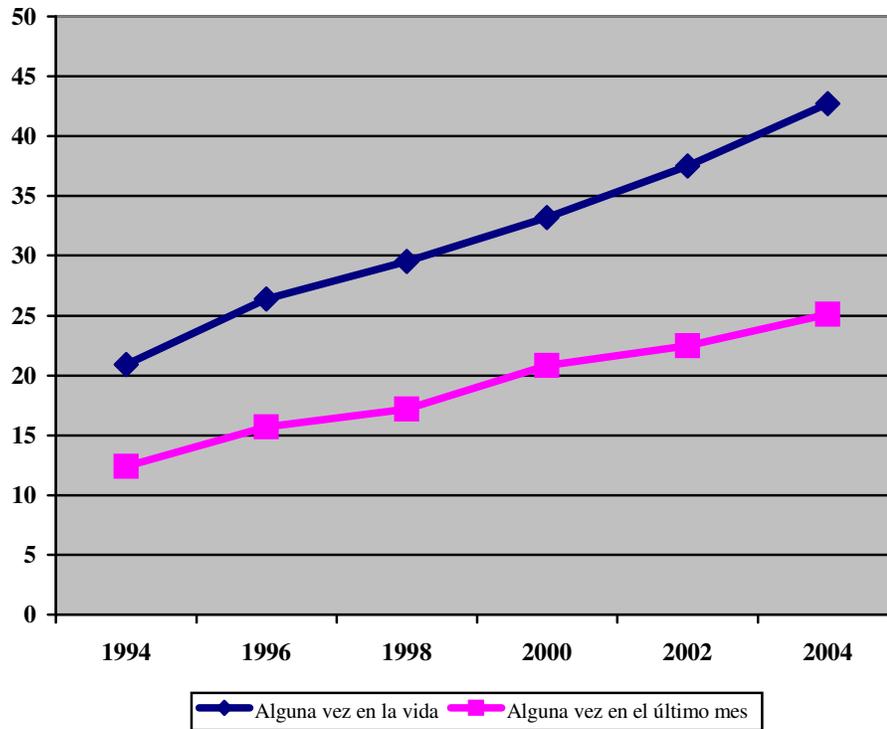
**GRÁFICO 1: PREVALENCIAS DE CONSUMO DE ALGUNAS DROGAS ILEGALES EN POBLACIÓN GENERAL (2003)**



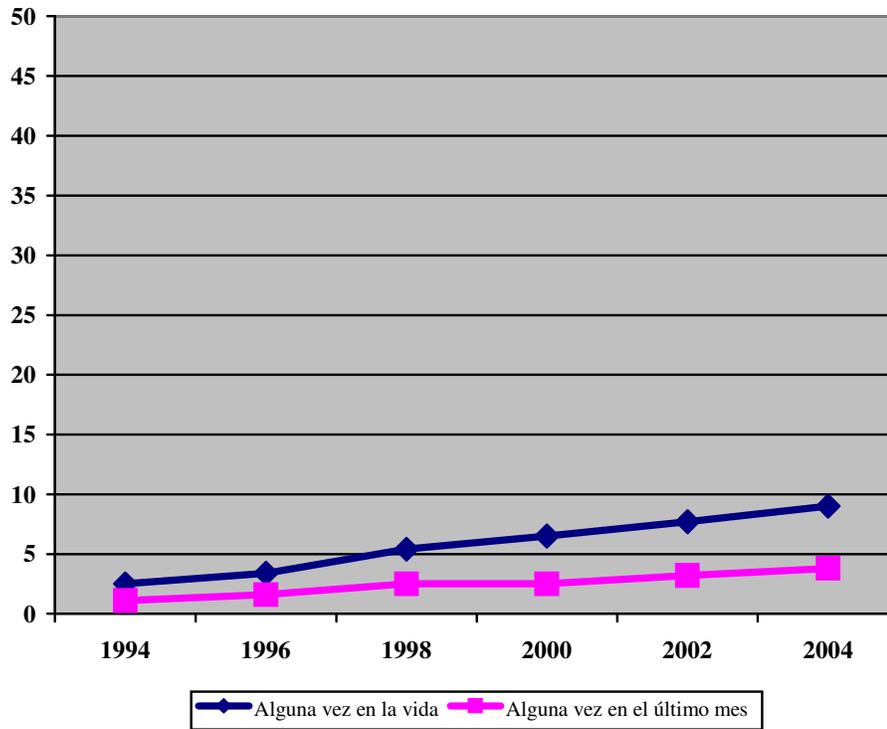
**GRAFICO 2:PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS "ALGUNA VEZ EN LA VIDA" EN POBLACION ESCOLAR**



**GRÁFICO 3: EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CANNABIS EN POBLACION ESCOLAR (1994-2004)**



**GRÁFICO 4: EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE COCAÍNA EN POBLACION ESCOLAR (1994-2004)**



**GRAFICO 5: EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO EN POBLACION ESCOLAR  
(14-18 AÑOS)**

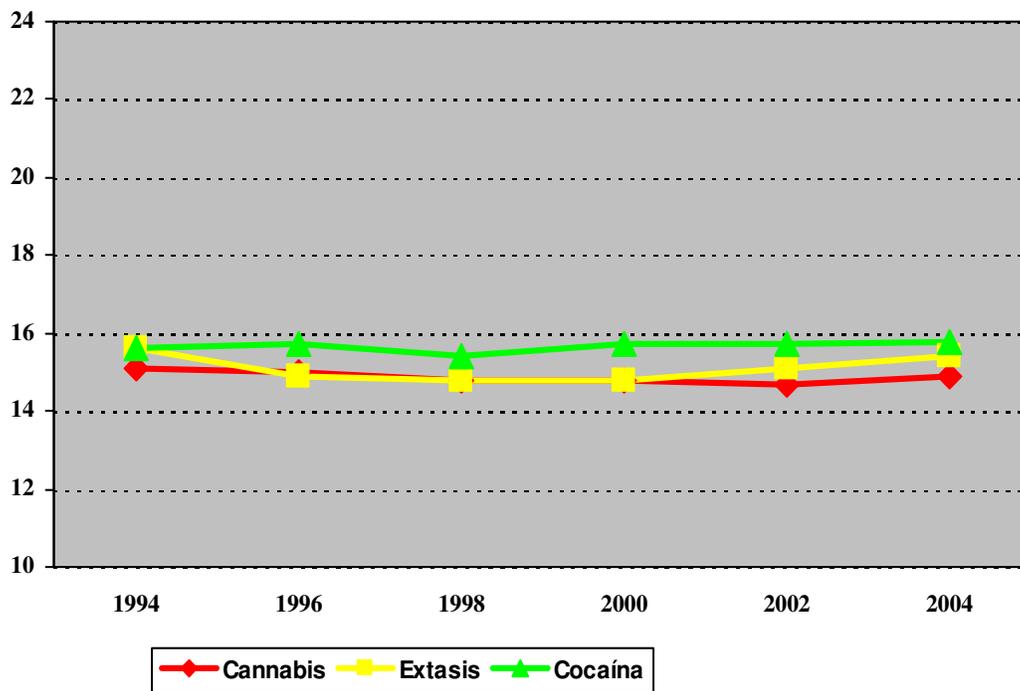


TABLA 1: EDAD MEDIA AL INICIO DE CONSUMO DE DROGAS		
	Escolar	General
Tabaco	13,2	16,5
Alcohol	13,7	16,7
Cannabis	14,7	18,5
Cocaína	15,8	20,9
Éxtasis	15,6	20,3
Anfetaminas	15,7	19,6
Alucinógenos	15,8	19,9

Puntos clave:

- Se entiende como droga de abuso cualquier sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas.
- Las drogas pueden clasificarse de varias formas (origen, legalidad, propiedades...). La clasificación más operativa es la que distingue entre drogas estimulantes, depresoras y psicodélicas.
- Un consumo suficientemente continuado e intenso de la mayoría de las drogas puede dar lugar a la aparición de un cuadro de dependencia, que con frecuencia se acompaña de la aparición de los fenómenos de tolerancia y abstinencia.
- El abuso de drogas es aquel patrón de consumo en el que, sin haberse establecido una dependencia, aparecen consecuencias negativas de tipo sanitario, laboral, escolar, familiar o social.
- El uso de drogas es aquel patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud, no aparecen problemas individuales ni dependencia.

### **3: ENTREVISTA CLÍNICA. VALORACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS**

#### **3.1.- Factores de importancia en la Entrevista Clínica sobre drogas:**

La **Entrevista Clínica** es el instrumento más importante para abordar y valorar el consumo de drogas de un paciente. Una **correcta anamnesis** es la **herramienta básica** de trabajo, que se encuentra además al alcance de todos los profesionales. El Médico de Atención Primaria debe acostumbrarse a incluir preguntas acerca del consumo de drogas. Antes de preguntar es importante plantearse los objetivos de la intervención: **¿qué vamos a explorar?, ¿cómo?** y, sobre todo **¿para qué?**. También es necesario tener en cuenta una serie de elementos:

- Para muchas personas, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo. Es importante **cuidar aspectos formales de la entrevista clínica** (espacio físico, empatía, escucha activa, lenguaje no verbal...) que faciliten el proceso de la comunicación..
- El Médico de Familia debe abordar el consumo de drogas **desde una perspectiva estrictamente sanitaria** y no moral. Es fundamental **evitar los juicios de valor y los estereotipos** (*todos los consumidores de drogas son unos drogadictos, los consumidores de drogas no se preocupan por su salud, las personas que usan drogas tienen un problema de valores ...*)
- La tolerancia social hacia las drogas ilegales es, en general, mucho menor que la que se tiene hacia el alcohol y el tabaco. Pero el hecho objetivo es que la morbilidad y el coste sanitario asociado a estas dos sustancias es mucho más elevado al del resto de las drogas ilegales juntas. **La exploración y abordaje de los problemas en relación con las drogas legales debe ser un objetivo prioritario.**
- De forma clásica suelen asociarse algunos **síntomas (cambios bruscos de ánimo, falta de motivación, disminución del rendimiento laboral o escolar, problemas de sueño y alimentación...)** con consumos desadaptativos. En ocasiones son terceras personas (padres, pareja...) quienes plantean la aparición de estos síntomas relacionándolos con un hipotético uso de drogas. Aunque esta

relación es posible, es importante recordar que se trata de **síntomas muy poco específicos** que pueden aparecer en gran cantidad de patologías o circunstancias vitales no patológicas.

- La **confidencialidad** es un elemento clave en la relación médico-paciente que debe ser explicitado si es necesario.
- Se suele recomendar el uso de **preguntas abiertas, exploratorias**, sobre **escenarios concretos**, que den oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia (*¿Qué haces cuando sales de marcha?, ¿Cuánto aguantas? ¿Qué tomas una noche normal? ¿y otras cosas?*).
- Por el contrario, las preguntas cerradas (aquellas que pueden responderse con un “sí” o un “no”) , son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.
- También pueden introducirse **preguntas cortas sobre el consumo de sustancias en la anamnesis general** de la misma forma que se pregunta por el consumo de medicamentos, tanto de prescripción médica como por automedicación.
- El modelo de Atención Primaria permite un **abordaje continuado en el tiempo**. Conviene no obsecarse en obtener toda la información en una primera entrevista ya que será posible reinterrogar y reexplorar en sucesivas ocasiones.

### 3.2.- Hallazgos en la exploración:

Una **exploración clínica dirigida** puede ofrecer información complementaria de mucha utilidad a la hora de valorar un consumo. Nuevamente conviene **no dejarse engañar por estereotipos** sobre el aspecto físico del paciente, su nivel socioeconómico o cultural. También es importante resaltar que **ningún hallazgo exploratorio es patognomónico** por lo que los resultados de la exploración deben ser considerados como un complemento de la anamnesis.

Algunos signos pueden indicar **consumo reciente: fetor etílico, hiperemia conjuntival** (típica del cannabis), **alteraciones del tamaño pupilar (miosis, midriasis)**, **signos de venopunción** en la piel, **alteraciones en el lenguaje** o el **comportamiento...** La existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local podrían estar en relación con el uso

intranasal de sustancias. En otras ocasiones podemos encontrar **signos patológicos evidentes** (**arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardiacos...**). Estos hallazgos suelen indicar deterioro orgánico y con frecuencia están en relación con **complicaciones infecciosas** en personas que utilizan (o han utilizado) drogas por vía intravenosa.

### 3.3.- Pruebas complementarias:

Como en cualquier otro acto médico, la necesidad de solicitar pruebas complementarias vendrá dada por el **resultado de la anamnesis y la exploración clínica**. El **patrón de consumo** de la(s) sustancia(s), la **vía de administración**, las **características toxicológicas y epidemiológicas...**determinarán la necesidad de solicitar pruebas complementarias. Podemos ver varios ejemplos:

- Un **consumo ocasional o esporádico de cannabis o drogas de síntesis** en una persona sana no precisa en principio de **ninguna prueba complementaria**.
- En un paciente con **consumo abusivo de alcohol**, la determinación de **parámetros bioquímicos** (ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas) y **hematológicos** (Volumen corpuscular medio) permiten objetivar los efectos sobre la salud del consumo.
- En un paciente que utiliza o ha utilizado drogas por vía parenteral es importante **descartar complicaciones infecciosas** (Mantoux, serologías para Hepatitis B, hepatitis C, VIH, sífilis, citomegalovirus, toxoplasma...). Según el resultado de la anamnesis y la exploración pueden estar indicadas otras exploraciones (radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen...)

Una circunstancia particular es la detección del consumo a través de pruebas analíticas. Existen test que pueden determinar la presencia de tóxicos en orina o sudor durante un tiempo variable. En ocasiones, algunos padres demandan estas pruebas para conocer si sus hijos consumen drogas. Como ya se ha señalado, **la anamnesis es la herramienta fundamental para explorar el consumo de cualquier paciente. El uso de una prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es inaceptable** tanto a nivel ético como a nivel práctico (ya que no aporta ninguna

información sobre las circunstancias, frecuencia y consecuencias del consumo, además de quebrar la relación médico-paciente y vulnerar el principio bioético de autonomía).

### 3.4.- Elementos importantes a valorar en el consumo de drogas:

Existen tres elementos clave que nos permiten valorar si un determinado consumo supone más o menos riesgos. La **sustancia** o sustancias consumidas es uno de ellos, pero existen otros dos que son igualmente importantes: el **individuo** que las utiliza y el **contexto** en el que se realiza el consumo (Figura 1).

Otro factor a considerar siempre es la **frecuencia del consumo**, distinguiendo entre **consumos episódicos** (**experimentales** u **ocasionales**) y **consumos sistemáticos** (**habituales** o **compulsivos**). (Tabla 1)

Es importante distinguir entre los **consumos recreativos** (aquellos asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los **instrumentales** (en los que se persigue un fin determinado: rendir más en el trabajo, evitar síndrome de abstinencia...). También es importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el **policonsumo** de distintas sustancias: por ejemplo, en consumidores de heroína es frecuente la asociación con alcohol, tabaco y benzodiazepinas; en consumidores de drogas de uso recreativo también el policonsumo es habitual.

#### 3.4.1.- La sustancia:

Existen **características inherentes a cada una de las distintas drogas**, que condicionan los efectos y los riesgos :

- **Tipo de sustancia:** Una clasificación sencilla de las drogas distingue entre drogas **estimulantes** del Sistema Nervioso Central (cafeína, cocaína, metanfetamina...), **depresoras** (alcohol, benzodiazepinas...) y alteradores de la mente o **psicodélicas** (LSD, ketamina...). Algunas sustancias pueden producir efectos mixtos: el éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina o MDMA) produce una estimulación suave con ligeros tintes psicodélicos.
- **Dosis:** La **dosis mínima eficaz** (DME) es aquella a partir de la cual se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga. La **dosis mínima tóxica** (DMT) a partir de la cual se inician los efectos tóxicos. El margen de seguridad (DMT-DME) es propio para cada sustancia y en algunas ocasiones pueden

solaparse. Al incrementar las dosis los efectos pueden variar: dosis bajas de alcohol suelen tener efectos euforizantes o estimulantes, pero en dosis elevadas el alcohol se comporta como un depresor.

- **Vía de administración:** Las drogas pueden incorporarse al Sistema Nervioso Central a través de la vía **oral, intramuscular, intravenosa, intranasal** (esnifada), **pulmonar** (fumada) o **transmucosa**, si bien no todas las sustancias admiten cualquier vía. La vía de administración afectará a la **intensidad y rapidez** de los efectos así como a algunas de las **posibles complicaciones**: la práctica de **compartir jeringuillas** se asocia a la transmisión de **patógenos como el VIH o virus hepatotropos (VHB,VHC...)**; el **consumo intranasal puede ser causa de ulceraciones en la mucosa nasal...**
- **Asociación a otras sustancias:** El consumo de más de una droga incrementa los riesgos. Si los efectos de estas son similares (p.ej: alcohol+opiáceos, opiáceos+benzodicepinas) los efectos tóxicos pueden potenciarse, de forma que la suma de dosis relativamente seguras de las dos sustancias puede dar lugar a una sobredosis.
- **Valoración social:** Las drogas institucionalizadas (alcohol, tabaco, benzodicepinas...) tienen un reconocimiento legal y un uso normativo. Su accesibilidad y disponibilidad es mayor a la de las drogas no institucionalizadas, cuya venta está sancionada por la ley. La falta de controles sanitarios sobre la producción de drogas ilegales hace que la adulteración sea un riesgo a considerar.
- **Potencial de abuso y dependencia:** Las características farmacodinámicas de determinadas drogas hacen posible la aparición de **dependencia física** ante **consumos continuados durante largo tiempo**. Los **cambios neuroadaptativos** que produce el consumo crónico de algunas drogas ( alcohol, benzodicepinas, opiáceos...) dan lugar a la aparición de un **síndrome de abstinencia** al suspender su administración

### 3.4.2.- El individuo:

Existen características propias de cada persona que es necesario tener en cuenta al evaluar un consumo de drogas.

- **Sexo:** Existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. **Las mujeres tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis (MDMA)**, necesitando de menores cantidades para alcanzar efectos. Con **excepción de las benzodiacepinas**, los consumos de todas las drogas son más prevalentes en varones que en mujeres. El **embarazo** y la **lactancia** son dos circunstancias en la vida de una mujer en las que **el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado**.
- **Edad:** Los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suelen producirse a lo largo de la **segunda década de la vida**. **El riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella**. Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar en lo posible el contacto con las drogas.
- **Pauta de consumo:** Según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de **tolerancia farmacológica** (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.
- **Concurrencia de patología:** Es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente los riesgos se incrementan. Se denomina **patología dual** (comorbilidad psiquiátrica) a la **concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental severa con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas**. Algunas drogas parecen facilitar el desarrollo del trastorno mental en personas predispuestas (p.ej: cannabis y esquizofrenia) mientras que en el caso de otras muchos autores creen que pueden desempeñar un papel de automedicación (p.ej: opiáceos y esquizofrenia). **El diagnóstico de trastorno dual dificulta el manejo del paciente y ensombrece el pronóstico**.

### 3.4.3.-El entorno:

El consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno dinámico, en constante evolución y social. En el **entorno inmediato del sujeto (dimensión**

**microsocial)** puede valorarse qué **factores familiares** predisponen o protegen del consumo de drogas y cómo influyen sobre la persona factores como la **escuela** o el **grupo de iguales**. La **dimensión mesosocial** hace relación a la influencia de los entornos en los que se mueve el individuo en sus actividades (ocio, intimidad...). Los patrones generales de cultura, valores, sistema social, legislación, etc., constituyen la **dimensión macrosocial**.

FIGURA 1: ELEMENTOS A VALORAR EN EL CONSUMO DE DROGAS

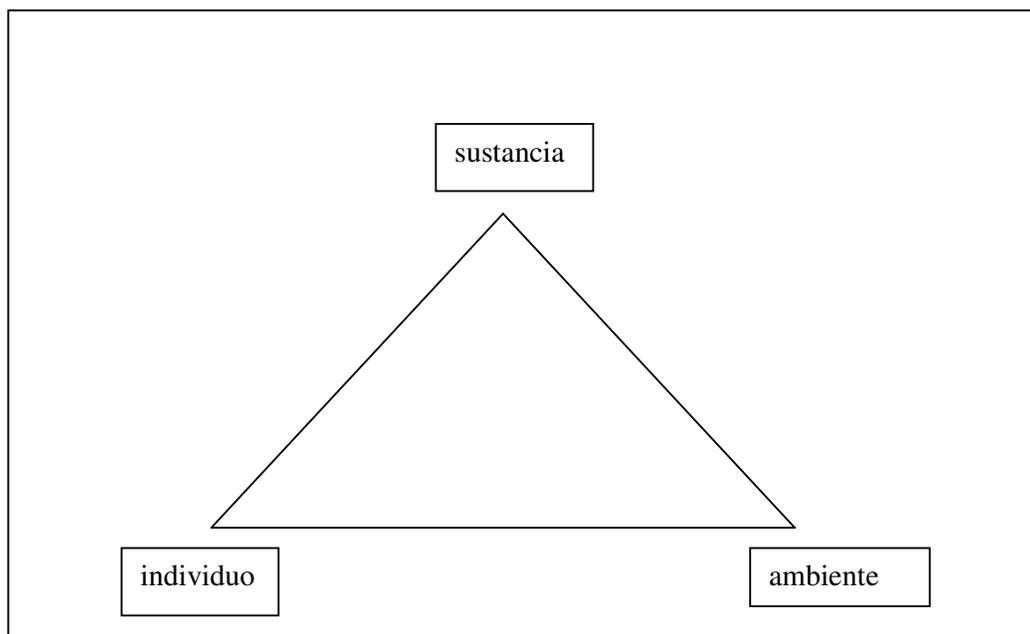


TABLA 1: TIPOS DE CONSUMO DE DROGAS SEGÚN LA FRECUENCIA DE CONSUMO

Consumo experimental: El individuo realiza ensayos, fundamentados generalmente en la curiosidad, en una o varias ocasiones, sin intención explícita de repetir posteriormente el consumo; se trata de un primer contacto con la droga, pudiendo no volver a retomar el consumo o evolucionar hacia otros patrones de consumo

Consumo ocasional: El individuo sabe lo que puede obtener de una droga y a veces recurre a ella; este tipo de consumo puede permanecer así toda la vida, retroceder, o evolucionar hacia un patrón de consumo sistemático.

Consumo habitual: El individuo consume drogas de una forma más o menos habitual, con una frecuencia más o menos periódica.

Consumo compulsivo, aquel que no puede ser controlado por el individuo, bien porque es incapaz de abandonarlo, por miedo al síndrome de abstinencia, o bien porque una vez que se inicia es llevado a cabo de modo compulsivo.

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

Zarco Montejo J, Caudevilla Galligo F, Cabezas Peña C, Navarro Cañadas C. “Conductas de riesgo adictivo” en Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Cordon Granados et al Eds. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Ed.: semfyc ediciones. Barcelona 2007:1201-1264

Bobes García, J. Casas Brugué, M. Gutierrez Fraile, M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ars Médica. 2003. Barcelona.

Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.

