

DEPENDENCIA DE DROGAS

J. Camí i Morell*

INTRODUCCION

En sentido amplio, un fármaco es cualquier sustancia química, natural o sintética, capaz de modificar un sistema biológico. Por medicamento se entiende aquella especialidad que, conteniendo uno o varios fármacos, tiene una utilidad terapéutica. El término *droga* es fruto de una mala traducción del inglés *drug* que en su origen no distingue entre fármaco y medicamento. En este capítulo se utiliza el término *droga* en sentido amplio, comprendiendo todos aquellos agentes capaces de alterar el comportamiento y que, independientemente de que tengan o no utilidad terapéutica, son objeto de abuso bajo un punto de vista epidemiológico o de dependencia desde el punto de vista farmacológico y médico.

La utilización no médica de las drogas ha sido una constante histórica desde la existencia de la humanidad. Cada civilización ha dispuesto siempre de determinadas drogas cuyo uso y abuso, habitual o esporádico, ha estado socialmente admitido e incluso a veces exaltado como un aspecto enriquecedor y beneficioso. Los ejemplos son muy numerosos: fumar opio era normal en las antiguas civilizaciones orientales; en los países islámicos está totalmente prohibida la ingestión de bebidas alcohólicas mientras que, en muchos casos, los derivados del cáñamo pueden ser libremente consumidos; la coca sigue siendo utilizada en muchas regiones andinas; nuestra sociedad occidental acepta el uso del alcohol,

del tabaco y del café o té. Esta última tríada, socialmente aceptada y sin ninguna traba de tipo legal para su elaboración y venta, es la más importante epidemiológicamente en nuestra sociedad, ya que es la que acarrea un mayor número de problemas sociales derivados de sus efectos indeseables a corto y a largo plazo. Pero, en la actualidad, es un grupo mucho más amplio de drogas el que constituye el espectro contemporáneo al que nos estamos refiriendo, si bien su trascendencia epidemiológica y patológica varía enormemente según el tipo de droga que se trate, así como del país en que se consume.

En la actualidad se utilizan desde productos alucinógenos, como la mesalina, el LSD, la marihuana, algunos de ellos tan antiguos como la historia de la humanidad y que por ahora no han encontrado ningún lugar en la terapéutica, hasta preparados con un lugar muy definido en la terapéutica medicamentosa (opiáceos, anfetamínicos) y que por sus propiedades sobre el comportamiento, entre otros motivos, son también objeto de dependencia. No obstante, éstos no son ni mucho menos todos los productos de estudio en el campo del uso y abuso de drogas. Diversos fenómenos han contribuido de una forma decidida a la incorporación de nuevas formas de uso habitual de drogas. En este sentido, el elevado número de especialidades farmacéuticas existentes en nuestro mercado, consecuencia de la enorme atomización del sector¹; la dudosa aceptabilidad de una parte importante de estas especialidades que, salvo honrosas excepciones, ofrecen los preparados sobre sus acciones, indicaciones, efectos indeseables y contraindicacio-

nes²; la deficiente formación del médico en nuestro país; la relativa facilidad con que pueden obtenerse todo tipo de especialidades farmacéuticas, así como la creciente práctica de la automedicación han contribuido de una forma decidida a que el abuso de medicamentos sea un aspecto cuantitativo más del campo que tratamos aquí. Véase, por ejemplo³, como de los 80 preparados que contienen anfetamínicos en nuestro mercado farmacéutico, un 37 % son de fácil obtención, ya que en su prospecto no se menciona la necesidad de ser dispensados mediante receta médica; en el 50 % de ellos no se menciona la existencia de contraindicaciones ni efectos adversos, y en otro 29 % más se afirma falsamente que no existen efectos indeseables. Por lo tanto, no resulte extraño el que a medida que aparece en el mercado una sustancia capaz de producir dependencia su consumo aumente extraordinariamente sin que haya razones terapéuticas que lo justifiquen. Es en este sentido en el que se discute si el consumo habitual o esporádico de ciertos medicamentos se considera un «uso médico» o no. Por ejemplo, si se considera de «uso médico» la utilización de preparados con anfetamina para obtener un mejor rendimiento y pasar una noche en vela preparando un examen. La frontera no está establecida, aunque, no obstante, bajo un punto de vista epidemiológico, el abuso de ciertos medicamentos debe enmarcarse dentro de la misma problemática del abuso general de drogas.

CAUSAS QUE CONDUCEN AL CONSUMO HABITUAL DE LAS DROGAS

Generalmente es la misma sociedad la que conduce, por sus hábitos y costumbres, a que una determinada población emplee habitualmente ciertas drogas. Es así como debe entenderse la utilización antaño, en ciertas civilizaciones, de drogas alucinógenas en ceremonias religiosas, y cómo en nuestra sociedad se desarrolla la historia natural de la dependencia al alcohol y al tabaco. Pero, independientemente de otros motivos, en nuestra sociedad esta historia natural se perpetúa de una forma característica por la existencia de unos intereses, mayoritariamente económicos, ajenos evidente-

*Profesor Adjunto de Farmacología. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

mente a otros fines como la mejora de la calidad de la vida y el progreso de la comunidad. Por lo tanto, lejos del conocimiento científico acerca de los efectos que producen las drogas en general, hay toda una serie de causas extrínsecas a la persona que condicionan la epidemiología de este abuso; son aspectos sociológicos, políticos, económicos, culturales y morales que deben considerarse al margen de los hallazgos puramente científicos. Desgraciadamente, la población en general vive las consecuencias de la existencia de este fenómeno con una información francamente deficiente y muchas veces deformada acerca de las causas, efectos y trascendencia del problema. Solamente teniendo en cuenta estas coordenadas extrínsecas pueden plantearse toda una serie de causas intrínsecas que pueden propiciar la experiencia o la utilización habitual de las drogas.

No obstante, estas causas intrínsecas han sido objeto de grandes especulaciones. Son múltiples y variadas las teorías acerca del fenómeno de la farmacodependencia; entre ellas se aducen supuestos trastornos de la personalidad, desequilibrios afectivos, alivio de frustraciones o búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. No ha faltado quien clasifica de una forma sistemática este fenómeno como una actitud delictiva más. Siguiendo a Bayés⁴, «hasta el presente, psiquiatras y psicólogos han demostrado, en general, mucho más ingenio para el etiquetaje de los fenómenos de comportamiento que para descubrir las variables responsables de su aparición o mantenimiento y han consumido más tiempo en torneos semánticos que en los laboratorios». Por ahora, lo único constatable bajo un punto de vista científico es que debido a la utilización de ciertas drogas, en determinadas condiciones y para determinados sujetos se produce un fenómeno de autogratificación denominado reforzamiento, comportamiento que, además, en determinados casos, obtiene un soporte directamente relacionado con los aspectos sociológicos y culturales antes mencionados y que constituyen el control social de la dependencia de drogas. De este modo, algunos autores como Dews⁵ explican el comportamiento de la dependencia de drogas apelando únicamente a las mismas leyes naturales que rigen otros comportamientos

que nada tienen que ver con la toma de las drogas.

Por otra parte, a partir de la existencia de este fenómeno y según la sociedad en que se estudie, se constituyen diversos patrones de utilización. Así, en nuestra sociedad occidental se habla de un «uso social» del alcohol y del tabaco, mientras que la farmacodependencia a la cocaína o a los opiáceos como la heroína sólo aparece en reducidos sectores de la sociedad. Incluso en algunos casos se habla de la existencia de una «subcultura» ligada al abuso de ciertas drogas. Sin embargo, estos patrones varían considerablemente a lo largo del tiempo. En efecto, si bien hace algunos años se podía hablar de la existencia de una «subcultura» relacionada con el uso de la marihuana y de ciertas sustancias alucinógenas como el LSD, en la actualidad, y más concretamente por lo que se refiere a la juventud, puede hablarse ya de un «uso social» de la marihuana.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS

El consumo habitual de las drogas se caracteriza por la producción en el organismo de una serie de manifestaciones: deseo de continuar consumiéndolas, aparición o no de una tolerancia a sus efectos, establecimiento de una dependencia y eventual aparición de determinados efectos indeseables consecutivos a su utilización⁶.

Los efectos de las drogas pueden variar en grado y calidad dependiendo de varios factores. Es bien conocido que, por razones de variabilidad individual, la respuesta que se puede esperar ante la administración de una droga a una serie de sujetos puede ser muy distinta. Con más motivo, en fármacos que alteran el comportamiento se podrá observar una gran diversidad en la respuesta, ya sea por variables dependientes de las condiciones ambientales, como el lugar y entorno donde se realiza la experiencia, ya por variables dependientes de la conducta del individuo que la toma, como sus antecedentes, conocimientos previos sobre los efectos y relaciones con los individuos con que realiza la experiencia, ya por variables dependientes de las características del fármaco o todos aquellos cambios que se deriven de la frecuente adulteración de los preparados, sea

por grandes diferencias en las dosis o por la eventual aparición de interacciones, resulten o no indeseables.

El fenómeno de la tolerancia

Cuando se administra una misma dosis de una droga repetidamente durante días o semanas y se observa cómo sus efectos disminuyen gradualmente en intensidad, estamos ante un caso de desarrollo de *tolerancia* a los efectos de esta droga. Este fenómeno también puede describirse como la necesidad progresiva de ir aumentando la dosis de una droga para ir obteniendo cada vez los mismos efectos farmacológicos. El fenómeno de la tolerancia aparece solamente si la droga se toma regularmente. La mayoría de las veces es reversible, o sea, la sensibilidad farmacológica del sistema que estimulamos es recuperable tras un período, a veces muy breve, de interrupción de la administración (figura 1). Si bien la tolerancia no aparece ni mucho menos con todos los fármacos que se conocen en la actualidad, sí puede decirse que se trata de un fenómeno que se desarrolla sobre algunos de los efectos farmacológicos de una droga. Por ejemplo, con la marihuana se observa cómo con facilidad se desarrolla tolerancia a sus efectos cardiovasculares y a algunos de los efectos sobre el comportamiento, mientras persisten siempre otros del tipo de la sequedad de boca (figura 2). También con los opiáceos se observa cómo los efectos analgésicos, lo mismo que los depresores del centro respiratorio, desarrollan rápidamente tolerancia, mientras que la capacidad para provocar estreñimiento persiste invariablemente. Otra de las características de la tolerancia es su grado y rapidez de aparición. Así, por ejemplo, son suficientes de dos a tres días para los opiáceos y el LSD, de dos a siete días para los barbitúricos, unos diez días para la anfetamina y productos afines, mientras que para el alcohol se requieren de dos a tres semanas. También el grado de tolerancia adquirido por el organismo en un sistema determinado difiere substancialmente de la droga utilizada. Por ejemplo, una persona puede volverse tolerante al cabo de varios días a los efectos de cantidades lo suficientemente elevadas de morfina, que le hubieran ocasionado la muerte de habérselas administrado el

primer día. Otro fenómeno importante es el denominado «tolerancia cruzada» y que consiste en la aparición de tolerancia a los efectos de todo un mismo grupo farmacológico, e incluso a veces de varios productos de distintos grupos farmacológicos. Así, existe tolerancia cruzada entre los diversos opiáceos entre sí y entre toda la gama de barbitúricos; el LSD tiene tolerancia cruzada con la mescalina y la psilocibina, mientras que no la desarrolla ni con los anfetamínicos ni con la marihuana (figura 3); el alcohol, los barbitúricos y la marihuana desarrollan tolerancia cruzada a una serie de efectos entre sí. Por último, citemos el caso de los alcohólicos en los que se necesitan grandes cantidades de anestésicos para inducir una anestesia quirúrgica corriente. Este hecho constituye un ejemplo de los problemas clínicos a que puede dar lugar la existencia de una tolerancia cruzada.

Los efectos farmacológicos de una droga son la consecuencia de su interacción físico-química con unas determinadas estructuras biológicas denominadas «receptores». Ahora bien, para que esto ocurra es necesario que el preparado se haya absorbido, distribuido y, a veces, metabolizado debidamente, así como que en el «receptor» se haya conseguido una concentración suficiente. Cuando hay tolerancia, se observa una disminución de la intensidad y, a veces, de la calidad del efecto consecutivo a esta interacción fármaco-receptor. Esta tolerancia puede ser debida fundamentalmente a dos tipos de mecanismos: o bien a que no ha llegado suficiente cantidad de droga al receptor (tolerancia farmacocinética), o bien a que por diversas causas, y como consecuencia de la administración repetida, haya cambiado la sensibilidad del receptor (tolerancia farmacodinámica). Un ejemplo del primer caso lo sería la tolerancia que desarrollan los barbitúricos y el alcohol, debida a que su paso repetido por el hígado provoca un aumento en la producción de sus propias enzimas metabolizadoras, de forma que el organismo destruye cada vez más rápidamente los productos ingeridos. En cambio, la tolerancia a la morfina sería un ejemplo de cambios inducidos en la sensibilidad del receptor.

No obstante, en lo que se refiere, por ejemplo, a algunos de los efectos del alcohol y de los barbitúricos, parece ser que la tolerancia se debe a causas mixtas. A pesar de las causas establecidas anteriormente, la de algunos tipos de tolerancia que se observan sobre determinados sistemas aún no ha sido del todo esclarecida. Por ejemplo, la observación de la tolerancia que se manifiesta en ciertos tipos de conducta ha llevado a algunos autores⁷ a proponer el papel del comportamiento como uno de los factores causales del desarrollo de tolerancia.

La dependencia

El único aspecto común a todas las formas de abuso repetido de drogas es la existencia de algún tipo de dependencia propiamente dicha. El conocimiento de las propiedades de este fenómeno es, entre otros, pieza clave para comprender las consecuencias patológicas, económicas y socioculturales del abuso contemporáneo de drogas.

La Organización Mundial de la Salud⁸ define la dependencia simplemente como «un estado resultante de la administración repetida de una droga de manera periódica o continuada». En un simposium realizado en 1969 en Gran Bretaña sobre la dependencia de drogas, Paton⁹ define la dependencia como «el fenómeno en virtud del cual, y como resultado de la administración de una droga, se desencadenan una serie de fuerzas —fisiológicas, bioquímicas, sociales o ambientales— que predisponen a su utilización de una manera continuada».

Tradicionalmente se distinguen dos tipos de dependencia si bien cada día es más difícil establecer la frontera entre ellas. En primer lugar, la denominada *dependencia psíquica*, psicológica o psicogenética, en la cual se constituye una conducta que lleva a tomar periódica o continuadamente la droga de manera que se mantenga el estado de placer o se evite el malestar inducido por aquella. La dependencia psíquica solamente puede cuantificarse en términos de reforzamiento de una conducta. Si bien la existencia de dependencia psíquica no presupone ninguna consecuencia o deterioro físico para la persona, determina en gran manera una

de las causas fundamentales por las que se perpetúa el abuso de drogas de una forma crónica. Existen también diversos grados de dependencia psíquica que pueden variar desde un simple cambio pasajero en la conducta hasta un estado de deseo irresistible o «compulsión» a su nuevo uso.

Por otro lado, existe la denominada *dependencia física*, en la que como consecuencia del uso continuado de una droga se llega a un estado de adaptación en el que el organismo requiere su presencia para que el funcionalismo sea normal. El que exista dependencia física o no sólo puede determinarse si tras una importante disminución o la interrupción brusca de la administración de la droga se desarrollan, sin voluntariedad por parte del sujeto, una serie de trastornos fisiológicos y de la conducta que caracterizan el denominado «síndrome de abstinencia». El síndrome de abstinencia es un estado de hiperexcitabilidad latente en el que los síntomas son como una respuesta «rebote» del organismo a los efectos que producía la droga. En general se caracteriza por una serie de trastornos de la motilidad, cardiovasculares, respiratorios, del equilibrio ácido-base, así como grandes modificaciones del comportamiento; es un estado muy aparatoso que puede llegar a poner en peligro la vida del sujeto. La gravedad del síndrome de abstinencia se juzga por la intensidad de los síntomas que aparecen y, en general, es proporcional a la cantidad de droga tomada diariamente (figura 4). Este síndrome se presenta con el abuso prolongado de prácticamente todos los depresores del sistema nervioso central, desde los opiáceos hasta el alcohol pasando por los hipnóticos barbitúricos, con la excepción de los tranquilizantes del tipo de las benzodiazepinas. Incluso en el caso de los opiáceos puede desencadenarse este síndrome de una forma más brusca mediante la utilización de antagonistas específicos del tipo de la nalorfina. También se ha demostrado la presencia de este síndrome en ciertos habituados a las anfetaminas y algunos autores opinan que también aparece en algunos casos de habituación al tabaco.

Al igual que en el caso de la tolerancia, existen varios tipos de dependencia cruzada entre diversas drogas, sean o

no de un mismo grupo farmacológico. El conocimiento de la existencia de este fenómeno se ha utilizado para el tratamiento deshabitador de ciertas dependencias: por ejemplo, la metadona para el tratamiento deshabitador de la dependencia a los opiáceos; los barbitúricos en el síndrome de abstinencia de los alcohólicos crónicos. A pesar de todo la verdadera naturaleza de la dependencia física, así como los mecanismos celulares íntimamente relacionados con ella, siguen aún sin esclarecer.

La tolerancia y la dependencia no siempre coexisten. Con ciertos productos (por ejemplo la atropina), puede desarrollarse tolerancia sin dependencia; con otros, por el contrario, puede presentarse una dependencia psíquica sin que exista tolerancia; éste es el caso de la cocaína. El que una serie de drogas como la marihuana y el LSD presenten dependencia psíquica no presupone el que se desarrolle conjuntamente una dependencia física, aunque en general, todas aquellas drogas que desarrollan dependencia física también desarrollan dependencia psíquica, independientemente de que haya un grado más o menos elevado de tolerancia.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

Resulta difícil e insatisfactorio sistematizar a la vez con un mismo esquema los conocimientos que sobre estas drogas se van aportando día a día. Así, puede ser útil, en ciertos casos, adoptar un criterio según la estructura química o según las consecuencias sociales que se derivan de su abuso. Al ser muchos los criterios utilizados se observa cómo prácticamente cada autor ofrece su clasificación propia. Estamos ante el hecho de que la mayoría de las drogas producen multiplicidad de efectos. Por ejemplo, una misma droga y en distintas circunstancias puede producir efectos de estimulación o de inhibición según la dosis o vía de administración utilizada o según el efecto biológico o tipo de comportamiento observado. Por lo tanto, conscientes de las limitaciones que tiene el establecimiento de una clasificación y para fines didácticos, seguiremos el esquema fundamentalmente de tipo práctico planteado por J. Laporte en su monografía «Les Drogues»⁶.

En ella se distinguen tres grandes grupos (tabla I). En el primero de ellos se encuentran sustancias que, bajo un punto de vista farmacológico, son depresoras del sistema nervioso central. Los opiáceos y el alcohol se caracterizan por tener la capacidad de desarrollar el tipo de dependencia física más grave que se conoce. En segundo lugar está el grupo de sustancias denominadas estimulantes. Obsérvese en este grupo la gran variedad de mecanismos de acción que ofrecen estas sustancias. El tabaco, cuyo alcaloide principal, la nicotina, ejerce su acción farmacológica estimulando los ganglios del sistema nervioso periférico y que por sus características fisicoquímicas no actúa sobre el sistema nervioso central; la anfetamina y la cocaína, estimulantes de la actividad neuronal adrenérgica,

el primero de ellos de una forma indirecta promoviendo la liberación del neurotransmisor, y el segundo mediante la inhibición de los fenómenos de recaptación neuronal, una de las principales vías de metabolización de la noradrenalina. El tabaco y la cocaína se caracterizan por su capacidad para desarrollar el grado más grave de dependencia psíquica que se conoce. En tercer lugar se agrupan las sustancias denominadas «psicodélicas», cuya principal característica es la de producir grandes alteraciones de la percepción. No producen dependencia física y son muy utilizadas por los medios juveniles en la actualidad; son objeto de grandes controversias. Obsérvese en la tabla II cómo todas estas drogas tienen la capacidad para desarrollar en mayor o menor grado la denominada dependencia psíquica.

TABLA I Clasificación de las drogas*

A. Depresores	
Opio y derivados (morfina, heroína)	
Hipnóticos, sedantes y tranquilizantes	
Alcohol	
B. Estimulantes	
Coca y cocaína	
Anfetamina y derivados	
Cafeína y bebidas que la contienen (café, té, cacao, colas)	
Tabaco	
C. Psicodélicos	
LSD y productos relacionados (mescalina, psilocibina, STP)	
Derivados del cáñamo: marihuana, hashish, grifa, cuyo principio activo común es el Δ^9 -tetrahidrocannabinol	

*Tomado de J. Laporte⁶.

TABLA II

	Tolerancia	Dependencia psíquica	Dependencia física
Opiáceos	+++	+++	+++
Barbitúricos	++	+++	+++
Alcohol	+	+++	+++
Cocaína	—	+++	—
Anfetamínicos	+	++	+
Cafeína	+	+	—
Tabaco	++	+++	?
LSD	+	+	—
Marihuana	+	+	—

CONSECUENCIAS DEL ABUSO PROLONGADO DE DROGAS

Una de las preguntas que más se formulan hoy en día sobre este tema es la de si se desencadena o no algún tipo de trastorno permanente al cuerpo o en el comportamiento como consecuencia del abuso prolongado de drogas. Se han descrito una gran variedad de trastornos médicos y psiquiátricos; no obstante, la naturaleza exacta de los mismos y su relación con el abuso de drogas es difícil de establecer. En algunos casos, la relación causa-efecto no ofrece ninguna duda, como, por ejemplo, la ulceración del tabique nasal a consecuencia del abuso prolongado a grandes dosis de la cocaína por vía inhalatoria. Otras veces la relación causa-efecto no se ha podido determinar hasta al cabo de decenas de años de experiencia; éste es el caso de la correlación del abuso del tabaco con el cáncer de pulmón. Otras veces esta relación no siempre se presenta de una forma clara, o se exageran una serie de hallazgos que en la mayoría de los casos no tienen ninguna trascendencia epidemiológica. No obstante, este tipo de correlaciones a veces son complejas y, si bien no se esclarece si la droga es causa o desencadenante, el hecho es

que el efecto subsiste. Es en este sentido en el que debe plantearse la discusión sobre si el alcoholismo es el responsable directo de la aparición de cirrosis hepática en alcohólicos crónicos o si lo son las deficiencias nutricionales que conlleva generalmente la dieta de los alcohólicos.

A grandes trazos pueden distinguirse dos grandes tipos de consecuencias del abuso prolongado de drogas, según que nos refiramos a los efectos perjudiciales para el individuo que la toma o nos preguntemos si como consecuencia de este abuso se establece una conducta antisocial. En el primer caso distinguiremos entre dos posibilidades que pueden coexistir: deterioro físico y alteraciones del comportamiento. Los efectos indeseables de tipo físico que conlleva el abuso prolongado de drogas es uno de los fenómenos que cuenta en la actualidad con mayores estudios, si bien en algunos casos siguen aún sin ser concluyentes. Así, se ha podido establecer una clara relación entre el aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares en poblaciones habituadas al consumo de tabaco, alcohol y estimulantes del tipo de la cafeína. Por otra parte, hay una serie de trastornos que se derivan de la forma de abuso de la droga y no de ella directamente, como, por ejemplo, todos aquellos problemas infecciosos, desde abscesos hasta hepatitis y tétanos, enfermedades transmitidas por la forma con que se administran algunas drogas por vía parenteral.

La posibilidad de inducir algún tipo de trastorno en el comportamiento ha motivado otra de las grandes polémicas en este campo. En general, las denominadas «psicosis tóxicas» relacionadas con el abuso de drogas se caracterizan porque los signos y síntomas desaparecen gradualmente conforme la droga se va metabolizando y excretando, de manera que el sujeto vuelve a su estado que tenía previamente. No obstante, se ha observado cómo en cierto número de casos las reacciones psicóticas no se recuperan totalmente y cómo incluso en ciertos casos persisten con la misma intensidad. Estos fenómenos, aunque raros, se han observado tras la ingesta de anfetamínicos y ciertos alucinógenos, sobre todo el LSD. Un debate ha quedado abierto sobre sus causas: mientras algunos autores, basándose por ejemplo en que la psicosis anfetamínica es muy similar a la esquizofrénica, defienden que la causa etiológica reside en la misma droga, otros dudan de esta relación directa causa-efecto y proponen que estos efectos indeseables observados no son más que reacciones precipitadas o desencadenadas por la droga en cuestión, estado que ya existía de una forma latente en el sujeto. De todas formas,

REINVERSION

Cigarrillos.../rentas.../obras públicas.../

Tabacalora aportó en 1971 más de 37.000 millones de pesetas al Presupuesto Nacional.

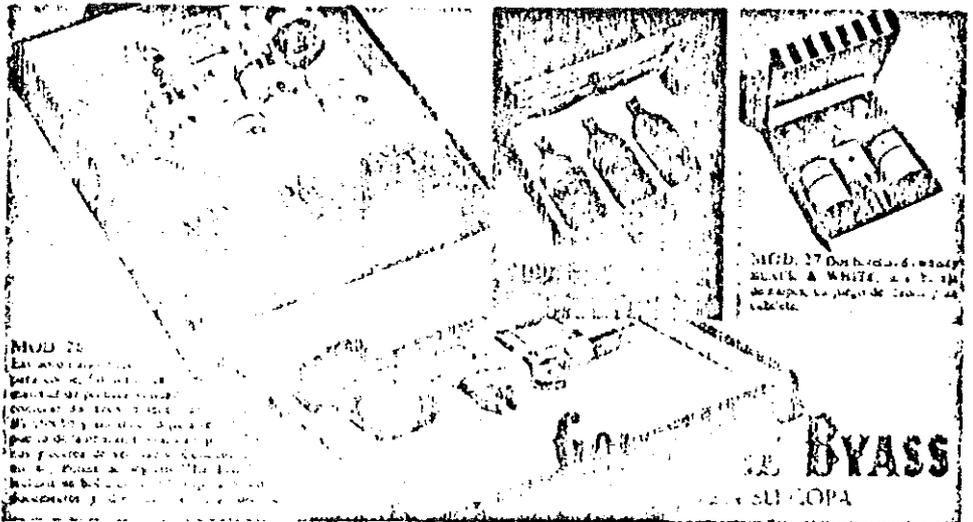
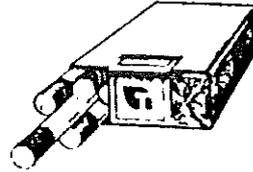
Es, aproximadamente, el 10% del total del Presupuesto General del Estado.

Es, por supuesto, dinero que se convierte en escuelas, hospitales, carreteras y todo aquello que revierte en su propio beneficio por haber nacido en este país Su país. España.

Así, cada cigarrillo que usted fuma le da placer y construye. Y su dinero, en suma, no se hace humo. No se esfuma. No se va a las nubes. Se queda en las tierras de España. Mejorándola. Para usted. Y para los que no fuman.



Tabacalera hoy



Para adquirir estos estuches puede dirigirse a su proveedor habitual o bien a cualquiera de las Delegaciones indicadas que le ofrecen un Servicio Especial de entrega a domicilio, sin cargo adicional alguno, haciendo llegar a cualquier lugar de España el regalo por Vd. escogido.

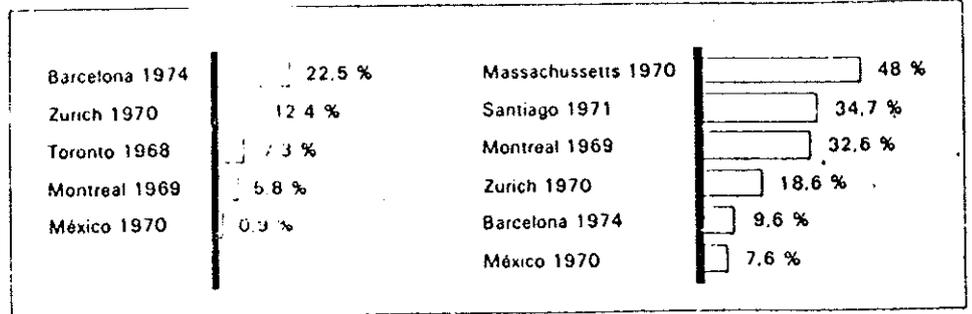
todos los autores coinciden en señalar la importancia que tienen las condiciones ambientales bajo las que se ingieren este tipo de drogas. Otro aspecto importante es el de la posibilidad de que exista un cierto grado de «deterioro de la personalidad» en individuos con historia de abuso prolongado. Es muy difícil, si no imposible, determinar si existe y cuándo empieza ésta. Si una persona tiene algún tipo de com-

final aparece inevitablemente con independencia de que exista historia de farmacodependencia, o si las drogas contribuyen de una forma significativa tanto en la velocidad como en el grado de deterioración. Los conocimientos actuales no nos responden a estas preguntas. No hay suficientes datos como para determinar exactamente la naturaleza de estos fenómenos, ya que seguramente también intervienen otros fac-

abuso de drogas, estados previos a su uso, duración del período del abuso, así como los diferentes entornos sociales en los que se realiza.

El segundo tipo de consecuencias previsibles del abuso de drogas son los efectos y estados que puedan desencadenar una conducta antisocial. En algunos casos, si bien la droga quizás resulte, en administración única, poco peligrosa para la salud de quien la toma, es posible que sea muy nociva para la colectividad: un borracho al volante de un automóvil constituye un buen ejemplo. Otras veces la conducta antisocial puede establecerse cuando el individuo no se encuentra bajo los efectos de la droga, sea porque la conducta es agresiva, fruto de una situación de abstinencia, sea porque el deseo irrefrenable de obtener la droga puede determinar, en un momento dado, una conducta antisocial dirigida a la obtención de nuevas dosis (o de los correspondientes medios para conseguirlas), con las que satisfacer el deseo.

En cuanto a la posibilidad de que el uso de ciertas drogas conlleve al abuso escalonado de drogas cada vez más peligrosas, los conocimientos actuales no nos permiten afirmar que el fenómeno aparezca con este tipo de secuencias. No obstante, parece ser que hay otra serie de factores que influyen sobre este tipo de fenómenos de una manera más determinante y que quizás sean los más importantes. Estos van desde la gran desinformación que tiene la población en general acerca de los efectos que producen las drogas, y que en algunos casos ella misma consume de una forma habitual, hasta el grado determinante que tienen los monopolios internacionales del tráfico de drogas, los más interesados en que el consumo de algunas de ellas siga siendo un delito, en definitiva un negocio en manos de unos pocos. No excluyamos aquí el papel preponderante que en nuestra sociedad tienen los grandes monopolios que dominan el tabaco y el alcohol, los cuales no sólo no contribuyen de ninguna manera en toda la epidemiología actual, sino que en la mayoría de los casos su propaganda es desmesurada, coercitiva y a veces su contenido no solamente deja mucho que desear sino que plantea serios problemas deontológicos (figura 5).



ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

A pesar de todo lo mencionado, el uso y abuso de drogas en nuestro país existe y como tal hay que afrontarlo de una forma decidida. Como primera medida deberían canalizarse todos los sistemas posibles para que la sociedad estuviera debidamente informada.

Nuestro país se caracteriza por la exigüidad de los datos epidemiológicos acerca del problema. Dentro de Europa, España se sitúa en cuarto lugar después de Francia, Portugal e Italia en lo que se refiere al consumo de bebidas alcohólicas, y que equivalen aproximadamente a más de 12 litros anua-

les de alcohol absoluto por habitante adulto. Una revisión reciente¹⁰ sitúa el alcoholismo en la tercera causa de muerte médica, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; en España se calcula una población aproximada de dos millones de alcohólicos. El alcoholismo le cuesta a España más de 20.000 millones de pesetas al año. Por lo que se refiere al tabaco, el consumo es del orden de 2.200 cigarrillos anuales por habitante adulto, lo que comporta un gasto anual de unos 70.000 millones de pesetas. Por lo que respecta al resto de las drogas mencionadas, insistamos una vez más que son pocos los índices para valorar su epidemiología. De todas formas, y en cuanto a los opiáceos, a pesar de que las cifras de incautación en Europa aumentan considerablemente (figura 6), por ahora en España no es ni mucho menos el problema más grave. También podemos decir lo mismo del consumo de ciertos alucinógenos. Diversos reportajes periodísticos dan la impresión de que el consumo de marihuana ha aumentado considerablemente en los últimos años; en este sentido, distintas encuestas^{11, 12, 13} llevadas a cabo en medios estudiantiles barceloneses hace unos tres años revelaban un consumo de marihuana notablemente inferior si se comparaba con algunos medios universitarios ex-

tranjeros en las mismas condiciones, así como un consumo de LSD prácticamente insignificante. No obstante, es presumible que por diversos motivos este índice haya sufrido un aumento. A pesar de todo, era relevante el índice relacionado con el consumo de anfetamínicos, el cual era considerablemente superior al de los medios extranjeros, indudablemente, entre otras causas, debido a la relativa facilidad con que pueden obtenerse estos preparados en nuestro medio (figura 7).

BIBLIOGRAFIA

1. GASOLIBA, C. (1970) Estudio económico de la industria farmacéutica. Ed. Ariel, Barcelona.
2. ERILL, S., GARCIA-SEVILLA, J. y LAPORTE, J. R. (1973) Las especialidades farmacéuticas en España. Un análisis del Vademecum Dairmon 1971. *Ann. Med.*, 39, 302.
3. CAMI, J., LAPORTE, J., GUTIERREZ, R. y LAPORTE, J. R. (1977) Estudio de los preparados que contienen anfetamina existentes en el mercado farmacéutico nacional. *Med. Clin.*, 68, 57.
4. BAYES, R. (1977) Iniciación a la farmacología del comportamiento. Ed. Fontanella, Barcelona.
5. DEWS, P. B. (1973) The behavioral context of addiction. IV Bayer symposium on physic dependence. Ed. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, Nueva York.
6. LAPORTE, J. (1976) Les Drogues. Monografías mèdiques n.º 13. Ed. 62 S.A., Barcelona.
7. DALLEMAGNE, M. J., RICHELLE, M., FONTAINE, D. y XHENSEVAL, G. B. (1967) Contribution du conditionnement animal à l'étude expérimentale des substances psychotropes. *Acta Clinica Belgica*, 22, 1.
8. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (1964) Informe técnico n.º 13. Ginebra.
9. PATON, W. D. M. (1969) Chairman's introduction. En *Scientific Basis of Drug Dependence*. (H. Steinberg, Ed.) J. A. Churchill Ltd, Londres.
10. CACERES CORRALES, E. (1976) Alcoholismo: revisión general de un tema grave. *Tribuna médica*, n.º 670, pág. 14.
11. CAMI, J., GUTIERREZ, R., LAPORTE, J. R. y LAPORTE, J. (1975) Drug taking among medical students in Spain. Proceedings of the Sixth International Congress on Pharmacology. Abs n.º 1371. Helsinki.
12. LAPORTE, J., GUTIERREZ, R., CAMI, J. y LAPORTE, J. R. (1976) Consumo de drogas de uso no médico entre los estudiantes de Medicina de Barcelona. Actas del II Congreso de la Asociación Española de Farmacólogos Abs n.º 45. Cádiz.
13. LAPORTE, J. R., CAMI, J., GUTIERREZ, R. y LAPORTE, J. (1977) Caffeine, tobacco, alcohol and drug consumption among medical students in Barcelona. *Europ. J. Clin. Pharmacol.*, 11, 449.