

Psicología de las Adicciones

Volumen 1
Oviedo, 2012
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo

Director:

Roberto Secades Villa

Directores Asociados:

José Ramón Fernández Hermida

Olaya García Rodríguez

Gloria García Fernández

Sergio Fernández Artamendi

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista **Psicología de las Adicciones** publica trabajos de carácter empírico, en español o inglés, que estén realizados con rigor metodológico y que supongan una contribución al progreso del ámbito de la psicología de las adicciones. También se aceptan trabajos de naturaleza teórica (propuestos o solicitados previamente por el Consejo Editorial), con preferencia para aquellos que se comprometan con cuestiones críticas de la investigación y discutan planteamientos polémicos. Por lo demás, la interdisciplinariedad es un objetivo de la revista.

2. Los trabajos serán inéditos, no admitiéndose aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que están en proceso de publicación o hayan sido presentados a otra revista para su valoración. Se asume que todas las personas que figuran como autores han dado su conformidad, y que cualquier persona citada como fuente de comunicación personal consiente tal citación.

3. Los trabajos, elaborados en formato Word, tendrán una extensión máxima de 5.000 palabras, (incluyendo título, resumen, referencias, figuras, tablas, apéndices e ilustraciones) y estarán escritos a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cm y numeración en la parte superior derecha. En la primera página, con el fin de mantener el anonimato, sólo aparecerá el título del trabajo y el número de palabras del manuscrito, pero no los nombres de los autores. Los autores se esforzarán en que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen. En la segunda hoja se incluirá un resumen y el abstract, no superior a 200 palabras. El resumen deberá reflejar el objetivo del estudio, el método y los principales resultados y conclusiones.

Las figuras y tablas se incluirán al final del manuscrito, una en cada página. Deberán ser compuestas por los autores del modo definitivo como deseen que aparezcan, y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto. Su tamaño tendrá una base de 7 ó 14 cm y deberán de ser legibles las letras y signos que en ellas aparezcan, evitando espacios vacíos y aprovechando al máximo el espacio ocupado. La manera aproximada de calcular el espacio ocupado por las tablas y figuras sigue la equivalencia de dos figuras de 14 x 20 cm igual a una página impresa de Psicothema y a tres de texto a doble espacio. En el caso de las fotografías, su tamaño tendrá una base de 7 ó 14 cms y una altura máxima de 20 cm. El pie que describa estas ilustraciones estará en español o inglés según la lengua del manuscrito.

4. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2005, 6ª edición). A continuación se recuerdan algunos de estos requisitos y se dan otros adicionales.

Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (ambos entre paréntesis y separados por una coma). Si el autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores siempre se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez, en las siguientes citas se pone sólo el apellido del primero seguido de "et al." y el año, excepto que haya otro apellido igual y el

mismo año, en cuyo caso se pondrá la cita completa. Para más de seis autores se cita el primero seguido de "et al." y en caso de confusión se añaden los autores subsiguientes hasta que resulten bien identificados. En todo caso, la referencia en el listado bibliográfico debe ser completa. Cuando se citan distintos autores dentro del mismo paréntesis, se ordenan alfabéticamente. Para citar trabajos del mismo autor o autores, de la misma fecha, se añaden al año las letras a, b, c, hasta donde sea necesario, repitiendo el año.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final y atendiendo a la siguiente normativa:

a) Para libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto, en caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una "y"); año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto; ciudad y dos puntos y editorial. En el caso de que se haya manejado un libro traducido con posterioridad a la publicación original, se añade al final entre paréntesis "Orig." y el año. Ejemplo:

Sternberg, R. J. (1996). Investigar en psicología. Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales. Barcelona: Paidós (Orig. 1988).

b) Para capítulos de libros colectivos o de actas: Autor(es); año; título del trabajo que se cita y, a continuación introducido con "En", el o los directores, editores o compiladores (iniciales del nombre y apellido) seguido entre paréntesis de Dir., Ed. o Comp., añadiendo una "s" en el caso del plural; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial. Ejemplo:

McGuigan, F. J. (1979). El experimentador: un objeto de estímulo descuidado. En J. Jung (Comp.), El dilema del experimentador (pp. 194-206). México: Trillas. (Orig. 1963).

c) Para revistas: Autor(es); año; título del artículo; nombre completo de la revista en cursiva; vol. en cursiva; nº1 entre paréntesis sin estar separado del vol. cuando la paginación sea por número, y página inicial y final. Ejemplo:

Pinillos, J. L. (1996). La mentalidad postmoderna. *Psicothema*, 8, 229-240.

Para otra casuística acúdase al manual citado de la APA (2005).

5. Si se acepta un trabajo para su publicación los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la revista *Psicología de las Adicciones*, que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Igualmente, las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a los trabajos con humanos como a la experimentación animal, así como en todo lo relativo a la deontología profesional. Es responsabilidad de los autores poder proporcionar a los lectores interesados copias de los datos en bruto, manuales de procedimiento, puntuaciones y, en general, material experimental relevante.

6. Los trabajos serán enviados a la siguiente dirección de correo electrónico: secades@uniovi.es

Psicología de las Adicciones

Vol 1, 2012

Adicción a las nuevas tecnologías	2-6
<i>Olga Arias Rodríguez, Vanessa Gallego Pañeda, María José Rodríguez Nistal y María Ángeles del Pozo López</i>	
Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas	7-11
<i>Saúl Mielgo López, Daniel Lorigados Serrano, Alba Calleja Fernández y Pedro Antonio Cachero Rodríguez</i>	
Los trastornos de personalidad y la adicción a sustancias	12-17
<i>Verónica Andrés Santurio, Laura Cuadra Padilla, Carla Sánchez Togneri e Itziar Urcelay Perez</i>	
Adicción al cannabis y trastornos psicopatológicos asociados	18-24
<i>Ana Álvarez Rodríguez, Laura Gutiérrez Prendes, Sara Peón Rodríguez, Tamara Pérez Cimadevilla y Ana Real Pino</i>	
Factores de riesgo familiares e inicio en el uso de drogas	25-28
<i>Laura Meana García, Sergio Reno Chanca y Yosmayra I. Batista Checo</i>	
El juego patológico en los adolescentes	29-34
<i>Amaia García Sagargazu, Cristina Montes Suárez, Inés Alcol González</i>	
El fenómeno del botellón	35-37
<i>Belén Álvarez, Alejandro Bascoy y Nerea Vallina</i>	
Usos terapéuticos del cannabis	38-44
<i>Laura Fabián del Valle, Carlota Martín Rodríguez, María Morán Canga y Jennifer Riesgo Mera</i>	
El fenómeno del botellón	45-49
<i>Daniel Álvarez Gil, David Cueto Marcos, Aroa García Zuazua y Laura Mimbrera Blanco</i>	
Cannabis y trastornos mentales	50-53
<i>Anna Cecilia Lima Mello y Michaela Kastrini</i>	

Adicción a las nuevas tecnologías

Olga Arias Rodríguez, Vanessa Gallego Pañeda, María José Rodríguez Nistal y María Ángeles del Pozo López
Universidad de Oviedo

En el presente trabajo se resumen las principales características ligadas a la adicción a las nuevas tecnologías. No solo nos centramos en la adicción a Internet, sino que también abarcamos otras tecnologías implicadas como son el uso del móvil, ordenador, videojuegos y redes sociales. Además describiremos cuales son los signos y síntomas de la adicción a las nuevas tecnologías para después comentar que factores psicosociales están implicados a través de una perspectiva psicológica y social. Encontramos que cualquier conducta normal puede convertirse en una conducta adictiva. Después se comentarán aspectos relacionados con la prevención y tratamiento de la adicción a las tecnologías a través del control de estímulos. Y por último se valorarán futuras líneas de investigación.

Palabras Clave: adicción, nuevas tecnologías, Internet, móvil, videojuegos, chats, adolescentes, adicciones sin sustancia, conductas adictivas, prevención, tratamiento

At this review we describe the main characteristics linked to addiction to the new technologies. We not only put attention on the Internet addiction, we also extend it to other technologies involved such as the use of mobile phones, computers, video games and social networks. In addition we will describe what are the signs and symptoms of addiction to the new technologies furthermore we'll comment the psychosocial factors are involved through a social and psychological perspective. We found that any normal behavior can become an addictive behavior. Then we will comment aspects related to prevention and treatment of addiction to technology across the stimulus control. And finally we will value future lines research.

Keywords: addiction, new technologies, Internet, mobile, video games, chatting, adolescent, no substance addictions, addictive behaviors, prevention, treatment

La adicción a las nuevas tecnologías se caracteriza por un consumo abusivo de las nuevas tecnologías, ordenador, internet, móvil, videojuegos y redes sociales. Las adicciones pueden afectar a todas las edades pero suelen darse principalmente en los jóvenes y en los adolescentes, el uso de internet les permite comunicarse con otras personas de forma anónima, hablar de temas que cara a cara les sería difícil, expresar emociones, comunicarse virtualmente con

personas desconocidas o mantener el contacto con amigos que de otra forma no podrían hacerlo.

La adicción a Internet se puede definir como un uso abusivo de las nuevas tecnologías que afecta a todas las áreas de la vida del sujeto.

LA OMS (Organización Mundial de la Salud), señala que una de cada cuatro personas, sufre trastornos relacionados con las nuevas adicciones. En España, se estima que entre el 6 y 9% de los usuarios de Internet podrían haber desarrollado el trastorno adictivo.

Según sea la participación del sujeto, tenemos dos clases de adicción a las nuevas tecnologías: activa y pasiva. La adicción pasiva es la que está producida por la televisión que aísla al sujeto, éste pospone o abandona otros contactos sociales y se deja influir por sus contenidos. La adicción activa es la más grave porque produce aislamiento social,

María José Rodríguez Nistal
Facultad de Psicología- Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo s/n 33003- Oviedo-Spain
E-mail: UO193990@uniovi.es
Teléfono: +34-98-5104139
Fax: +34-98-5104144

problemas de autoestima, económicos y diferentes afecciones al equilibrio psicológico del sujeto. Estas adicciones están principalmente causadas por internet y más en concreto se basa en la adicción al sexo, juego, uso de chats o a las compras. Es innegable que produce un desorden en el individuo que le provoca ciertos efectos negativos a nivel fisiológico, psicológico y social. Pratarelli et al. (1999), utilizan el término adicción al ordenador/internet, y lo definen como “*un fenómeno o desorden que depende tanto del medio como del mensaje, sin inclinarse a favor de ninguno*”. Algunas de las adicciones a las nuevas tecnologías más destacables son: el uso del móvil que en adolescentes se ha incrementado considerablemente en los últimos años, que se usa como un instrumento de ocio y entretenimiento pero de forma incorrecta puede traer graves consecuencias. La prevalencia estimada de esta adicción es de 2 por mil usuarios (Jesús Fleta Zaragoza et al. 2009). Los videojuegos son una forma de entretenimiento y ocio, cuya población de riesgo siguen siendo los adolescentes. Las redes sociales permiten comunicarse de forma rápida a personas poco comunicativas facilitando las relaciones interpersonales.

Signos y síntomas de la adicción a las nuevas tecnologías

Hablar de la adicción a las nuevas tecnologías supone indagar de una moda que hasta el momento es desconocido por la sociedad tanto por la que la padece como por la general. La mayoría de las personas utilizan internet en su vida laboral o para mantener una relación con sus familiares pero la gran accesibilidad que supone internet en la vida de las personas sigue un proceso común para todas estas: la persona va buscando algo en una página web, entra en ella y no encuentra nada interesante pero en esa página, encuentra un hipertexto en el cual encuentra lo que andaba buscando y esto supone en el sujeto un refuerzo positivo de su conducta en sucesivas ocasiones. Las nuevas tecnologías sirven en un principio como instrumentos útiles para la vida cotidiana, los videojuegos, por ejemplo, proporcionan diversión, aprendizaje, relax de la rutina, incremento de los reflejos, creatividad, libertad, etcétera. Los chats también suponen para las personas una herramienta para mantener conversaciones de manera instantánea de forma que en sujetos con gran timidez constituye un instrumento con el que se desinhiben y se socializan para lo que cara a cara tienen dificultades (Carbonell, Xavier et al. 2010).

Los sujetos que muestran una adicción a las nuevas tecnologías como es a internet, móvil, videojuegos, etcétera, muestran un comportamiento anormal en diferentes entornos como son en el hogar familiar cuando se resisten a dejar su hábito y no cooperan en las actividades familiares y se observa una falta de honestidad en ellos sobre la cantidad de tiempo que lo realiza, en el ámbito escolar como resultado de un bajo rendimiento académico, y en el laboral utilizando

como excusa actividades propias de su trabajo y como consecuencia se observa un rendimiento bajo en el mismo. La regulación fisiológica de la comida y del sueño se desequilibra, se saltan comidas y dejan de dormir por estar “enganchados” a su actividad. A nivel psicológico también se observa en el sujeto una euforia excesiva e incapacidad para dejar su uso abusivo incluso para mantener relaciones interpersonales con la familia y sus amistades. Cuando se priva de su comportamiento adictivo se siente vacío, con un estado depresivo e irritado. Sin embargo, cuando está manteniendo su comportamiento tiene un sentimiento placentero parecido a cualquier adicción establecida tal y como indican en el artículo de Labrador Encinas y col. (2010).

Al mantener un alto nivel de activación el sistema inmunitario se resiente y se observan efectos físicos en la persona como los ojos reseco, migrañas, el síndrome del túnel carpiano y dolores de espalda.

Desde un modelo bio-psico-social y centrándose en las consecuencias negativas que surgen como resultado de un abuso repetitivo y descontrolado de las nuevas tecnologías se pueden destacar efectos que afectan tanto a nivel fisiológico como psicológico en la salud y la vida social de quien lo realiza (Echeburúa, 1999. Griffiths, 2000. Washton y Boundy, 1991).

Algunas consecuencias fisiológicas que se debe tener en cuenta en el momento de la evaluación del uso abusivo de las tecnologías, ya sean activas o pasivas, son éstas como el sedentarismo, cansancio, sueño, desnutrición, cefaleas, fatiga ocular, problemas musculares, agotamiento mental, epilepsias, convulsiones, retraso en el desarrollo y alteraciones del sistema inmune.

También cabe destacar las consecuencias psicológicas como las de mayor peso que afectan sobre la persona, se puede decir que parte de estos efectos psicológicos son muy comunes como son la depresión e inestabilidad emocional (romper a llorar) y ansiedad por realizar de forma abusiva su adicción, otros efectos negativos de la adicción a las nuevas tecnologías también son el empobrecimiento afectivo, agresividad, confusión entre el mundo real-imaginario, infantilismo social, inmadurez, fantasía extrema y falta de habilidades de afrontamiento.

Por último, se deben mencionar las consecuencias psicosociales o sociales como el aislamiento social, conflictos familiares, escolares o laborales, incumplimiento de las actividades de la vida rutinaria (pérdida de los hábitos normales de higiene), problemas económicos como legales (delitos, robos, agresiones...).

Factores de riesgo psicosociales en la adicción a las nuevas tecnologías

Según Echeburúa y Corral (1994) cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. La adicción a Internet puede considerarse una adicción específicamente psicológica, con

características comunes a otro tipo de adicciones: pérdida de control, aparición de síndrome de abstinencia, fuerte dependencia psicológica, interferencia en la vida cotidiana y pérdida de interés por otras actividades.

Las teorías psicológicas creen que hay unos rasgos de personalidad característicos o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica para caer en la adicción. La mayoría de estas teorías, en un principio, eran psicoanalíticas y se descartaron más tarde, posteriormente surgió una nueva corriente psicológica que empleaba cuestionarios de personalidad pero los resultados no eran concluyentes, no había un factor que determinara la adicción. En una tercera fase, se buscan factores específicos de personalidad que pudieran influir en las adicciones y se encontró un primer factor que era la conducta antisocial del individuo que es previa a la adicción. Otro factor de riesgo es la búsqueda de sensaciones, también hay factores de aprendizaje que se basan en el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante.

La probabilidad de realizar una conducta depende de las consecuencias reforzantes de dicha conducta. La adicción puede explicarse mediante el reforzamiento positivo. Los publicistas utilizan esos refuerzos positivos como técnicas de marketing ya que consiguen el aumento de las ventas de móviles con acceso a internet y redes sociales o las ventas de videojuegos. Son reforzantes positivos porque aumentan la probabilidad de consumo. También se refuerza el contexto social por la aprobación del grupo de iguales, el aumento del reconocimiento social y la integración en el grupo.

El reforzamiento negativo se observa cuando un individuo es adicto y lo hace para evitar el síndrome de abstinencia, evitar un estado emocional desagradable como la ansiedad o la depresión o un malestar por no estar conectado a internet. Otra de las consecuencias negativas es la privación de sueño, permaneciendo despierto hasta altas horas de la madrugada, lo cual podría dar lugar a fatiga, debilitación del sistema inmunitario y un deterioro de la salud. Los efectos negativos de la adicción se expresan en los ámbitos familiar y académico y profesional (Young 1999). El adicto se aísla del entorno y no presta atención a otros aspectos de las obligaciones sociales (Echeburúa 1999).

La relación entre un alto uso de Internet y el incremento en los niveles de depresión ha aparecido en varios estudios (Kraut y cols., 1998; Petrie y Gunn, 1998; Young y Rodgers, 1998). Sin embargo, existe aún mucha controversia sobre si la depresión es la causa o el efecto de la adicción a Internet. Otra manera de explicar la adicción es el refuerzo condicionado que es cuando un estímulo ambiental adquiere propiedades reforzantes.

El condicionamiento clásico se explica a través del modelo de tolerancia condicionada y el síndrome de abstinencia condicionado. El modelo de tolerancia condicionada desde el punto de vista clínico es poco

importante son modelos más utilizados en la adicción al consumo de drogas.

Las teorías sociales se centran en la disponibilidad de acceso, en aspectos culturales y económicos, distinguimos factores macrosituacionales (factores más situacionales y globales) y factores micro situacionales que son más específicos y los más próximos. Los factores macrosituacionales tienen que ver con la aceptabilidad social, la accesibilidad y la disponibilidad de tener otros recursos. La adicción a las nuevas tecnologías es un fenómeno muy reciente, no hay alarma social porque hay una baja percepción del riesgo en el uso de móvil, acceso a redes sociales, juegos online y acceso a internet. Los factores micro situacionales serían el entorno del individuo conformado por la familia y el grupo de iguales. Si un niño tiene una educación muy permisiva o muy autoritaria por partes de sus padres con respecto al tiempo dedicado al juego, a las redes sociales y a navegar por internet. Ese niño en un futuro va a tener más probabilidad de adicción a las nuevas tecnologías que otro niño con un estilo educativo democrático. También puede ser un factor de riesgo el que los padres o hermanos pasen muchas horas frente al ordenador, navegando por internet, jugando a juegos de rol o enganchados al móvil. El grupo de iguales ejerce mucha influencia sobre el individuo, si todos los compañeros del colegio o amigos usan las redes sociales, tienen un móvil con acceso a internet y realizan juegos de rol online el individuo no va a ser aceptado en ese grupo y no logrará el reconocimiento por parte del grupo.

Prevención y tratamiento de la adicción a las nuevas tecnologías

Como menciona Echeburúa (1999) aunque las adicciones psicológicas son muy distintas unas de otras, todas tienen un elemento común, la pérdida de control sin la presencia de una sustancia química adictiva.

El tratamiento psicológico aborda el buen uso de las nuevas tecnologías, haciendo hincapié en primer lugar al tipo y naturaleza del contenido del que se abusa, y en segundo lugar, si ese contenido se utiliza de forma abusiva. La intervención iría destinada a factores de protección como fomentar la capacidad de resolución de problemas, la autoestima, mejora de habilidades sociales y el buen uso del tiempo libre. De esta forma tanto adolescentes como padres podrán distinguir la adicción del buen uso de las tecnologías.

Desde una perspectiva preventiva de las adicciones a las nuevas tecnologías nos encontramos con programas que son sobre todo de carácter informativo para los alumnos, se pretenden que conozcan que riesgos pueden desencadenarse de un abuso de las tecnologías y cómo prevenirlo o a quien acudir en el caso de que se diese el problema. Así mismo se les enseñan estrategias para regular el consumo.

La mayoría de los programas preventivos enseñan cuales serían las conductas adecuadas y cuáles no en el uso de internet, uso de los videojuegos o del móvil. Se plantea

que los alumnos se fijen un tiempo de uso para cada uno de ellos. En todos ellos se trata de mostrar que las Nuevas Tecnologías son una herramienta más que no debe impedirnos realizar otras actividades.

Podemos entender que las adicciones a las nuevas tecnologías al ser una adicción no tóxica se considere como algo que deba mantenerse en la intimidad, ya que es muy difícil que una persona reconozca que es adicta a algo, y más si ese algo son cosas tan nuevas como los videojuegos, internet o los teléfonos móviles entre otros. Como plantean Echeburúa y Corral (1994) cualquier conducta que consideremos normal y placentera podría convertirse en una conducta adictiva dependiendo de la intensidad, frecuencia o cantidad de dinero invertido entre otros.

De una forma más específica, pueden tratarse por separado cada uno de los aspectos asociados a las conductas adictivas de las nuevas tecnologías. Aunque en un principio para una adicción se establece que la persona debe estar fuera de contacto con aquello que provoca la adicción, en las nuevas tecnologías esto es más difícil puesto que son herramientas usadas en la vida cotidiana y laboral de la persona.

En primer lugar, el tratamiento para la adicción a los videojuegos se centra fundamentalmente en definir unas pautas concretas del espacio de juego, el donde se va a jugar y bajo qué circunstancias. También se debe tener controlado que juego se juega y con quien se juega puesto que esto puede repercutir hacia otros problemas como llegar a quedar con un desconocido en la vida real. Otro aspecto a tener en cuenta es desarrollar la capacidad de los adolescentes para utilizar de forma racional y crítica los videojuegos. Hacer que se establezcan un horario de uso y aprender a cumplirlo. Al principio del tratamiento podemos encontrarnos que los jóvenes no están motivados y que no creen que tengan una adicción a los videojuegos ni necesiten tratamiento.

En segundo lugar, en el tratamiento para la adicción a Internet hay que tener especial atención a jóvenes y adolescentes que tienen más facilidades para engancharse a redes sociales. Estas actividades, que en principio solo pretenden favorecer la comunicación, pueden llegar a convertirse en un problema si todo el entorno que rodea al adolescente gira en torno a Internet. Es fácil reconocer cuando una persona está enganchada a internet pues cuando se le molesta está más irritable de lo normal, pasan muchas horas al teclado, descuida sus tareas habituales, y abandonan otros hobbies al aire libre o incluso cuando llegan a abandonar a sus amistades reales en busca de amistades por la red. Puesto que el uso de internet va a ser una tarea que deban abordar para realizar trabajos o buscar información el tratamiento irá destinado a recuperar el control y volver a hacer un buen uso de él. En la primera parte del tratamiento se tratará de que la persona aprenda respuestas de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de mayor riesgo. En la segunda fase del tratamiento se le expondrá a

situaciones programadas de riesgo con el fin de que aplique lo aprendido. También se prepara a la persona para posibles recaídas y que aprenda a llevar el control de la situación.

En tercer lugar, la adicción al móvil va a depender en gran medida del acceso que tenga la persona a este. Cada vez personas más jóvenes acceden a un teléfono móvil en la sociedad actual, la venta de estos artículos se ha trasladado a una población muy joven. El uso del teléfono móvil ya no es solamente comunicativo, sino que cada vez más se emplea el móvil como ocio y entretenimiento. Las características más definitorias de las personas adictas al móvil son que son personas que sienten ansiedad si no llevan el móvil encima, disminuyen su calidad de sueño en busca de estar más horas conectados a redes sociales chateando, hacen un gasto excesivo de dinero en aplicaciones y juegos para el móvil, estar constantemente mirando el móvil para ver si han recibido mensajes y hasta alguna de ellas hace uso del móvil en la conducción afectando a la seguridad vial. El tratamiento irá destinado a establecer unos horarios y un uso más normal del móvil para que la persona establezca un control sobre él, promover actividades alternativas y control de la conducta (a través de contingencias, control de estímulos...), aprendizaje para el afrontamiento de las situaciones de riesgo y prevención de caídas.

En definitiva, las líneas más comunes de actuación ante casos de adicciones a las nuevas tecnologías como nos dice Echeburúa (1999), es que el sujeto aprenda control de estímulos en un primer paso en el tratamiento, después una exposición a los estímulos, solución de problemas específicos si los hubiera, crear un nuevo estilo de vida para el sujeto, y por último, prevenir recaídas.

Conclusiones

Los avances tecnológicos facilitan la vida cotidiana de la población pero cuando su uso se convierte en una conducta abusiva se habla de la adicción (activa o pasiva) a las nuevas tecnologías: adicción a internet, móvil, chats, videojuegos, etcétera. Éstas afectan a toda la población general pero son los adolescentes los que mayor probabilidad de riesgo poseen para desarrollarla debido al gran atractivo que desprenden. Así como las facilidades que proporcionan (los sujetos se desinhiben en las redes sociales, los videojuegos dan libertad...), también provocan alteraciones en el contexto biológico, psicológico y social de la persona afectando al bienestar de su vida (el sistema inmune se debilita, malestar psicológico en la restricción de su adicción, rendimiento académico y laboral bajo, pérdida de relaciones interpersonales, hurtos, delitos, etcétera.).

Se puede decir que las nuevas tecnologías forman una adicción sin sustancia. Cualquier conducta puede llegar a ser adictiva pero en el caso de las nuevas tecnologías, es su uso el que actúa como reforzador de la adicción.

Son las teorías psicológicas y sociales las que dan una explicación al problema. Las teorías psicológicas se centran

en los rasgos de la personalidad como factor de riesgo y vulnerabilidad. Mientras que las teorías sociales se centran en la disponibilidad y accesibilidad a las nuevas tecnologías.

El tratamiento se centra principalmente en que la persona controle los estímulos que le producen la adicción. Aunque es uno de los pasos fundamentales para superar la adicción también se expondrá al sujeto directamente al estímulo para ver si adquirió habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo. Se tratará también de crear un nuevo estilo de vida para el sujeto y prevenir recaídas en el caso de que las hubiere.

Para finalizar, creemos que las nuevas líneas de investigación deben ir dirigidas hacia la creación de programas de prevención escolar en edades tempranas, programas de prevención y sensibilización hacia los padres, y, por último, creación de programas de prevención universal dirigido a personas susceptibles de presentar este problema en el futuro.

Referencias

- Carbonell, X. Castellana, M. Oberst, U. (2010, Enero 29). Sobre la adicción a internet y al teléfono móvil. *Revista de Educación Social*.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: Más allá de la metáfora. *Clinica y Salud*, 5, 251-258.
- Fleta Zaragozano, J., Olivares López, J.L. (2009). Adolescencia y adicción a las nuevas tecnologías. Boletín: sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. Vol. 39, 84-90.
- Griffiths, M. (2000). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *Cyberpsychology & Behavior*, 3, 211-21.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopahyay, T. Y Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 53(9), 1017-1031.
- Labrador Encinas, F.J. Villadangos González, S.M. (2010). Menores y nuevas tecnologías: conductas indicadoras de posible problema de adicción. *Psicothema*, vol. 22(nº2), pp.180-188.
- Petrie, H. y Gunn, D. (1998). Internet "addiction": the effects of sex, age, depression and introversion. Artículo presentado en la British Psychological Society London Conference.
- Pratarelli, M.E., Browne, B.L. y Jonson, K. (1999). The bits and bytes of computer/Internet addiction: A factor analytic approach. *Behaviour research methods, instruments and computers*, 31 (2), 305-314.
- Washton, A. M. y Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona: Paidós.
- Young, K.S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in Clinical Practice: A source book*. Ediciones L. VandeCreek & T. Jackson. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, K.S. y Rodgers, R.C. (1998). Internet addiction: Personality traits associated with its development. Artículo presentado en el 69th annual meeting of the Eastern Psychological Association.

Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas

Saúl Mielgo López, Daniel Lorigados Serrano, Alba Calleja
Fernández y Pedro Antonio Cachero Rodríguez
Universidad de Oviedo

En el presente trabajo se resume la revisión realizada sobre los principales factores de riesgo familiar y la conducta de consumo de drogas, describiendo los factores de riesgo más característicos asociados al consumo. La metodología utilizada se ha basado en la búsqueda y análisis exhaustivo de aquellas publicaciones relacionadas con el tema de interés en la base de datos PsycINFO y la Revista "Adicciones". Esta revisión se lleva a cabo con la finalidad de encontrar las principales líneas de investigación desarrolladas sobre el asunto, enfocadas al estudio del valor de la prevención y el entorno social y familiar de los jóvenes, y su repercusión directa en las conductas de consumo. Los resultados obtenidos muestran una interacción entre factores familiares y sociales que, junto a un contexto social permisivo que pone al alcance de los jóvenes diversas drogas (alcohol, tabaco, etc.), aumentan sus probabilidades de uso de drogas. Las conclusiones a las que se ha llegado recogen la necesidad de una mejora en la evaluación de los programas de prevención y en las estrategias emocionales utilizadas, así como el aumento de la coordinación entre familia y escuela.

Palabras Clave. : Factores de riesgo familiares, Adicción a drogas

In this paper summarizes the major study made to family risk factors and drug use behavior, describing the typical risk factors associated with consumption. The methodology used was based on the research and exhaustive analysis of those publications related to the topic of interest in the PsycINFO database and the journal "Addiction". This review is carried out in order to find the main lines of research developed on the issue, focused on the study of the value of prevention and social and family environment of young people, and its direct impact on consumer behavior. The results show an interaction between family and social factors, along with a permissive social context that makes available to young people different drugs (alcohol, snuff, etc.). Increase the likelihood of drug use. The conclusions have been reached include the need for an improvement in the evaluation of prevention programs and used emotional strategies and the increased coordination between home and school.

Keywords: Family risk factors, drug addiction

El uso de las drogas es un fenómeno global, de acuerdo con lo establecido en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002*, el 8,9% de la carga total de morbilidad se debe al consumo de sustancias psicoactivas. El consumo y la dependencia de sustancias suponen una importante carga para los individuos y las sociedades en todo el mundo, de

hecho es difícil encontrar un país en el que no se observe algún tipo de consumo, a pesar que las características del mismo varíen en cada territorio (OMS, 2002). El Informe sobre la salud en el mundo- Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra

En España el consumo de drogas, es entendido como un problema social complejo en tanto en cuanto a la magnitud de personas que se ven afectadas por el mismo, destacando el creciente consumo de alcohol en jóvenes y los efectos perniciosos del uso de sustancias psicoactivas, que comprometen la salud y el desarrollo de un porcentaje significativo de niños, adolescentes y adultos.

Los factores de riesgo y de protección en el uso e inicio de consumo de drogas están, en mayor o menor

Pedro Antonio Cachero Rodríguez
Facultad de Psicología – Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo s/n 33003 – Oviedo – Spain
E-mail: uo194480@uniovi.es
Teléfono: +34-619467261

medida, relacionados con los comportamientos familiares, así como de los grupos de amigos, parientes y, en resumen, al contexto social en el que se desarrollan los sujetos. Los factores de riesgo se entienden como aquellos factores que contribuyen a aumentar la probabilidad de aparición del consumo de drogas, ya sean de naturaleza física, química, biológica, psicológica, social, económica o cultural. En cambio, los factores de protección son aquellos que previenen la aparición de dicho consumo.

El establecimiento de relaciones en la familia y el entorno social suponen un marco crítico que somete al sujeto a influencias directas en su desarrollo psíquico y social, considerándose un contexto de riesgo aquel en el cual puedan darse las bases para la aparición de síntomas y enfermedades, así como también de alteraciones de personalidad. Los factores de riesgo familiares son considerados de los más importantes junto con el de los amigos, ya que el clima familiar del sujeto juega un papel decisivo a la hora de configurar su personalidad, actitudes, autoconcepto, forma de relacionarse con su medio social y cultural,... además de ser el marco de referencia en el que se realiza la socialización del individuo.

Las conductas que se relacionan con el consumo se corresponden con la curiosidad, la experimentación de nuevas sensaciones, sumados a la inhibición de situaciones adversas o a la aceptación del consumo en el entorno directo. El alcohol considerado por ejemplo una droga lícita y de consumo popular, así como el uso de otras sustancias cuyo consumo se entiende de carácter más duro, genera cambios que comprometen no sólo al individuo sino a la familia y la comunidad.

El hecho de que un miembro del familia se establezca como consumidor habitual, que los roles establecidos en la familia no propicien la realización de actividades conjuntas, la falta de claridad en las reglas marcadas, la presencia o no de los padres en el hogar, que los adolescentes sientan peligro en su casa, que los sujetos estén en contacto directo con el consumo en su grupo social inmediato, los problemas de con las autoridades, que los patrones de ocio incorporen el consumo como comportamiento común, son todo variables susceptibles de ser tenidas en cuenta y que hacen entender el problema de consumo como un asunto complejo que supone atender varios y diversos ambientes como es el de la familia, para establecer una posible comprensión del mismo.

Por tanto, son muchos los factores que influyen en la posibilidad que un individuo tiene de iniciar o mantener el consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de su vida.

En resumen, con este estudio pretendemos hacer una revisión objetiva de, por un lado, los posibles factores familiares que puedan incidir en el uso y consumo de drogas; por otro, en qué medida estos factores explican el abuso de ciertas drogas. Además, localizar aquellos factores de protección familiar que podrían estar mediando en la

aparición de la conducta de consumo en adolescentes generando que no aparezca. Finalmente, deseamos seleccionar estos factores según su componente genético y su componente psicosocial y de ello sentar las bases para futuras investigaciones de cara a la intervención en adolescentes.

Método

El presente artículo titulado “Factores de riesgo familiares en el consumo de drogas” que se ofrece a continuación, tiene como meta u objetivo establecer los factores de riesgo más influyentes en el consumo de drogas, esto se ha conseguido a través de una serie de pasos que se exponen a continuación.

Se ha buscado toda la información referente a qué son los factores de riesgo así como los de prevención en el consumo de drogas para elaborar una especie de introducción teórica.

La búsqueda referente al ámbito de la investigación sobre dicho tema, se ha desarrollado a través de una base de datos (psycINFO) y la revista “Adicciones”, creada y promovida por La Sociedad Científica Española de Consumo de Alcohol, Alcoholismo y otras Toxicomanías (Socidrogalcohol), para posteriormente aunar los resultados obtenidos mediante ambas búsquedas y elaborar una conclusión que se expondrá al final del presente artículo.

Para realizar la búsqueda de los artículos de investigación, se han usado una serie de palabras clave en inglés, usadas como primero y segundo término de búsqueda (key words): “Family risk factors” (factores de riesgo familiares) en el campo del primer término, y “drug addiction” (adicción a drogas) en el campo del segundo término. En la revista adicciones, hemos utilizado la palabra clave “factores de riesgo familiar”.

Una vez introducidas las palabras clave, se procedió a leer los resúmenes de los resultados obtenidos para elaborar una serie de gráficos en Excel que recogen los siguientes datos: número de artículos publicados por año (Gráfico I), ámbito de estudio en diferentes países (Gráfico II) y autores más destacados (Gráfico III).

Resultados

En referencia al número de artículos publicados cada año, este tema se comenzó a investigar en 1995, fecha que data el primer artículo publicado y, a partir de entonces, y de manera progresiva, se han ido publicando artículos en los que se había investigado sobre los factores de riesgo familiares en el consumo de drogas. Pero a partir de 2004, año de máxima publicación, disminuyó el número de artículos de forma notable (Gráfico I).

Con respecto al ámbito de estudio en los diferentes países, España ha sido el país donde mayor número de artículos se han publicado acerca del tema; en Estados Unidos se han publicado también varios artículos, pero en

menor número (Gráfico II). A esos países pertenecen los autores más relevantes en este ámbito de investigación, los que más artículos han publicado acerca del tema (Gráfico III).



Gráfico 1: Número de artículos publicados por año.

Además de todo lo planteado hasta ahora, es importante analizar la situación del consumo de drogas entre la población juvenil. En este sentido, vemos como los resultados muestran una prevalencia que aumenta con la edad y un consumo de hombres mayor que en mujeres. Las variables relacionadas con el consumo son, entre otras, una posible vulnerabilidad genética heredada, factores de riesgo familiares y entorno social relacionados con el pobre rendimiento académico, actitudes tolerantes hacia las drogas, estilos educativos parentales que promuevan la convivencia solo con uno de los padres (actuando como factor de riesgo) o familias con un estilo parental inadecuado (que puede actuar como factor de riesgo en el consumo de drogas y alcohol en los jóvenes), tener mala relación con la familia.

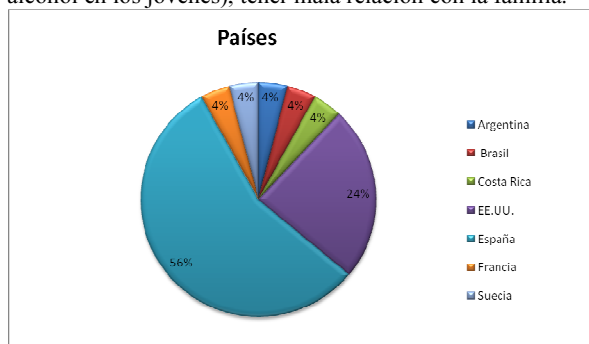


Gráfico 2: Ámbito de estudio en diferentes países.

A raíz de ello, podemos destacar el valor de la prevención y la coordinación entre familia y escuela. Cuantas más estrategias de prevención se lleven a cabo dentro de una comunidad (donde se encuentren escuelas y

familias), más se evitarán los factores de riesgo pertinentes que puedan existir.

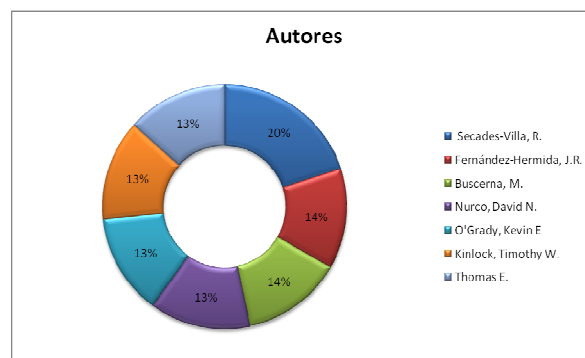


Gráfico 3: Autores más destacados.

o **Base genética heredada de la adicción a una sustancia**

Se ha encontrado que uno de los aspectos de notable interés es aquel que alude a la actuación de las sustancias psicoactivas en función de la herencia biológica de los seres humanos. La investigación genética se centra en las diferencias individuales de la acción de las sustancias que son atribuibles a diferentes herencias genéticas. (Buscema, 2000)

Además de los factores sociales y culturales, hay diferencias en la dotación genética que explican una considerable proporción de la variación individual en el consumo y la dependencia de las sustancias psicoactivas y es que la exposición a sustancias psicoactivas podría tener un efecto mucho mayor en las personas portadoras de una vulnerabilidad genética a la dependencia que en aquellas que no poseen esa vulnerabilidad. Los genes, podrían identificar subgrupos de la población con mayor propensión a la dependencia o a los efectos nocivos de una sustancia psicoactiva en particular. Los estudios de las pautas de herencia en las familias, en gemelos monocigóticos y dicigóticos y en individuos adoptados proporcionan información sobre la importancia del papel desempeñado por los factores hereditarios en la dependencia de sustancias. Hay pruebas de una importante heredabilidad del consumo de tabaco en diferentes poblaciones, sexos y edades así como de la dependencia del alcohol, su frecuencia de consumo y cantidad consumida. También hay una contribución genética al consumo y a la dependencia conjunta de alcohol, tabaco y otras sustancias. Según algunas estimaciones, el riesgo de dependencia está aumentado ocho veces en los familiares de personas con dependencia de sustancias, en comparación con los

controles, y esto se aplica a una amplia gama de sustancias, entre ellas los opioides, el cannabis, los sedantes y la cocaína. (OMS, 2002).

○ **Factores de riesgo familiares y entorno social**

Muchas de las publicaciones encontradas, plantean como objetivo la descripción de la de la familia de los consumidores de drogas, así como la comunidad y el entorno social de los mismos en aras de encontrar los factores de riesgo que pueden contribuir a la adicción a las sustancias psicoactivas.

Los factores familiares de riesgo encontrados incluyen el rechazo de la familia, no sentirse amado, la falta de comunicación, conflictos familiares y la violencia. Los factores sociales hallados fueron entre otros, tener amigos que consumen drogas, la presión de grupo, vivir en una residencia insegura, y experimentar un evento estresante. La futura perspectiva de trabajo propone utilizar más estrategias de prevención para evitar estos factores de riesgo en la familia y la comunidad. (Díaz y Ferri, 2002).

El medio social en el que se desenvuelven los jóvenes presenta una elevada permisividad hacia el alcohol y una producción masiva de mensajes favorecedores de su consumo a través de diversos medios, y por el contrario las intervenciones de promoción de salud tienen ciertas dificultades a la hora de generar mensajes realistas, compatibles con la experiencia y con argumentos contundentes. (Ordoñana Martín, 2002).

○ **Estilos educativos parentales y consumo**

Encontramos como los padres con niños que consumen drogas tienden a subestimar fuertemente el abuso de sus hijos. Por otra parte, sobreestiman el control que ejercen sobre ellos y parecen estar más familiarizados con el uso de los medicamentos por ejemplo. Se sugiere que estos resultados pueden ser relevantes para la planificación de estrategias que aumenten la motivación de las familias con niños en riesgo de inicio de consumo de drogas, para participar en los programas de prevención.

Se da también, una asociación significativa entre el alcohol y otras drogas de consumo abusivo en la adolescencia y los estilos de los padres y las prácticas educativas utilizadas (Rojas, 2004). De hecho, la historia de la primera experiencia de uso de alcohol o de drogas ilegales se ha caracterizado, a una edad temprana, por la experiencia de aliviar las tensiones en una situación familiar marcada por múltiples factores de riesgo, tales como diversas formas de maltrato. El papel de la madre, la influencia de un padrastro o madrastra y los trastornos psicológicos son componentes importantes planteados

en la explicación de la evolución de consumo. (Pugès Romagosa et al. 2010)

○ **Prevención. Familia y escuela**

Otro dato que se manifiesta es referente a que en los próximos años, la investigación en el campo del consumo deberá dirigirse hacia las técnicas de detección precoz, la evaluación sistemática de factores de riesgo y protección, las estrategias motivacionales específicas para esta población y la evaluación continuada de experiencias preventivas, esto va siempre en la línea del entendimiento de las familias como base sobre la que prevenir y trabajar el problema. Se constata pues, la necesidad de continuar trabajando en el diseño de materiales preventivos y de autoayuda para esas familias, en la formación de profesionales y en la diseminación de este tipo de intervenciones en nuestro entorno socio-cultural.

También encontramos que existe un importante vacío en la investigación de la coordinación entre familia y escuela de socialización y prevención de la conducta antisocial y, de las actitudes y conductas de los profesores frente a las familias de los adolescentes. Puede verse como los propios consumidores expresan que los problemas familiares y/o personales dificultan sus posibilidades de éxito en el programa y que el comportamiento frente al consumo de sustancias potencialmente adictivas puede estar influido por el lugar de residencia del joven. (Recio, 1999).

Conclusiones y futuras líneas de investigación

Lo más importante que se deriva de los estudios realizados es el poder que ejerce el medio social sobre los jóvenes, que ponen al alcance de su mano el poder consumir ciertas sustancias por la permisividad que en ellos se manifiesta. Además, si se junta con factores familiares y sociales que actúan de forma negativa en el individuo, hacen que aumente su probabilidad de consumo.

Por tanto, es necesario que en los próximos años, la investigación se centre en técnicas de detección precoz, evaluación de factores de riesgo y protección y la evaluación de técnicas de prevención puestas en marcha, así como estrategias emocionales específicas para esa población. Son puntos clave que se necesitan tener en cuenta en un futuro a corto plazo para intentar paliar o disminuir el consumo de drogas entre los jóvenes que estén expuestos a factores de riesgo familiares y sociales.

También es necesario que existan futuras y cuantiosas investigaciones en relación con esta temática, ya que es uno de los agentes influyentes en el consumo de drogas en la juventud; no puede estancarse como ha hecho a lo largo de 15 años si la preocupación de la sociedad es alta. Para intentar lidiar con el problema presentado, deben existir investigaciones en las que ocupe su objetivo central, para

intentar poner en marcha diferentes mecanismos útiles, novedosos, que funcionen.

Referencias

Buscema, M.(2000) “Redes neuronales y problemas sociales” Adicciones 12, (Nº1) 295-297

Díaz, R.; Ferri, Mª J. (2002) “Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos” Adicciones 14, (Número Suplemento 1). 353-372

Granados Hernández M, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L & Wright, M. “Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica”. Rev. Latinoam Enfermagem 2009 noviembre-diciembre; (Nº17) 770-781

OMS, (2002), *Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra. Obtenido el 15 de diciembre, desde <http://www.who.int/whr/2002/es/>

OMS, (2002), *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Ginebra. Obtenido el 15 de diciembre desde http://www.who.int/substance_abuse/publications

Ordoñana Martín, J. R. (2002) “Los jóvenes y el consumo de alcohol ¿qué les estamos diciendo?”. Adicciones 14, (Nº4). 265-271

Recio, J.L. (1999) “Familia y escuela: agencias preventivas en colaboración” Adicciones 11,(Nº3). 201-208

Rojas Valero, M. (2004) “Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual” Obtenido el 9 de enero de 2012 desde <http://www.cedro.org.pe/ebooks/>

Seguel Lizama, M. (2004) “La evolución de la epidemiología del consumo de drogas y los trastornos del Uso de Drogas”. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile (Nº23)* 113-118

Pugès Romagosa, X.; Vilardebó Clascà, A.; Martínez Adell, M.A. ; García De Olalla, P.; y Jansà López Del Vallado, J.S. (2010) “Consumo de drogas en menores residentes en un área urbana pequeña” Adicciones 22, (Nº4) 331-337

Los trastornos de personalidad y la adicción a sustancias

Verónica Andrés Santurio, Laura Cuadra Padilla, Carla Sánchez Togneri e Itziar Urcelay Perez
Universidad de Oviedo

Hoy en día el gasto en el tratamiento de la adicción a sustancias supone una parte importante del gasto en Sanidad. Por esto, es imprescindible saber si los trastornos de personalidad (TP) son un factor relevante en la adicción o no, para poder aumentar al máximo la efectividad de la prevención y el tratamiento. Los resultados de nuestra revisión indican que sin haber un consenso en las prevalencias, ciertos trastornos de personalidad aparecen con más frecuencia asociados a las adicciones. El trastorno antisocial es el que con más frecuencia aparece, pero hay otros como el límite, el narcisista, el dependiente, el pasivo-agresivo. Podemos concluir que en todo caso hay más prevalencia en los trastornos de personalidad en sujetos adictos que en la población normal, pero, debido a problemas metodológicos principalmente, estamos muy lejos de vislumbrar la relación real entre TP y adicción

Nowadays spent on the treatment of addiction to substances is an important part of the money spent in the National Health Service. For this reason, it is very important to know if personality disorders are an important factor in the addiction or not, to be able to increase the effectiveness of prevention and treatment. The results of our revision indicate that without an agreement on the prevalent cases, certain personality disorders appear more frequently associated to addictions. The antisocial disorder is the most frequent; however there are others, such as the limit disorder, narcissism, dependence disorder and the passive-aggressive one. We can conclude that in any case there are more cases in personality disorders in patients - with an addiction than in the normal population, However, due to the problems of methods used, principally; we are far from being able to see the real relationship of personality disorder and addiction.

En la sociedad actual se ha incrementado el consumo de sustancias y la adicción a éstas ha comenzado a ser un grave problema sanitario. Por esta razón el número de estudios sobre este tema ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Con el fin de prevenir y tratar de forma eficaz la adicción se comenzó buscando una combinación de rasgos de personalidad que fueran comunes en personas adictas. Dado que no se pudo encontrar una personalidad concreta asociada a la adicción los estudios de personalidad derivaron en el estudio de factores más concretos, como la búsqueda de sensaciones relacionados con adicción a las drogas (Zickerman, 1979).

Según el DSM-IV el trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Conocer la relación de

los trastornos de personalidad con las adicciones es relevante para la prevención y el tratamiento de éstas. Si ciertos tipos de trastornos de personalidad aumentan la frecuencia de desarrollar una adicción sería conveniente conocerlos para poder focalizar la prevención, así como personalizar el tratamiento.

Dado el amplio número de estudios realizados sobre este tema creemos que es interesante realizar una revisión de los mismos con el fin de concretar que trastornos de personalidad se asocian más frecuentemente a la adicción, y por tanto hay que tener más en cuenta en la prevención y en el tratamiento.

Otro de los motivos para realizar esta revisión es tratar de aclarar la controversia sobre si el trastorno de personalidad es uno de los causantes de la conducta adictiva o si por el contrario es la dependencia a las drogas lo que provoca un trastorno de personalidad.

Debido a que las drogas más consumidas y tratadas son el alcohol, la cocaína, los opiáceos y el cannabis y sus derivados hemos centrado nuestra revisión en los estudios que se centran en la relación de estas sustancias con los trastornos de personalidad.

Los trastornos de personalidad y el alcoholismo

El alcoholismo representa uno de los problemas socioeconómicos y sanitarios más graves en nuestro país, pero en medio mundo también. Esto puede ser debido a que el alcohol es una de las sustancias junto al tabaco de mayor accesibilidad, socialmente aceptada, de fácil adquisición y con una gran tradición cultural. Desde jóvenes se utiliza el alcohol como motor de las relaciones sociales (Fernández-Montalvo y Echeburúa 2001).

El estudio de los trastornos de personalidad entre pacientes alcohólicos ha suscitado gran interés en los últimos años. Las diferentes investigaciones llevadas a cabo indican unos resultados heterogéneos con amplia variabilidad en la tasa de comorbilidad de los trastornos de personalidad con el alcoholismo.

La presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución clínica de un trastorno mental y ensombrece el diagnóstico (Dowson y Grounds, 1995). Hubo un estudio que investigó sobre los diferentes tipos de alcohol-dependientes según la tipología de Cloninger en dimensiones de personalidad. Se administraron a una muestra de pacientes, diversas pruebas de personalidad: la Escala de Impulsividad de Barratt, la Escala de Búsqueda de Sensaciones y el STAI. Algunas pruebas psicopatológicas; SCL-90-R, BDI y Escala de Inadaptación. Además de una entrevista estructurada para los trastornos de personalidad (IPDE). El diagnóstico se realiza con los criterios diagnósticos del DSM-IV-R.

Cuando una persona tiene problemas con una sustancia, es habitual que presente un trastorno adicional (Casas, 1994). Los trastornos duales más frecuentes en el alcoholismo son la depresión, mayor en las mujeres, y los trastornos de ansiedad. (Echeburúa, 2001).

Se observa que los alcohólicos de tipo II son más impulsivos y buscadores de sensaciones y muestran más hostilidad y malestar emocional que los alcohólicos de tipo I. Respecto a las características psicopatológicas hay una sintomatología depresiva y una inadaptación a la vida cotidiana. Por otra parte, los trastornos de personalidad son más frecuentes en sujetos alcohólicos de tipo II, con una presencia específica de trastornos narcisistas y paranoide. En ambos grupos, se observan trastornos obsesivo-compulsivos, el antisocial, el dependiente, el evitativo.

La agrupación de estos trastornos de personalidad se clasifica respecto a los alcohólicos-dependientes de tipo II en el *cluster B* (dramáticos, emocionales y erráticos) y en el *cluster C* (ansiosos y temerosos). Por el contrario, los alcohólicos-dependientes de tipo I se agrupan en el *cluster C*.

Pero ya en el año 1997 existen investigaciones sobre la correlación de trastornos de personalidad y alcohol encontrando semejantes resultados hasta la actualidad, con pequeñas variaciones. En este año, de una muestra de 366 sujetos, las personalidades más características eran la antisocial, la personalidad límite, y la paranoide. La que menos relación tiene es la esquizoide, y esquizotípico (Morgensten et al, 1997). Un año más tarde, lo característico es que la personalidad narcisista es la que menos puntúa (Driessen et al, 1998). Sorprendentemente, en el estudio del año siguiente, es la de mayor puntuación, acompañada de la personalidad evitativo y paranoide (Pettinati et al, 1999). Para finalizar, el estudio del 2002, encabezan las personalidades pasivo-agresivo, antisocial, narcisista (Fernández-Montalvo et al, 2002). En la tabla 1 se puede ver un resumen de las investigaciones más relevantes sobre el tema, con el porcentaje de sujetos que sufren cada trastorno de personalidad.

Como conclusión, a pesar de la diversidad de estudios sobre los trastornos de personalidad en el ámbito del alcoholismo, las limitaciones encontradas en estos trabajos han sido los instrumentos de evaluación utilizados, el nivel de gravedad de los pacientes, o los centros donde se ha llevado a cabo los estudios, ya fueran internamiento o ambulatorio.

Trastornos de personalidad y adicción a la cocaína

Hay numerosos estudios sobre la relación existente entre el consumo de cocaína y los trastornos de personalidad, ya que la cocaína es una de las drogas más consumida y demandada de tratamiento.

Los resultados indican que las escalas básicas de personalidad más prevalentes son la pasivo-agresiva, la antisocial, la narcisista y la histriónica. Las escalas de personalidad patológica más prevalentes son la límite y la paranoide. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados a nivel internacional y en nuestro país. En las escalas básicas de personalidad destacan las siguientes escalas, en las que un mayor porcentaje de sujetos han obtenido una puntuación TB superior a 74: la pasivo-agresiva (42,2%), la antisocial (38,8%), la narcisista (35,3%) y la histriónica (32,4%). En las escalas de personalidad patológica destacan la límite (16,7%) y la paranoide (10,8%). En este artículo se lleva a cabo un estudio de los trastornos de personalidad asociados a la adicción a la cocaína. Para ello se contó con una muestra de 60 pacientes cocainómanos, que cumplieron el MCMI-II antes del tratamiento, y de 50 sujetos de la población normal con las mismas características demográficas (edad, sexo y nivel socioeconómico). El 36,7% de la muestra clínica (frente al 16% de la muestra normativa) presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. Los trastornos de mayor prevalencia entre los cocainómanos fueron el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad y el trastorno dependiente de la personalidad (10% cada uno de ellos),

seguidos del trastorno obsesivo-compulsivo y el histriónico (6,7% cada uno). Asimismo, el 15% de la muestra clínica presentaba simultáneamente dos o más trastornos. Los resultados obtenidos con el MCMI-II muestran que 22 sujetos (el 36,7% de la muestra clínica) obtuvieron puntuaciones indicadoras de la existencia de, al menos, un trastorno de la personalidad. Los observados con mayor frecuencia fueron *el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad* y *el trastorno dependiente la personalidad* (con una tasa del 10% cada uno de ellos). Les siguen, por orden de frecuencia, *el trastorno obsesivo-compulsivo* y *el histriónico*, con 4 casos cada uno (un 6,7% del total), y los trastornos *esquizoide*, *fóbico*, *narcisista* y *agresivo-sádico*, con 3 casos (el 5% del total de la muestra) cada uno. Los trastornos menos representados fueron *el antisocial* y *límite*, con 2 casos (3,3%), y *el trastorno autodestructivo de la personalidad*, que afectó sólo a 1 caso (el 1,7%). Los trastornos de personalidad más prevalentes obtenidos en este estudio son el trastorno de la personalidad por dependencia y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. Las escalas básicas de la personalidad en las que un mayor número de sujetos tienen una TB superior a 84 Son: la pasivo/agresiva, un 33,3% la antisocial, un 22,5% y la narcisista, un 18,6%. En las escalas de personalidad patológica destaca la escala límite, con un 7,8% de la muestra. El siguiente análisis que realizaron fue comparar en función de diversas variables socio demográficas, características del consumo de drogas y características psicopatológicas (Entre las variables socio demográficas que fueron analizadas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios alcanzado y situación laboral al iniciar el tratamiento), ninguna ha sido estadísticamente significativa. Entre las escalas básicas de personalidad destacan la pasivo-agresiva y la antisocial, y entre las escalas de personalidad patológica destaca la escala límite. Este artículo se llevo a cabo una descripción de los trastornos de personalidad que aparecen con mayor frecuencia en los adictos a la cocaína. Los resultados muestran que el 45,7% de los pacientes presenta, al menos, un trastorno de personalidad. Más en concreto, el trastorno de mayor prevalencia es el trastorno antisocial de la personalidad (25,7%), seguido del trastorno pasivo-agresivo (14%) y del trastorno de la personalidad por evitación (14,28). Se observa una cierta tendencia a presentar una mayor prevalencia en los trastornos de personalidad del grupo B. Los resultados mostraron una tasa de trastorno antisocial de la personalidad que ascendía al 34% de la muestra estudiada trastorno como indicador de mal pronóstico en el tratamiento de las conductas adictivas. En otro estudio reciente con 707 adictos a cocaína en 3 modalidades de tratamiento (16 programas residenciales de larga duración, 14 tratamientos de ingreso de corta duración y 8 programas ambulatorios libres de drogas) se encontró una tasa de trastorno antisocial del 42,6% de la muestra Sonne y Brady encontraron, también con el SCID-II, una tasa de prevalencia de trastornos de personalidad del 68,1%

en una muestra de 47 adictos a cocaína. Los trastornos más prevalentes fueron el límite (40%), el paranoide (28,9%), el antisocial (24,4%) y el narcisista (22,2%). Curiosamente en este estudio la prevalencia de trastornos de personalidad disminuyó tras 12 semanas de tratamiento hasta un 51%. Además, los dos trastornos más prevalentes (límite y paranoide) también fueron los que más disminuyeron en número en el seguimiento de 12 semanas. Otro estudio multicéntrico realizado con una muestra de 289 adictos a cocaína en tratamiento se encontró una prevalencia de TP del 47,1% (diagnósticos según el SCID-II), siendo los más frecuentes el antisocial y el límite (19,7% y 11,2%, respectivamente). Nos encontramos ante un tipo complejo de patología dual que se ha asociado históricamente con el fracaso terapéutico. A partir de la propuesta de T. Millon, según la cual la terapia de los trastornos psicopatológicos debe estar guiada por las características de personalidad del paciente, se revisan los trabajos disponibles que vinculan adicción y personalidad a tres niveles: nivel clínico (trastornos y patrones de personalidad), nivel de rasgos (modelo de Cloninger) y nivel de variables de interacción psicosocial centrar la atención en la sustancia y focalizarla en el individuo: en sus características de personalidad que van a marcar su margen de mejora potencial, su ritmo de incorporación al programa, la intensidad de la intervención que podemos aplicar y los tiempos en que las diversas intervenciones van a ser efectivas.

En su relación con el contexto, prestaremos atención a los elementos ambientales que pueden ser fuentes de estrés y en la manera en que el individuo los afronta y contrarresta.

Y en su relación con la sustancia nos interesaremos principalmente por los mecanismos cerebrales de toma de decisiones y de actividad planificada que pueden ser el sustento de la adicción, pero también el sustrato cerebral de su abandono.

Resultados: Se observa una alta prevalencia de trastornos de personalidad en todos los grupos, el 85% de los sujetos presenta alguno. El 71,4% de los sujetos presenta más de un trastorno. Asimismo se constatan diferentes perfiles de personalidad según la sustancia consumida. Se comprueba mayor prevalencia de trastornos de personalidad en el grupo de alcohol cuando se consideran varios trastornos agrupados. Cuando se considera un solo trastorno existe una mayor prevalencia en el grupo de cocaína.

En tres estudios Rorschach previos sobre la psicopatología de los pacientes dependientes de cocaína, que no utilizaron el CS, las muestras presentaron elevados niveles de narcisismo, ira y negatividad y dificultaron la comparación con la realidad. Más de la mitad de los pacientes (60,8%) entraban en el rango patológico del CDI. Veintitrés (22,5%) entraban en el rango patológico del DEPI. Las otras tres constelaciones apenas aparecieron (menos del 4%). La edad no se asociaba con ningún índice, ni de forma

continúa ni partiendo de los veintiún años (datos que no se muestran). Importancia del reciente análisis realizado por la psicóloga gallega Ana López Durán, al amparo del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago. Una de las principales conclusiones es que un "importante porcentaje" de los adictos, el 66,6%, sufre, al menos, un trastorno. Presentan, sobre todo, actitudes antisociales y pasivo/agresiva, una alteración que lleva a la persona a parecer ser condescendiente con los deseos y necesidades de los demás, pero que, en realidad, se resiste pasivamente a ellos y está cada vez más hostil.

Además de las conductas antisociales y la pasivo/agresiva, otro de los trastornos más frecuentes entre los adictos a la cocaína en Galicia es la personalidad narcisista -una admiración exagerada hacia sí mismos-, que afecta al 18,6%. Patrones de agresividad y sadismo en casi un 14% de los casos, con tendencias autodestructivas en un 10,85%. Con menos frecuencia aparecen trastornos esquizoide (7%) -rechazan las relaciones interpersonales-; conductas fóbicas (9,8%) -miedo irremediable a determinadas cosas o situaciones-; dependencia (5,9%); ejemplos de histrionismo (9,8%)

Las alteraciones más frecuentes de los consumidores de este tipo de droga son las actitudes antisociales, conductas pasivo-agresivas con patrones de sadismo y personalidad narcisista.

Los trastornos de personalidad y los opiáceos

Los trastornos de personalidad y la dependencia a opiáceos, especialmente a la heroína, ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones especialmente en décadas anteriores debido a su elevado consumo.

Las primeras investigaciones en adictos a opiáceos intentaban definir la existencia de una personalidad adictiva sin que pudiera llegar a demostrarse la existencia de ésta. Tras ello comenzaron a realizarse estudios que mostrasen los trastornos de personalidad comúnmente presentes en los adictos (Khantzian y Treece, 1985) destacando la prevalencia del trastorno antisocial (44'8% de los sujetos que fueron diagnosticados con algún trastorno de personalidad) siendo los más comunes: TP histriónico (6'9%), TP esquizoide (4'6%), TP mixto (3'4%), TP límite (2'3%) y TP compulsivo (1'1%). No encontraron ningún trastorno de personalidad en el 36'8% de los sujetos de la muestra. Anterior a ésta destacamos la investigación de Rousanville, Weissman y Klever (1982) que contaba con una muestra de 533 pacientes adictos a opiáceos. En ésta, en el 29,5% de los casos observaron rasgos de un TP antisocial y un 8,7% de casos que presentaban rasgos esquizotípicos de personalidad. Gutiérrez, Sainz, González, Fernández y Bobes (1988) evalúan los trastornos de personalidad de dos grupos de pacientes (n = 88) en tratamiento con metadona y naltrexona, utilizando como instrumento de medida el IPDE

(International Personality Disorders Examination), y concluyen que el trastorno de personalidad antisocial es el diagnóstico más frecuente entre los sujetos evaluados.

Así, en el ámbito específico de los trastornos de personalidad, la mayor parte de los estudios coinciden en señalar la presencia frecuente de estos trastornos en adictos a opiáceos, siendo el más frecuente el trastorno de personalidad antisocial. Así Rubio Larrosa (1992) obtienen que el total de los 38 sujetos estudiados a través del IPDE, presentaban trastornos de personalidad, mostrando 31 de ellos trastorno de personalidad antisocial y narcisista. Similares fueron los resultados obtenidos por Valls Lázaro y cols (1992) que aplicaron el mismo instrumento de evaluación a 25 sujetos donde el 96% de ellos presentaba trastornos de personalidad, siendo el trastorno antisocial el más frecuente seguido del trastorno límite.

En un estudio posterior, utilizando una muestra de 196 varones y 113 mujeres incluidos en un programa de mantenimiento con metadona, encontraron comorbilidad de trastornos del eje I en un 75% de los casos y, en el eje II aparecía un 36,2% de la muestra con un TP narcisista y/o antisocial; un 16,2% con un TP por dependencia y, en proporciones más bajas, el TP negativista e histriónico, destacando este último y el TP por dependencia en mujeres (Calsyn, Fleming, Wells y Saxon, 1996).

En nuestro país, San Narciso, Carreño, Pérez, Álvarez, González y Bobes (1998) utilizan una muestra de 70 pacientes adictos a opiáceos en tratamiento con naltrexona de una clínica privada y los evalúan con el IPD. El resultado obtenido es que el trastorno de personalidad más comúnmente encontrado es el impulsivo y que el perfil de los pacientes se caracterizaba por rasgos pertenecientes al trastorno de personalidad disocial.

Sánchez Hervás, Tomás y Climent (1999) realizaron un estudio con tres grupos de pacientes adictos a opiáceos (en mantenimiento con metadona, con antagonistas opiáceos y sin tratamiento) utilizando el SCID-II (Entrevista Clínica para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV). Los resultados fueron una alta prevalencia de distintos trastornos de personalidad, en especial de trastorno antisocial, límite y paranoide.

Los trastornos de personalidad y la adicción al cannabis

Es más difícil encontrar estudios referidos a la correlación entre los trastornos de personalidad y la adicción a sustancias que no sean cocaína, opiáceos o alcohol, probablemente por el reducido número de adictos en tratamiento a otras drogas que no sean las nombradas. El cannabis es una droga cuyo uso está relativamente extendido e incluso normalizado, pero en los últimos años cada vez más personas solicitan tratamiento por adicción a esta sustancia. En 2007, el 11,7% de las personas que solicitaron tratamiento por adicción a sustancias lo hicieron por el cannabis (Plan Nacional sobre Drogas, 2007). De ahí la

necesidad de conocer la relación entre la adicción al cannabis y los trastornos de personalidad: lo profesionales necesitan tener en cuenta los TTPP que pueda tener el sujeto para adecuar el tratamiento y personalizarlo lo mejor posible. Además, puede aportar información sobre por qué unas personas desarrollan adicción y otras no.

Con respecto al cannabis, Pedrero Pérez, Puerta García, Lagares Roibas y Saez Maldonado (2003) evalúan la presencia y la gravedad de los trastornos de personalidad en una muestra de 150 sujetos en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias, de los cuales 6 eran adictos al cannabis. Sólo se detectaron el trastorno de personalidad dependiente y el histriónico en el 16,7% de la muestra cada uno (es decir, cada trastorno se detectó en una persona de las 6, no sabiendo si ambos trastornos se detectaron en la misma persona o en personas diferentes). Sin embargo sólo hablamos de detección, no alcanzaban un grado de severidad.

Sin embargo el estudio de Pedrero Pérez et al no es muy significativo debido a la muestra usada, que era muy reducida. El estudio de Luis S. Espinoza (2008) utiliza una muestra de 41 consumidores de cannabis y 41 no consumidores, a los cuales se les pasa el MCMI-II. En casi todos los casos el porcentaje de consumidores con algún trastorno de personalidad era mayor que en los no consumidores, excepto en el trastorno de personalidad compulsivo. Si consideramos dos niveles de gravedad, moderado y grave, en el nivel moderado los trastornos de personalidad más presentes en los consumidores fueron el histriónico y el narcisista, y en el nivel grave los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el narcisista, el antisocial y el pasivo-agresivo.

Resultados similares a los del estudio de Espinoza podemos encontrar en el estudio de Aizpiri, Bravo de Medina y Echeburúa (2010), donde comparan un grupo de 141 sujetos adictos al cannabis con 140 sujetos sanos y 140 sujetos de control clínico, es decir, sujetos que solicitan ayuda por trastornos del eje I pero no son consumidores de ninguna sustancia. Los principales resultados muestran que el grupo de adictos al cannabis muestra más frecuentemente trastornos de personalidad (32,8%) frente al grupo de control clínico (23,7%) y al grupo normativo de control (10%). Los trastornos más comunes en los adictos al cannabis son el narcisista, que aparece en un 11,3% de la muestra, y el antisocial y el esquizotípico, que aparecen en un 9,9%.

Conclusiones

En vista de los resultados obtenidos de los estudios revisados una de las conclusiones que podemos sacar en claro es que hay más prevalencia de trastornos de personalidad en población adicta que en población normal. Sin embargo, encontramos mucha diferencia en la frecuencia en la que aparecen los diversos trastornos de personalidad en los adictos. Hay algunos trastornos de personalidad que aparecen con frecuencia asociados a la

adicción, como son el antisocial, el límite, el narcisista, el dependiente, el pasivo-agresivo, siendo el trastorno antisocial el más prevalente en todas las sustancias analizadas.

A pesar de lo dicho anteriormente cabe destacar la amplia variabilidad de prevalencias de cada trastorno. Por ejemplo, en la tabla 1 podemos observar que así como en un estudio la prevalencia del trastorno de personalidad antisocial es del 22,7%, en otro estudio es del 4,4%. Creemos que esto puede ser debido a las diferentes muestras utilizadas, al tipo de instrumento, a las diferencias culturales, a las diferencias en el tratamiento. Otra de las explicaciones posibles de este fenómeno es que debería haber una revisión de los constructos de los trastornos de personalidad ya que muchos de ellos se solapan y no son mutuamente excluyentes.

Referencias

- Calsyn, D., Fleming, CH., Wells, E. y Saxon, A. (1996). Personality disorders subtypes among opiate addicts in methadone maintenance. *Psychology Addictive Behaviors*, 10, 3-8.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones: revista de Sociodrogalcohol*, 14(1), 195-220.
- Echeburúa, E., Bravo, R. y Aizpiri, J. (2008). Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de cloninger. *Psicothema*, 20(4), 525-230.
- Echeburúa, E., Bravo, R. y Aizpiri, J. (2010). Trastornos de la personalidad en adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(2), 229-239.
- Gutiérrez, E., Saiz, P., González, P., Fernández, J. y Bobes, J. (1998). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs antagonistas. *Adicciones*, 10, 121-129.
- Khantzian, E. J. y Treece, C.J. (1985). DSM-II psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Archives of general psychiatry*, 142, 1067-1071.
- Luis, S., Espinoza, P. (2008). Perfiles clínicos de personalidad en consumidores y no consumidores de marihuana. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 206-222.
- López, F. y De los Riscos, M. (2004). Trastornos de personalidad: una comparación entre consumidores de cocaína, heroína y alcohol. *Revista española de drogodependencias*, (3-4), 224-237.
- Observatorio Nacional sobre Drogas. (2007). *Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas, 1987-2007*. Recuperado el 8 de noviembre, 2011,

- de
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/AdmisionesTratamiento.pdf>
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Sáez, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-55.
- Rounsaville, B. J., Tierney, T. y Crits-christoph, K. (1982). Predictors of treatment outcome in opiate addicts: Evidence for the multidimensionality of addicts problems. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 462-478.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. y Climent, A. Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, 11, 221-227.
- San Narciso, G., Carreño, J., Pérez, S., Álvarez, C., González, M. y Bobes, J. (1998). Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPD en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones*, 10, 7-21.

Adicción al cannabis y trastornos psicopatológicos asociados

Ana Álvarez Rodríguez, Laura Gutiérrez Prendes, Sara Peón Rodríguez, Tamara Pérez Cimadevilla y Ana Real Pino
Universidad de Oviedo

En el presente trabajo se resumen los principales trastornos mentales relacionados con la adicción al cannabis. La adicción a dicha sustancia se ha relacionado con cambios neuropsicológicos que afectan a la conducta, creando en el sujeto una dependencia de la misma. El consumo de cannabis provoca una serie de trastornos mentales que influyen negativamente en el sujeto, algunas de estas alteraciones son: deterioro cognitivo, esquizofrenia, depresión y trastornos de personalidad. El objetivo de este trabajo es describir desde una perspectiva multidisciplinar, las distintas conductas asociadas al abuso crónico de esta droga, en especial aquellas conductas de tipo psicopatológico que de algún modo se creen consecuencia de la adicción al cannabis.

Palabras Clave. Cannabis, Dependencia, Adicción, Trastornos mentales, Psicopatología

This paper summarizes the major mental disorders related to cannabis. The cannabis has been associated with neuropsychological changes that affect behavior, creating dependence. Cannabis consumption causes a number of mental disorders that adversely affect the person; some of these alterations are cognitive impairment, schizophrenia, depression and personality disorders. The aim of this paper is to describe, from a multidisciplinary perspective, the various behaviors associated with chronic abuse of cannabis, specially those psychopathological behaviors we believe they are somehow associated with an addiction to cannabis".

Keywords: Cannabis, Dependence, Addiction, Mental diseases, Psychopathology

Debido a la creciente preocupación por los efectos de los cannabinoides derivados del consumo habitual, en el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica para analizar todos aquellos aspectos que influyen en la dependencia al cannabis haciendo especial hincapié en los trastornos psicopatológicos asociados al abuso de dicha sustancia.

Hasta hace algunos años no se conocían los efectos de dependencia que produce el consumo continuado de

cannabis. Algunos de estos efectos han sido encontrados en numerosos trabajos; según Quiroga (2000) varios estudios han mostrado efectos leves de tolerancia, y un conjunto de síntomas característicos que acompañan a la supresión del consumo, conocidos como abstinencia, entre los que podemos encontrar inquietud, anorexia e irritabilidad (Jones et al., 1976 en Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000). Estos síntomas parecen ser compartidos con el resto de drogas de abuso. Además, el hecho de que exista tolerancia y abstinencia nos hace entender que el uso continuado del cannabis produce dependencia. En la actualidad se conoce que los cannabinoides actúan sinérgicamente con el sistema opioide endógeno, un sistema implicado, entre otras respuestas, en el control del dolor así como en la motivación y el refuerzo inducido por las drogas de abuso, lo que permite que el uso de cannabinoides actúe como factor de

Laura Gutiérrez Prendes
Facultad de Psicología- Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo s/n 33003 – Oviedo – Spain
E-mail: soyyo_guty@hotmail.com
Teléfono: 685 570 334

vulnerabilidad en el desarrollo de la conducta adictiva (Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000).

En un estudio realizado en 2008 por el Observatorio Español sobre Drogas (OED) a través de la encuesta ESTUDES, se evaluó la prevalencia del consumo de distintas drogas entre estudiantes de secundaria. Los resultados muestran que el cannabis es una de las drogas más consumidas por los jóvenes españoles, un 20,1% de los jóvenes encuestados manifestó haber consumido cannabis alguna vez en los 30 días previos a la encuesta; la prevalencia del consumo diario era de un 3,2% (4,5% en chicos y 1,9% en chicas). Estos datos revelan que el problema comienza a incubarse en la población adolescente, una etapa de la vida muy importante para el futuro desarrollo madurativo y emocional (Aizpiri, Bravo de Medina y Echeburúa, 2010).

La elevada prevalencia del consumo de cannabis en todo el mundo preocupa a autoridades sanitarias e investigadores. Las consultas a los servicios de urgencias médicas son frecuentes por parte de los consumidores de cannabis. Estas visitas suelen ser debidas a complicaciones psicopatológicas derivadas de la utilización de esta sustancia, como las crisis de angustia y los estados de ansiedad, e incluso cuadros psicóticos.

Asimismo, parece existir una clara relación entre la adicción o dependencia al cannabis y el desarrollo de trastornos mentales. En la pubertad, el consumo a largo plazo de cannabis provoca, además de dependencia (78%), trastornos comportamentales como depresión, déficit atencional o hiperactividad (Crowley, et al., 1998 en Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000). Además de los trastornos ya comentados cabe mencionar el síndrome amotivacional, que conduce a un estado de pasividad e indiferencia caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales.

Algunos estudios concluyen que los estados psicóticos asociados a consumidores adultos crónicos de cannabis “se presentan principalmente como esquizofrénicos o maníacos” (Quiroga, 2000, p. 139). Quiroga (2000) sostiene que el uso continuo del cannabis desde edades tempranas en sujetos con vulnerabilidad genética, causa esquizofrenias con más síntomas positivos y menos negativos que en las personas con esquizofrenia no consumidoras de cannabis. Según Bobes y Calafat (2000), se acepta que el uso de estimulantes dopaminérgicos, como el cannabis, facilita la aparición de trastornos mentales. No obstante, se desconoce hasta qué punto el cannabis actúa como desencadenante, es una consecuencia o simplemente coincide con la psicopatología.

Dependencia al cannabis y factores que influyen - conducta adictiva.

El cannabis produce efectos en el cerebro de quienes lo consumen. La alteración del estado anímico buscado por

las personas consumidoras, se basa en las modificaciones producidas por los diferentes componentes del cannabis, fundamentalmente A-9 tethahidrocannabinol (principal sustancia psicoactiva encontrada en las plantas de Cannabis) en la actividad de alguno de los neurotransmisores presentes en el cerebro. Estas modificaciones pueden producir la aparición de algunos trastornos mentales como la ansiedad, disforia, síntomas paranoides,...

También a consecuencia de una intoxicación aguda pueden aparecer trastornos psicóticos agudos, alucinaciones,.... Estas suelen cesar una vez que el A9 tethahidrocannabinol es eliminado del organismo. En este caso la alteración funcional del cerebro debe ser diferente a la aparecida en el consumo ordinario.

Los cannabinoides son compuestos psicoactivos presentes en el cannabis y que actúan en el sistema nervioso a través de receptores específicos de membrana. Éstos están incluidos en muchos circuitos cerebrales junto al sistema de recompensa cerebral. El consumo crónico de cannabis provoca tolerancia y dependencia, e incluso a la adaptación neuronal en el circuito de la recompensa y se puede poner de manifiesto mediante el cese de la administración de estos compuestos. Según Bobes y Calafat (2000) los endocannabinoides jugarían un papel sobre el organismo similar al protagonizado por los neurotransmisores como la dopamina o la serotonina. Las células nerviosas están implicadas en su síntesis, liberación, actuación y degradación. Una vez sintetizados se liberan al medio extracelular para actuar sobre una serie de receptores de membrana. Los endocannabinoides finalizan su actuación al ser recaptados por las neuronas y las células gliales, siendo degradados por la acción de enzimas específicas. Este sistema desempeña un papel modulador en diferentes procesos fisiológicos, concretamente en el cerebro, participa en la regulación de la actividad motora, en el aprendizaje y la memoria, en la nocicepción, así como en el desarrollo cerebral.

El consumo de cannabis produce modificaciones en la funcionalidad de este sistema, lo que puede implicar una modificación en la capacidad de responder a determinadas señales fisiológicas. Se han observado la presencia de los componentes del sistema endocannabinoide en las mismas regiones cerebrales en las que previamente se ha localizado el sistema dopaminérgico.

Los cannabinoides interactúan con el sustrato neurobiológico del refuerzo positivo. La magnitud de la recompensa muestra una relación con el grado de activación de la vía dopaminérgica ascendente mesolímbicocortical, originada en el área tegmental ventral y que proyecta a estructuras corticales y subcorticales del sistema límbico. Los mecanismos responsables de la recompensa dependen del sistema dopaminérgico y su activación está relacionada con los efectos reforzadores positivos de las drogas de abuso.

Este sistema está compuesto por dos proyecciones: la vía nigroestriatal y la vía mesolímbica-cortical. Este último circuito es el que está implicado principalmente en las acciones de reforzadores positivos (Corbett y Wise, 1980 en Navarro y Rodríguez de Fonseca, 2000). También es la más sensible a los efectos agudos del cannabis. Las propiedades reguladoras de la transmisión dopaminérgica frente a los reforzadores, ya sean naturales o no, dependen de qué parte del núcleo accumbens se activa (core o Shell). Las diferencias funcionales entre ambas partes, sugieren que la respuesta adaptativa dopaminérgica del Shell se produce frente a la adquisición (aprendizaje) mientras que el core, responde a la expresión de la motivación (respuesta). La actividad dopaminérgica mesoaccumbal puede organizarse a modo de una cadena fisiopatológica y da base a la vulnerabilidad de drogas de abuso.

En cuanto, a la dependencia del cannabis, podemos decir que los cannabinoides son capaces de inducir tolerancia a los principales efectos farmacológicos en la mayoría de especies, incluyendo los humanos. Aparte de que inducen dependencia se asocian a un conjunto de fenómenos neuroquímicos y neuroendocrinos similares a los sucedidos con otras drogas.

En todo consumo abusivo, tenemos que hacer referencia al síndrome de abstinencia, donde tiene como resultado un aumento de la conducta agresiva inespecífica.

El consumo de cannabis a largo plazo en los adolescentes durante la pubertad, a menudo provoca trastornos comportamentales. Y aunque no sea considerado como un predictor, la mayoría de los jóvenes que consumen cannabis tienen mayor riesgo de terminar consumiendo otras sustancias. Por lo tanto hay que tenerlo en cuenta como una droga que puede generar hábito tóxico.

Cannabis y esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, producida por una alteración en el metabolismo cerebral, lo que produce un gran cantidad de dopamina; para reducir esta sobreproducción se utilizan antipsicóticos (típicos y atípicos) y neurolepticos. Afecta a diversos aspectos de la vida cotidiana (comportamiento, personalidad, intercomunicación, etc.) derivándose todo ellos en un deterioro conductual y cognitivo. Estas personas modifican su patrón de conducta casi por completo en cuanto a pensamientos forma de expresarse verbalmente, insomnio, o risa sin motivo; produce desorganización neuropsicológica, junto con gran dificultad para mantener la motivación dirigida a metas concretas. Afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque la edad de inicio varía; los hombres lo suelen padecer entre los 15-25 años y las mujeres entre los 25 -35 años, pero en la práctica podría aparecer antes o después de estas edades.

Estos sujetos padecen síntomas de diversa índole que podríamos clasificar en positivos y negativos. Los

síntomas positivos serían aquellas conductas que sólo padecen las personas con este trastorno (alucinaciones, delirios, trastornos de pensamiento, síntomas positivos en el ámbito de sentimientos, síntomas positivos vegetativos, insomnio, mareos, palpitaciones y síntomas positivos de motricidad). Los síntomas negativos son los síntomas que afectan a la vida del sujeto (social, familiar y laboral). Generalmente aparecen antes que los nombrados anteriormente y pueden relacionarse con un comportamiento desadaptativo o incluso agotamiento (anhedonia, insociabilidad, pobreza afectiva, alogia, abulia-apatía, problemas cognitivos, etc.) (Moreno Cidoncha, n.f.)

Una vez especificados los síntomas que suelen tener estos individuos, teniendo en cuenta que no todos ellos padecen los mismos, podríamos diferenciar varios tipos de esquizofrenias: la esquizofrenia paranoide aparece entre los 20 y 30 años, sus síntomas se basan en delirios alucinaciones y voces; la esquizofrenia catatónica está relacionada con las conductas tanto excesivas como inexistentes en la actividad motora, junto con posturas poco frecuentes o incluso imitación de otras personas; la esquizofrenia desorganizada provoca falta de afectividad, lenguaje, conducta poco organizada e ideas ilógicas; en la esquizofrenia simple el sujeto deja de tener capacidades, pero no hay presencia de delirios ni alucinaciones; la esquizofrenia hebefrénica aparece en una edad muy temprana y puede confundirse con retraso mental, su conducta se va modificando y aparecen delirios. Por último, en la esquizofrenia residual se hacen más notables los síntomas negativos, estas personas padecen al menos un episodio de esquizofrenia, aunque no aparecen síntomas psicóticos de gran importancia.

La esquizofrenia no es sencilla de diagnosticar, sería fácil confundirlo con otros trastornos como los trastornos maniaco-depresivos, debido a que los síntomas son similares; para salir de duda lo lógico será conocer el historial clínico del paciente, junto con su pertinente análisis físico y neurológico (National Institute of Mental Health).

Existe una gran relación entre el consumo de cannabis y la aparición de un trastorno psicótico como la esquizofrenia "patología dual". Se han realizado diversos estudios que pueden corroborarlo. El 50% de las personas que padecen este trastorno consumen drogas. Los sujetos que consumen cannabis y padecen este tipo de enfermedades suele constituirse de una población de varones jóvenes (Hall, 1998 y Rodríguez Jiménez et al., 2006, en Quiroga, 2000) generalmente caracterizados por una personalidad un tanto vulnerable en la mayoría de los casos. El consumo diario de cannabis hace que las personas tengan mayor probabilidad de padecer esquizofrenia, además todos los que padezcan un episodio bajo los efectos de dicha droga, sufrirán unos síntomas característicos tanto antes como durante el transcurso de la enfermedad. Los individuos que comenzaron a consumir a temprana edad tendrán mayor

posibilidad de tener recaídas de gran importancia en el futuro (Van Ámsterdam, 1998 y Rubio Valladolid, 1999, en Quiroga, 2000).

Un aspecto fundamental sería el que trata de explicar que la aparición de la enfermedad no está directamente relacionada con el sexo, el nivel socioeconómico o los grupos étnicos (Mc Guire, 1994, en Quiroga, 2000). Se piensa que en esta patología dual existe una gran relación entre la genética personal y las características del ambiente (Van Ámsterdam, 1988, en Quiroga, 2000).

Adicción al cannabis y depresión

En estudios longitudinales llevados a cabo en la población general, se ha observado una modesta asociación entre depresión y consumo importante de cannabis, que desaparece cuando este consumo es poco frecuente. Así mismo, parece haber una pequeña asociación entre inicio temprano, consumo regular de cannabis y aparición posterior de depresión. A la inversa, hay escasa evidencia de que los sujetos con depresión presenten un riesgo elevado de consumir cannabis posteriormente.

Con los datos actuales no se puede descartar que la asociación entre cannabis y depresión sea debida a factores sociales, familiares y ambientales comunes que aumentan el riesgo tanto del consumo crónico de cannabis como de la depresión.

En un estudio publicado en el 'British Medical Journal' (www.elmundo.es), en el que se estudió a 1.600 estudiantes de 44 institutos australianos con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, se encontró que el 60% había comenzado a fumar antes de los 20 años, y el 7% admitió ser un 'fumador habitual'. Más de la mitad de todos ellos (el 66% de los chicos y el 52% entre las chicas) reconoció haber fumado en alguna ocasión. Según este estudio el consumo diario de cannabis entre las chicas multiplica por cinco los riesgos de padecer depresión y ansiedad, mientras que el consumo semanal duplica el riesgo en comparación con los adolescentes no fumadores. Además, en el estudio se revela la posibilidad de que con el consumo de cannabis se puedan enmascarar los síntomas de la depresión y así no tratarlos de manera adecuada.

En los casos de depresión asociada al consumo de cannabis es aconsejable una consulta médica que ayude a resolver el problema. Algunos síntomas como la anhedonia (pérdida de interés o satisfacción en las actividades en general) y el síndrome amotivacional, relacionados con el consumo abusivo del cannabis, también se corresponden con estados depresivos llevando incluso a la cronificación.

Adicción al cannabis y trastorno de personalidad

Al igual que sucede con el resto de las dependencias a drogas ilegales, el trastorno de personalidad antisocial en

el adulto y el trastorno disocial en el adolescente, son los que han mostrado una mayor asociación con el trastorno por dependencia del cannabis, aunque en el caso del cannabis, el trastorno de personalidad esquizotípico es el que ha despertado mayor interés por su relación con la aparición de síntomas psicóticos.

La esquizotipia es una dimensión de la personalidad, que aparece en grado leve en personas sanas. La mayoría de los cuestionarios de evaluación para la esquizotipia reflejan en diferentes niveles de gravedad tres síntomas de la esquizofrenia: síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (como retraimiento y aplanamiento emocional) y trastornos del pensamiento; y algunas medidas de esquizotipia incluyen un cuarto factor que refleja un componente impulsivo/asocial que podría relacionarse con el mayor uso de sustancias (Claridge et al., 1996, en Szerman y Peris, n.f.)

Los estudios en ámbitos no clínicos indican la presencia de puntuaciones más altas en escalas de esquizotipia para los consumidores de cannabis frente a los no consumidores, y aunque no se conoce la dirección de esta relación es probable que las personas con personalidad esquizotípica sean más propensas a usar cannabis (Bailey y Swallow, 2004, en Szerman y Peris, n.f.) Los diferentes estudios prolongan la discusión sobre si el cannabis, al alterar la sincronización neural, da lugar a esquizotipia o la esquizotipia incrementa la tendencia a usar cannabis. A menudo se habla de bidireccionalidad entre los dos factores.

Es evidente que el consumo de cannabis en estos pacientes puede agravar o desencadenar síntomas psicóticos y que, sin embargo, esto no impide que el consumo persista, quizá buscando efectos que se relacionan con la atenuación de la disforia, la alexitimia, etc. En estudios en los que se han usado instrumentos como el "Modelo de cinco factores" en sujetos consumidores habituales de cannabis, éstos se han caracterizado por baja extroversión y alta apertura a la experiencia (Flory et al., 2002, en Szerman y Peris, n.f.).

En estudios epidemiológicos, el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) es el trastorno con mayor prevalencia de abuso-dependencia a sustancias. El DSM-IV da relevancia a las conductas antisociales sobre la identificación de rasgos psicopatológicos nucleares a este trastorno, lo que puede generar confusión sobre si las conductas antisociales son primarias o sólo un artefacto del estilo de vida de los adictos (Szerman y Peris, n.f.). Los pacientes con este trastorno suelen responder bien al tratamiento focalizado en el uso de sustancias, lo que disminuye su antisociabilidad, sin embargo no se producen modificaciones en el trastorno de personalidad.

Según Szerman y Peris (n.f.), diferentes estudios en adolescentes han puesto de manifiesto la relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de problemas de conducta. De hecho, varios trabajos relacionan el Trastorno

Antisocial de Personalidad (TAP), trastorno que puede presentar impulsividad conductual, con el cannabis.

Skodol et al. (en Szerman y Peris, n.f.) sostienen que es conocido el uso frecuente de cannabis por pacientes con Trastorno Borderline o Límite de Personalidad (TLP):

“La experiencia clínica indica que los pacientes con TLP tienen una relación ambigua con el uso de cannabis, ya que les ayuda a soportar la, para ellos, intolerable soledad, relajarse, (...), aunque puede poner en marcha conductas de atracones de comida y, en determinadas situaciones sociales, exacerbar síntomas pseudoparanoides o la posibilidad de despersonalización o desrealización, lo que conduce a la evitación, volviendo a la soledad y al consumo, cerrando así el círculo.” (Szerman y Peris, n.f., p.12).

Los pacientes con TLP suelen autolesionarse con frecuencia y tener la percepción del dolor alterada, por lo que el consumo de cannabis y sus propiedades analgésicas nos lleva a pensar en la compleja relación neurobiológica que subyace a esta asociación. Por otro lado, no debemos olvidar la comorbilidad del TLP con el TDAH y que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida por estos pacientes. Los pacientes explican el consumo de cannabis como un intento de “automedicar” la inquietud y la ansiedad, desconociendo que su consumo empeora los síntomas de falta de atención.

La experiencia clínica indica que el cannabis es más usual en el Trastorno de Personalidad Evitativo, al igual que el alcohol pero, a diferencia de éste, es menos usual su utilización por los pacientes con un Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad.

Por último Szerman y Peris mencionan un estudio realizado en consumidores de cannabis ocasionales, abusadores y dependientes en el que se utilizó el modelo temperamental-caracterial de Cloninger. De acuerdo con Spalleta et al. (2007) en Szerman y Peris (n.f.) “los estados de ansiedad y la dimensión de auto-trascendencia predicen la gravedad del consumo, lo que confirmaría el efecto buscado en estos pacientes al consumir cannabis” (p. 14).

Aspectos cognitivos

El cannabis provoca, en la mayoría de los usuarios, alteraciones tanto en el aspecto físico (aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la presión arterial, dilatación de las pupilas,...) como psíquico (sensación de euforia, percepción errónea del tiempo, colores, sonidos,...), dentro de estos últimos y centrándonos en los aspectos cognitivos, Miller (1984) afirmaba que : “el efecto conductual provocado por el cannabis en humanos citado con más consistencia es la alteración en el funcionamiento de la memoria” , destacando un deterioro en la memoria reciente y de reconocimiento, en el cálculo aritmético y estrategias de planificación y organización.

Respecto al hecho de que el consumo de cannabis deteriora las funciones cognitivas, Campbell et al. (1971) en

Núñez Domínguez (n. f.) hallaron una disminución del volumen cerebral entre sujetos que consumían y con ello confirmaban la existencia de dicho deterioro, el problema vino cuando otros autores al no constatar los mismos resultados proponían que las alteraciones cognitivas podrían ser reversibles con la abstinencia. Esto derivó en una polémica en la que abundan resultados y conclusiones contradictorias. El identificar el sistema endocannabinoico (explicado más abajo), junto con las nuevas técnicas de estudio, ha servido para ir clarificando parte de la polémica gracias a los resultados obtenidos, los cuales indican que el deterioro cognitivo en algunos consumidores es reversible y en otros no, llegando a la conclusión de que las alteraciones no son causadas por el mantenimiento de la sustancia en sí, sino que son una muestra de otras variaciones más profundas que se producen en las estructuras que soportan las capacidades cognitivas.

Se ha descubierto, por el momento, dos tipos de receptores cannabinoicos en el organismo humano: el CB1 (ubicado en el Sistema Nervioso Central de manera desigual) y el CB2 (ubicado en el resto del organismo) y dos tipos de ligando endógenos: la Anandamida y el Araquidonoglicerol. Todo ello forma el sistema endocannabinoico, el cual interacciona con otros sistemas cerebrales y neurotransmisores (dopamina, serotonina, noradrenalina, GABA, acetilcolina y péptidos opioides) (Pertwee, 1992, en Núñez Domínguez, n. f.). El deterioro cognitivo puede ser debido a que existen multitud de interrelaciones entre los sistemas, y los cannabinoicos provocarían modificaciones en algunos sistemas, o circuitos, lo que alteraría su correcto funcionamiento.

El deterioro cognitivo se puede estudiar en dos situaciones; por un lado cuando en el sistema nervioso central hay elevadas concentraciones de cannabinoicos (consumo agudo) y por otro lado tras su uso crónico, es decir cuando el sistema nervioso central está expuesto de manera continuada a los cannabinoicos.

El consumo agudo, además de alterar la capacidad cognitiva también lo hace sobre el rendimiento psicomotor, y los efectos que se producen son, entre otros: alteración de memoria, enlentecimiento en la velocidad de reacción y dificultad en la concentración y vigilancia (atención sostenida y dividida). Existen multitud de estudios sobre el consumo de cannabis en relación con la conducción de vehículos, en los que se concluye que en dosis bajas o moderadas los conductores son conscientes de su estado de intoxicación e intentan realizar una conducción menos compleja, como reducir la velocidad (Sexton et al., 2000, en Quiroga, 2000). En 2005 Blows et al. (en Quiroga, 2000) investigaron sobre la relación existente entre colisiones con las lesiones o muerte producidas en sujetos que conducían bajo los efectos de cannabis. Los resultados mostraron que el consumo de marihuana tres horas previas (consumo

agudo) está asociado a un mayor riesgo de ingreso hospitalario / muerte (Quiroga, 2000).

Los estudios sobre el consumo agudo están demostrados, pero en el caso de la cronicidad de las alteraciones cognitivas existen mayor controversia, si los efectos del cannabis son reversibles no sería un problema de salud grave, pero si las alteraciones son irreversibles esto supondría un grave riesgo para la salud del sujeto. Por ello son muchos los estudios que se han interesado en averiguar si el consumo de cannabis tiene carácter reversible o no, el problema deriva en que estos estudios tienen problemas con diversos factores del propio estudio, como la comparación de los grupos (control y usuarios crónicos), las capacidades neurocognitivas premórbidas de los sujetos, el periodo de abstinencia de los sujetos,... Esto provocó que en 2002 González et al. (en Quiroga, 2000) efectuasen una revisión sobre 40 estudios que investigaban los efectos neurocognitivos del cannabis de tipo residual y/o crónicos, y los resultados de dicha revisión concluyen que más de la mitad de los estudios no cumplían los criterios definidos para poder realizar un estudio sobre el cannabis, por lo que los sujetos investigados no serían una muestra representativa. Más adelante con los 40 estudios se efectuó un metaanálisis en el que se analizaron ocho áreas de interés (atención, memoria, funciones ejecutivas, tiempo de reacción, función motora, pensamiento abstracto, percepción y aprendizaje) los resultados obtenidos no evidencian una alteración cognitiva persistente en consumidores habituales de cannabis. En los últimos años han aparecido técnicas de neuroimagen que permiten realizar estudios más rigurosos, las técnicas más usadas son tomografía de emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética nuclear funcional (RMNf) junto con paradigmas neurocognitivos. Los estudios con PET de Volkow et al. en 1991 y 1996 en Quiroga (2000) han mostrado que hay menor actividad cerebelosa basal en consumidores crónicos, otros estudios con potenciales evocados, los de Solowji et al., (1995 a, 1995 b, 1997, 1999) en Quiroga (2000) muestran ciertas alteraciones que con la abstinencia no se consiguen retornar del todo a la normalización. Por otro lado un estudio con RMNf (Jager y col., 2006, en Quiroga, 2000) en el que se trabajó con consumidores habituales que estuvieron durante una semana de abstinencia, no se encontraron déficits en memoria de trabajo ni en atención selectiva, y tampoco en las regiones cerebrales encargadas de realizar tareas cognitivas. Por todo ello a pesar de que se ha mejorado la rigurosidad en los trabajos es necesario continuar con los estudios para llegar a conocer la reversibilidad o no de las alteraciones cognitivas en consumidores crónicos.

Conclusiones

El consumo de cannabis y en concreto su adicción puede provocar alteraciones psicopatológicas de muy diversos tipos, como depresión, psicosis, esquizofrenia,

deterioro cognitivo, etc. En la actualidad los jóvenes son la población con mayor consumo en cannabis, lo que supone un factor de riesgo para padecer enfermedades mentales si el inicio del consumo es en edades tempranas (antes de los 18 años). Para evitar el consumo temprano se deberían plantear nuevos programas de prevención especialmente dirigidos a los adolescentes en riesgo.

Con las nuevas tecnologías se ha avanzado considerablemente en el estudio de la dependencia del cannabis asociada a trastornos mentales, sin embargo todavía hay controversias en cuanto a su irreversibilidad. En nuestra opinión, sería conveniente incluir nuevas líneas de investigación para indagar en las causas y consecuencias que llevan a la adicción de esta sustancia.

Referencias

- Bobes, J. y Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*, 12 (2),7-18.
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones*, 22 (3), 245-252.
- Esquizofrenia. (n. f.). Obtenido el 9 de noviembre de 2011 desde <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia/complete-index.shtml>
- Farre, M. y Abanades, S. (2007). Aspectos cognitivos del consumo de cannabis. En J. A. Ramos (Comp.), *Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis*. (pp. 98-108). Madrid: Sociedad española de investigación en cannabinoides.
- Moreno Cidoncha, E. (n. f.). Esquizofrenia. Obtenido el 12 de noviembre de 2011 desde <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia/index.shtml>
- Navarro, M. y Rodríguez de Fonseca, F. (2000). Cannabinoides y conducta adictiva. *Adicciones*, 12 (2), 97-108.
- Nuñez, L. (2000). Deterioro cognitivo tras consumo de cannabis. Congreso Virtual de Psiquiatra 1 de febrero - 15 de marzo; Conferencia 3-CI-C. Obtenido el 12 de noviembre de 2011 desde http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa3/conferencias/3_ci_c.htm
- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. (2008). Observatorio Español sobre Drogas (OED): Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Obtenido el 3 de noviembre de 2011 desde

- <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>
- Quiroga, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental. *Adicciones*, 12 (2), 135-148.
- Rubio Valladolid, G. (1999). Consumo de cannabis en diferentes grupos de población. En Cabrera Forneiro, J. (Ed.). *Cannabis ;Hasta dónde!* Madrid: Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Szerman, N. y Peris, L. (n.f.). Cannabis y trastornos de personalidad. Obtenido el 11 de noviembre desde http://www.psiquiatria.com.es/pdf/cannabis_y_trastornos_de_personalidad.pdf
- Un porro a la semana aumenta el riesgo de esquizofrenia y depresión.* (n.f.). Obtenido el 11 de noviembre de 2011 desde http://www.elmundo.es/elmundosalud/2002/11/22/salud_personal/1037898709.html

Factores de riesgo familiares e inicio en el uso de drogas

Laura Meana García, Sergio Reno Chanca y Yosmayra I. Batista Checo
Universidad de Oviedo

La importancia de la familia es fundamental en el proceso de transición de la adolescencia a la adultez, puesto que la adolescencia es una etapa de vital riesgo, ya que se fundamenta en la búsqueda de identidad personal, autonomía y adquisición de competencias para insertarse en el mundo adulto. En esta situación la familia tiene el papel fundamental de guiar al adolescente para ayudarlo a superar exitosamente los conflictos que se le presentan. La familia tiene diversos métodos para potenciar factores protectores ante el consumo de drogas, tal como una buena comunicación con sus hijos, satisfacer sus necesidades pero instruirle en la disciplina, además la historia familiar en el consumo de drogas es un factor importante para determinar los factores de riesgo ante el consumo de drogas en el adolescente. Es importante para la sociedad prevenir el consumo de drogas y retardar tanto como sea posible el inicio de consumo.

Palabras Clave: adolescencia y consumo de drogas, familia y adolescencia, riesgos en la adolescencia.

The importance of the family is fundamental in the process of transition of the adolescence to the adulthood, since the adolescence is a stage of vital risk, since fundamental in the search of personal identity, autonomy and acquisition of competitions to be inserted in the adult world. In this situation the family has the fundamental paper of guiding the teenager to help him to overcome successfully the conflicts that appear him. The family has diverse methods to promote protective factors before the consumption of drugs, such as a good communication with his children, to satisfy his needs but instruct him in the discipline; In addition the familiar history in the consumption of drugs is an important factor to determine the factors of risk before the consumption of drugs in the teenager. It is important for the society to anticipate the consumption of drugs and to retard so much since the beginning of consumption is possible.

Keywords: Adolescence and consumption of drugs, family and adolescence, risks in the adolescence.

La adolescencia es un periodo de cambios tanto físicos como psicosociales, lo cual hace que sea una etapa de riesgo hasta que se adquieran y desarrollen las competencias cognitivas, afectiva y sociales, necesarias para llegar exitosamente a la adultez. Es una época de búsqueda de identidad, de modo que los adolescentes se van separando de sus padres y el grupo de iguales cobra el papel central de su socialización.

La transición de la adolescencia a la adultez no será exitosa sin un número sustancial de ajustes tanto psicológicos como sociales.

Esta etapa implica a los adolescentes verse afectados por distintas conductas que resultan ser de riesgo para la transición a la adultez. A esto se suma el hecho de que se sientan capaces de controlarlo todo.

Importancia de la familia en el consumo

Por todo lo anterior, la familia es fundamental para que el proceso de transición a la adultez sea favorable para el adolescente.

Laura Meana García
Facultad de Psicología – Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo s/n 33003 – Oviedo - Spain
E-mail: UO208934@uniovi.es
Teléfono: 676448866

Según Kandel, Treiman, Faust y Single (1976) el consumo de drogas suele originarse en la adolescencia, vinculado a la idea de experimentar conductas nuevas, la autoafirmación, desarrollo de relaciones íntimas y abandono familiar.

Entre los factores familiares implicados en el consumo de drogas, podemos diferenciar factores protectores y factores de riesgo.

Hawkins, señala como factores de riesgo en la familia la presencia de:

- Problemas en el manejo de la familia
- Expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas.
- Falta de control
- Disciplina inconsistente o dura
- Falta de relaciones fuertes y de cariño
- Conflictos matrimoniales
- Aprobación del uso del alcohol o de la droga
- Abuso del tabaco, el alcohol o de otras drogas por parte de los padres.

Hawkins establece que la familia protectora es aquella que:

- Desarrolla una relación muy fuerte con el niño(a).
- Valora y alienta la educación.
- Maneja el estrés eficazmente.
- Pasa el tiempo positivamente con los hijos.
- Usa un estilo de tratar a los hijos de una forma cálida y baja en la crítica.
- Es protectora y cariñosa.
- Tiene expectativas claras.
- Fomenta las relaciones de apoyo con los adultos afectivos.
- Comparten las responsabilidades de la familia.

La familia puede intervenir de muchas maneras en la prevención al consumo de drogas y también puede constituir un factor de riesgo para el adolescente. Vamos a centrarnos en aquellos factores familiares que consideramos de mayor importancia en el consumo de drogas:

Estilos educativos

Dependiendo del estilo educativo de la familia podemos encontrar familias que actuarían como factores de protección o como factores de riesgo ante el consumo de drogas por parte de sus hijos. Por un lado, familias que mantienen unas relaciones armoniosas y gratificantes entre sus miembros y con el exterior, que establecen límites adecuados además de regirse por valores y tener normas y pautas de funcionamiento claras contribuirían a crear factores de protección. Asimismo en estas familias se participa activamente en las tareas familiares y en actividades sociales, brindándose ayuda y apoyo y teniendo

confianza entre sí y en el exterior. Por el contrario, la excesiva permisividad, donde no exista disciplina o control sobre los hijos es un factor de primer orden que puede facilitar el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Ligado a esto encontramos factores como la sobreprotección o la falta o inconsistencia de límites y normas educativas. Pero el lado contrario a esto también es un factor de riesgo, ya que un estilo educativo excesivamente rígido, donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario puede fomentar el consumo de drogas, que las encontrarán como una vía de escape.

También se ha encontrado que “la inconsistencia en la aplicación de los principios del reforzamiento, la ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, la inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres, son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas” (Becoña, 2001, p.129).

Historia familiar

En cuanto a la historia familiar, destaca el consumo familiar donde se evidencia que el uso de alcohol por parte del padre es el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente (Campins, Gasch, Hereu, Rosselló, y Vaqué, 1996; Muñoz-Rivas, Graña López, 2001), mientras que, el uso de drogas médicas e ilegales aparece explicado por el consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre (Muñoz-Rivas, Graña López, 2001) hecho ya constatado por otros autores que señalan a esta variable como importante indicador pronóstico de una mayor implicación del hijo en el uso de tóxicos (Recio, Santos, Sánchez, Escamilla, Barahona, y Plaza, 1992). También es importante la historia familiar de conducta antisocial, la cual “se relaciona con más consumo de alcohol y tabaco, con alto consumo de alcohol, consumo de marihuana y drogas ilegales. Igualmente, a menor control familiar, mayor consumo elevado de alcohol; y a mayor conflicto familiar, mayor consumo elevado de tabaco” (Larrosa y Rodríguez-Arias, 2010, p.570).

Cohesión familiar

Muchos estudios resaltan la importancia de una fuerte cohesión familiar como método preventivo del uso de drogas. La importancia de las figuras paternas es crucial de cara a la enseñanza de valores y actitudes hacia las drogas evitando con unos buenos valores el inicio en éstas. Así, una baja cohesión familiar puede llevar frecuentemente a conflictos intrafamiliares, también a un bajo apego, y esto es un factor de riesgo como afirman Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (2002). Además es menos probable que los hijos de familias altamente cohesionadas reciban ofertas de tabaco y alcohol, prueben o consuman estas sustancias y se embriaguen o tengan intención de fumar o beber en un futuro (Muñoz-Rivas y Graña López, 2001).

Estatus familiar

Está demostrado en varios estudios que existe una relación entre la deprivación económica y social “Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde.” (Becoña, 2002, p. 215). Además el estatus socio-económico suele estar relacionado con el barrio, el cual es otro determinante, puesto que en lugares donde las tasas de vandalismo y crimen son altas se relacionan con problemas de drogas. No con esto se quiere decir que un estatus socio-económico medio/alto sea imposible el consumo de drogas, sino que esas privaciones correlacionan de manera más alta con el consumo.

Conclusiones

La adolescencia es un período de cambios profundos en el ser humano, lo cual hace que sea una etapa de la vida potencialmente de riesgo. La familia tiene una función muy importante a lo largo del ciclo vital, pero sobre todo en la adolescencia, momento en el que debe intensificar la comunicación con el adolescente, proporcionarle un contexto familiar protector. Es importante que la familia se involucre en las relaciones sociales que mantiene el adolescente, no se trata de protegerle bajo todas las circunstancias, pero sí de ayudarlo a elegir las mejores compañías, con quién le conviene relacionarse y con quién no. Es fundamental conocer la historia en relación a las drogas para determinar cómo implica al adolescente. Los estilos educativos de los padres y la comunicación entre ellos es un factor potencialmente influyente en el adolescente y el cauce que siga su transición a la adultez.

Por tanto, teniendo en cuenta todos los factores que pueden facilitar o dificultar la transición a la adultez, un programa de prevención familiar contra el consumo de droga debe tener como objetivo potenciar aquellos los factores de protección y reducir los factores de riesgo.

Promover un estilo educativo familiar basado en la democracia, donde reine la buena comunicación, la negociación y el cumplimiento de las normas, además de una buena cohesión familiar. Además potenciar que en la sociedad se participe en conjunto en este tipo de retos, proporcionando alternativas al consumo de drogas, así como actividades que involucren a toda la familia a compartir el tiempo de ocio.

Lo fundamental en este tipo de prevención es conseguir que el programa llegue a las familias más afectadas, lo que no suele ser así en la actualidad, ya que las familias que acuden a este tipo de programas suelen ser aquellas de menor riesgo.

Siendo esta la realidad, las investigaciones en prevención deberían dirigirse a buscar estrategias que atraigan a las familias a participar en este tipo de programas.

Aunque se han intentado muchas estrategias hasta hoy, tales como proporcionar incentivos, es decir, premiar a los asistentes (bonos de descuentos, vales de compra, etc.) o reducir las barreras: flexibilidad de horarios, de lugar, de desplazamientos, apoyar con campañas en los medios de comunicación, en los centros médicos, etc. Pero éstas parecen no ser suficientes para conseguir que la asistencia de las familias llegue al nivel deseado (Secades, 2011). En definitiva, es de mayor importancia, que haya una buena educación social, educando desde las primeras etapas escolares a los niños en buenos hábitos de vida y salud y promoviendo la fluidez en la comunicación. A la vez que hay que educar a los padres para que tengan recursos suficientes para saber cómo pedir, exigir y comunicar las decisiones a sus hijos, de manera que estas puedan ser bien acatadas por ellos.

Referencias

- Becoña, E. (2001) Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. (pp. 117-137). Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Becoña, E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Campins, M., Gasch, J., Hereu, P., Rosselló, J. y Vaqué, J. (1996). Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *Anales españoles de Pediatría*, 45(5), 475-478.
- López Larrosa, S. y Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010) Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 22 (4), 568-573.
- Ministerio del Interior, (1997) La Prevención de las drogodependencias en la familia. Plan Nacional sobre drogas, Madrid: Ministerio del Interior.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W. (2002). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population. *Evaluation review*, 26 (6), 575-601.
- Recio, J. L., Santos, C., Sanchez, M. A., Escamilla, J. P., Barahona, M. J. y Plaza, L. A. (1992). Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas. Madrid: Cruz Roja Española.

Secades, R. (2011). [Apuntes de psicología de las adicciones]. Universidad de Oviedo: Licenciatura de Psicología.

Ugarte, M. R. (2001) La familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso

de drogas en adolescentes. En A. Zavaleta (Ed.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud* (pp. 130-169). Lima: Cedro.

El juego patológico en los adolescentes

Amaia García Sagargazu, Cristina Montes Suárez, Inés Alcol González

Universidad de Oviedo

El juego patológico es uno de los graves problemas que existen en la actualidad en España. Los estudios demuestran que cada vez son más los jóvenes que adquieren este tipo de adicción, y hay numerosos factores de riesgo que habría que prevenir. Hoy en día el juego más adictivo es el de las máquinas tragaperras y el bingo ya que están asociadas a numerosas creencias erróneas. Es importante que los adolescentes cuenten con la ayuda familiar para resolver con éxito la adicción al juego, junto a recursos alternativos. Existen numerosas terapias siendo la más efectiva el programa multimodal. Es importante prevenir este tipo de adicción, ya que en la actualidad está tomando gran auge y provoca graves distorsiones cognitivas.

Palabras Clave: juego patológico, factor de riesgo, adicción, adolescentes, distorsión, evaluación, tratamiento.

Pathological gambling is one of the serious problems that currently exist in Spain. Studies show that more and more young people that purchase this type of addiction, and there are many risk factors that should be prevented. Today is the most addictive game of slot machines and bingo because they are linked to many erroneous beliefs. It is important that teens have family support to successfully solve the addiction to the game, along with alternative resources. There are many therapies being the most effective multimodal program. It is important to prevent this type of addiction, and currently are taking great height and causes serious cognitive distortions.

Keywords: pathological gambling, risk factor, addiction, adolescent, distortion, evaluation, treatment.

Los juegos de azar son actividades en las que se cobra una cantidad por participar (apuesta) y se asigna un premio a los participantes, mediante un mecanismo de azar, en el cual no interviene de forma significativa la habilidad de los participantes. El juego al azar es una conducta normal, que sin embargo, cuando concurren diversos factores biopsicosociales, puede desarrollar caracteres patológicos, con graves consecuencias para la persona y el entorno, impidiendo en la mayoría de los casos en que es así, el desarrollo de una vida normal. Este proceso conduce a una dependencia emocional del juego que es visto por el jugador, no como su principal fuente de problemas, sino por ejemplo, como la única solución a las dificultades económicas que le asedian y un refugio donde evadirse.

El reconocimiento “oficial” del Juego Patológico, no se produce hasta 1980, cuando la APA lo incluye en el DSM-III, en el apartado de trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. La cuarta versión del DSM (APA, 1995) mantienen que la característica esencial del juego patológico es “un

comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente” y se han de cumplir al menos cinco de los criterios propuestos, también mostramos la propuesta de Fisher para ajustar los criterios en niños de entre 11 y 16 años. Algunos autores han denominado al juego patológico “la adicción invisible”. A diferencia del alcohólico, el jugador patológico no tiene señales que le delaten, no sufre un deterioro de sus facultades que lo pongan en evidencia, no tienen que frecuentar barrios marginales ni lugares específicos para adquirir las sustancias que provocan su adicción, el juego está disponible en los lugares donde hacemos nuestra vida cotidiana. Además, la mayor parte de la población no es consciente de este trastorno salvo en casos extremos. Por ello, a los factores de riesgo habituales en cualquier adicción hay que añadir las posibles distorsiones cognitivas acerca del juego que tiene la población general y especialmente los adolescentes.

Prevalencia del juego patológico en adolescentes

En España se han realizado varios estudios de prevalencia del juego patológico en adultos. Becoña y Fuentes (1995) estimaron el porcentaje de jugadores patológicos mayores de 18 años, en el 1'5%. Todo parece indicar que la incidencia de este problema que estamos analizando es grave también en los jóvenes, y adolescentes. Datos de varios países indican que el juego patológico se inicia a edades muy tempranas. Por ejemplo, en el meta-análisis de Shaer y cols. (1996) sobre la prevalencia del juego patológico entre adolescentes las tasas encontradas, oscilaba entre el 4,4% y el 7,4%.

También en España se han realizado estudios parciales sobre el juego patológico en niños y adolescentes. Dos estudios en ciudades españolas (A Coruña y Gijón), con niños de 11 a 16 años, encontraron que la prevalencia de juego problema en máquinas tragaperras fue del 2% y 1,6% respectivamente. En el estudio de Becoña (1997) en A Coruña, se encontró además un 2,4% de probables jugadores patológicos. Arbinaga (2000), con estudiantes de 13 y más años de secundaria de Huelva, halló un 2,7% utilizando el SOGS. Datos similares ha encontrado Becoña. Por consiguiente el riesgo de juego en adolescentes es relativamente alto.

¿Por qué juega un jugador a pesar los problemas que le está acarreado esta actividad?

Además de los motivos que mantienen a cualquier adicto en sus conductas adictivas (craving condicionado, falta de habilidades sociales, síndrome de abstinencia,...), el jugador patológico juega porque tiene pensamientos erróneos o irracionales sobre el juego y la posibilidad de influir en sus resultados, aunque los juegos de azar, por definición, no son controlables ni predecibles. Los juegos de azar son situaciones complejas en las que se sesga la información para simplificarla, esto puede hacer que se llegue a tener pensamientos erróneos, como creer que se puede predecir o influir los resultados, o que realmente hoy es su día de suerte...

Analizando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, hemos encontrado una investigación que tiene como objetivo estudiar la presencia de errores cognitivos en adolescentes para en posteriores estudios poder predecir si ésta presencia influye en la posibilidad de ser en un futuro jugador patológico. El estudio se refiere a población general de adolescentes. Es decir, pretendemos detectar la presencia/ausencia de algunos sesgos cognitivos en relación con la percepción del juego por parte de los adolescentes en general. Como el pensamiento sigue pautas evolutivas queremos conocer si hay diferencias en cuanto a distorsión según las edades y nivel escolar de los sujetos.

En resumen, las cuatro áreas en que vamos a buscar posibles distorsiones son:

Concepto de Juego: El juego patológico no es una verdadera adicción, o ciertos juegos no lo son (solo otros) y no tiene tan malas consecuencias.

Aspectos definitorios: El que el juego sea patológico depende exclusivamente de la cantidad de dinero jugado, no importa la frecuencia, ni el control o ausencia de control, ni si se usa el juego para evadir problemas, ni cómo afecta el juego a la economía del jugador.

Género, edad y generación: La adicción es más o menos grave según la edad o el género del jugador y mentir a los padres para tapar el juego es un problema generacional, no de juego.

Creencia en la Suerte: Existe la suerte, se puede tener buena suerte, o bien el resultado del juego de azar depende de la habilidad del jugador. Con suerte se puede recuperar lo perdido.

Los datos nos muestran que las puntuaciones de la escala total, de las diferentes áreas, de los ciclos formativos y de ambos sexos son aproximadamente similares.

Puede observarse que con carácter general las puntuaciones más altas de incidencia aparecen en el primer ciclo de la ESO y las más bajas en Bachillerato. No hubo diferencias significativas entre chicos y chicas respecto al grado de distorsión. Por Áreas, se verifica la hipótesis de distorsión cognitiva en todas ellas: Presentan errores cognitivos en Concepto General, en Aspectos Definitorios, en Género/edad y en Suerte. Existen diferencias en cuanto a la gravedad de las distorsiones según la edad de los sujetos, pero solo entre los de Primer Ciclo de la ESO y el resto (Segundo Ciclo y Bachillerato) y solo en el conjunto de la escala y en el Área de Concepto General, no habiendo diferencias por ciclo formativo en las otras tres Áreas. Por último no hay diferencias entre sexos.

La primera interpretación de estos resultados es que los adolescentes muestran distorsiones cognitivas con respecto al juego patológico y esto en todas las áreas. Parece pues que este factor de riesgo está presente entre los adolescentes y debe ser tenido en cuenta en cualquier política de prevención de adicciones, que se quiera llevar a cabo. Aunque en todos los grupos de edad aparecen distorsiones, es cierto que estas parecen evolucionar, siendo mayores en los sujetos de menor edad (entre 12 y 14 años), si bien después siguen siendo significativas.

Consecuencias del juego patológico en la adolescencia

En cuanto al área personal la persona empieza a sentirse mal por todo el dinero gastado, intenta ocultar el problema y se aísla de los demás. Se siente incapaz de recuperar la vida que llevaba anteriormente. Es habitual que

se sienta ansioso, deprimido y con un pobre concepto de sí mismo.

Respecto al área escolar se puede llegar a situaciones bastante graves: empiezan los retrasos, el bajo rendimiento, el absentismo y con frecuencia pasan por situaciones disciplinarias hasta incluso llegar a la expulsión, es decir, conlleva al fracaso escolar.

En cuanto a la familia y las relaciones sociales es posible que al principio la familia intente ayudar a la persona con el problema, pero si ésta sigue negándose a reconocerlo es probable que cejen en sus intentos y los conflictos y discusiones aumenten. Se dan con frecuencia robos en la propia vivienda a sus progenitores de dinero y objetos de valor para venderlos y obtener dinero para seguir jugando. Va perdiendo paulatinamente las amistades a las que les ha pedido dinero y han sido engañadas. La persona se siente cada vez más aislada, sola y triste.

Y, por último, en relación con al área legal no es raro que estas personas lleguen al robo, a falsificar cheques o a otras conductas delictivas que no hacen más que complicar su ya delicada situación.

Factores de riesgo del juego patológico en la adolescencia

-Factores culturales y avances tecnológicos: La legalidad del juego ha dado lugar a un aumento del juego patológico. El aumento de casinos en las ciudades y la variedad de juegos arraigados en la propia cultura, así como el fomento del juego a través de los medios de comunicación masivos (televisión, radio o Internet, en este caso destacan los famosos casinos virtuales) fomentan el desarrollo de la ludopatía en los jóvenes.

-Factores genéticos: Se ha demostrado que el factor genético influye en la predisposición del sujeto a adquirir conductas adictivas. Pero este factor genético solo influye en un 50% y es mucho mayor en el inicio de la conducta. Cuando hablamos del inicio nos queremos referir a el hecho de que el mantenimiento de la conducta adictiva va a estar determinado no por lo genes sino por los factores ambientales que rodean al sujeto. Los genes tan solo predisponen, los factores ambientales son lo que determinan si la conducta va a continuar o no.

-Factores asociados a la personalidad: Hoy en día aún no se disponen de datos concluyentes acerca de la personalidad de los jugadores. No hay evidencia empírica ni teórica que permita caracterizar a éstos como grupo homogéneo. Sólo mencionar que los dos aspectos que más han llamado la atención en el estudio de la personalidad son el constructo de búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1979; Brown, 1993) y los trabajos sobre impulsividad (Castellani, Ruggle, 1995; Steel, Blaszczynski, 1996; Fernández, Echeburúa, Báez, 1999).

-Factores familiares: El juego de los padres influye en el de los hijos. Una parte de estos serán jugadores patológicos, constituyendo así la segunda generación de jugadores patológicos (Becoña, 1996). Este fenómeno da lugar a que los niños y adolescentes que juegan actualmente ya están en una parte importante de los casos influidos por el juego excesivo o el juego patológico de sus padres.

-Factores psicológicos: Es de gran relevancia la depresión y la sintomatología depresiva de los sujetos.

Kovacs, Freinberg y Crouse-Noval señalan que hay algunos niños y adolescentes que están clínicamente inclinados a padecer síntomas depresivos. Su mayor sensibilización, por los episodios de depresión, los hace cada vez más susceptibles a los eventos vitales negativos. El juego, unido a la depresión o a una sintomatología depresiva, puede servir como una estrategia de escape (mecanismo de afrontamiento). Pero, al mismo tiempo, al perder dinero y encontrarse sin posibilidad de acceso a más dinero, el mismo juego se convertiría en un evento negativo, cada vez más crónico conforme consigue dinero, juega y pierde el dinero. Esto llevaría a buscar dinero, pidiéndolo prestado, robándolo, etc., a implicarse más en el juego, descuidar el ir a clase o dar excusas para no ir, centrarse cada vez más en el juego y, finalmente, tener graves problemas de juego.

-Factores asociados a drogas y otras sustancias: La ejecución de conductas de juego suele realizarse en contextos donde las posibilidades de acceder a ciertos tipos de sustancias (alcohol, tabaco...) son altas y reforzadas. En España, se observa como el 25% de los jugadores patológicos consumen 100cc o más de alcohol frente al 5% de la población general que lo hace en ese nivel. Rodríguez Martos (1987) encuentra que el 15% de las personas diagnosticadas como alcohólicas muestran un doble diagnóstico de juego patológico. En grupos de menores y con relación al uso de tabaco, el 16,3% de los que decían consumir actualmente presentaban problemas con el juego y el 11% de los que reconocían beber (Arbinaga, 1996).

- Factor social: Desde la perspectiva del aprendizaje social, se ha logrado constatar que la exposición temprana al juego y valores familiares que se apoyen en símbolos materiales y financieros, son factores de riesgo significativos para convertirse en jugador patológico.

Obtención de recompensas que fortalecen la conducta por medio del juego. Los reforzadores pueden ser de varios tipos: monetarios, reforzadores primarios (bebidas, comida y otro tipo de reforzadores que se encuentran en los centros de apuestas) y el aumento del nivel de activación o arousal (desde el constructo de búsqueda de sensaciones).

Utilización del juego como vía de escape, de atontamiento, para evitar ciertos estímulos aversivos.

Evaluación del juego patológico en la adolescencia

La evaluación sobre el juego patológico en los adolescentes se puede realizar con diferentes instrumentos. En primer lugar, la Clasificación diagnóstica nos permite conocer a través del DSM IV los criterios que diagnostican que un adolescente efectivamente tiene una adicción al juego. Hay que aclarar, que el DSM-IV (APA, 1995) nos proporciona la definición del juego patológico en los adultos, pero Fisher (1992) ha propuesto una adaptación de estos criterios para su utilización con niños de entre 11 y 16 años. Pues bien, los criterios del DSM-IV-J (J=juvenil) son los siguientes: (1) Preocupación por el juego, (2) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado, (3) Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego, (4), Intranquilidad o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego, (5) El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o aliviar estados de ánimo negativos, (6) Después de perder dinero en el juego se vuelve otro día para intentar recuperarlo, (7) Se engaña a los miembros de la familia o a los amigos para ocultar el grado de implicación en el juego, (8) Se comenten actos ilegales/antisociales, como gastar el dinero de la comida, robar en casa o fuera para gastarlo en el juego, (9) Se riñe con la familia o con los amigos más próximos y se hace peligrar la educación por el juego y (10) Se confía en que los demás proporcionen dinero para aliviar la desesperada situación causada por el juego.

Los criterios 7, 8 y 9, son los que difieren de la versión adulta.

En segundo lugar, hablamos de los Cuestionarios y escalas de detección. Sirven para identificar, conocer y detectar la prevalencia, problemas y consecuencias derivadas del juego patológico. Se han elaborado numerosos instrumentos dirigidos a jóvenes y adolescentes para evaluar el factor de riesgo, pero no es suficiente para llegar a un diagnóstico claro. Por ejemplo, los instrumentos más destacados son: El *Cuestionario de Juego de South Oaks-Versión Revisada para Adolescentes* (South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent, SOGS- RA) de Winters, Stinchfiel y Fulkerson (1993); El *Cuestionario DSM-IV-J* de Fisher (1992); El *Cuestionario Breve de Juego Patológico* de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Baéz (1995) y por último destacar el cuestionario *¿Tienes un problema con el juego?* Adaptado por Secades y Villa.

En tercer lugar, las Medidas conductuales se refieren a las estrategias de evaluación que tienen el objetivo de determinar cuales son las características del juego patológico y que problemas asociados tienen. Tales medidas, se evalúan a través de cuestionarios y autoinformes, como pueden ser: El *Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego* de Echeburúa y Báez (1994a) que evalúa diferentes conductas del juego patológico: tiempo invertido, frecuencia de pensamientos sobre el juego, necesidad de jugar, etc.

En cuarto lugar, las Medidas de observación nos permiten evaluar la conducta de juego. Una estrategia para evaluar los pensamientos y características del hábito de jugar es a través de los autorregistros, ya que nos proporciona gran información relevante sobre la conducta de jugar.

Por último, la Evaluación de otros trastornos psicopatológicos es necesaria ya que con frecuencia el juego patológico está asociado con otros trastornos, por lo que es necesario evaluar también la ansiedad, depresión o consumo abusivo de alcohol.

Tratamiento del juego patológico en adolescentes

El tratamiento precoz del juego patológico puede prevenir que el problema aumente y afecte al desarrollo psicosocial. Son pocos los adolescentes que van a consulta pero todos presentan dos características comunes: la negación y la racionalización. Y esto, dificulta que los adolescentes pidan ayuda terapéutica. Los adolescentes tienen poca motivación para acudir a tratamiento, por tanto, la primera fase de tratamiento sería motivar al joven para iniciarlo. Existen muchas técnicas de tratamiento, destacan: Técnicas aversivas, Control de estímulos, Prevención de Recaídas y Programas multimodales con niños y adolescentes.

Las Técnicas aversivas fueron de las primeras estrategias utilizadas en el tratamiento del juego patológico. Consiste en asociar la conducta de juego con los efectos nocivos o desagradables que producen ciertos estímulos. La técnica más utilizada es la de pequeñas descargas eléctricas.

El Control de estímulos es una técnica fundamental en la primera fase del tratamiento, pero, la evitación como estrategia terapéutica no es la más adecuada. El control estimular se ha de ir atenuando gradualmente, de forma que el adolescente vaya logrando cada vez más autocontrol ante el juego, por ejemplo, aumentando poco a poco la cantidad de dinero que puede manejar.

La Prevención de recaídas es una fase muy importante en todos los problemas de dependencia, ya que obtiene buenos resultados a corto plazo, y es fundamental que los mantenga a largo plazo. Los programas de prevención de recaídas siguen el modelo de Marlatt y Gordon (1985) para pacientes alcohólicos. Mediante esta estrategia, se trata en primer lugar, de identificar cuales son las situaciones de alto riesgo en relación al juego. El paciente y otras personas significativas como padres, deben ser educados sobre los desencadenantes que podrían llevar a una recaída y que son muy peligrosos para el joven. En segundo lugar, hay que elaborar diferentes estrategias para afrontar en determinadas ocasiones particulares.

Un aspecto a tener en cuenta, es el afrontamiento de las caídas o episodios de juego aislados, ya que si no se

superan, la recaída es mayor. Para afrontar estos casos, es necesario entrenar al adolescente en pautas para afrontar ese tipo de situaciones complicadas para él.

Los Programas multimodales con niños y adolescentes se caracterizan por englobar varias técnicas con la finalidad de intervenir en los distintos aspectos relacionados con el juego patológico. El programa más avanzado es el *Programa de tratamiento para jóvenes y adolescentes* es el de Ladoceur, Boivert y Dumont (1994) que incluye cinco componentes: (1) Información sobre el juego: fase inicial donde se le informa al jugador de lo que es el juego de azar, (2) Intervención cognitiva: identificar y modificar pensamientos erróneos sobre el juego, (3) Entrenamiento en solución de problemas: se entrenan pautas para afrontar problemas asociados al juego, (4) Entrenamiento en habilidades sociales: desarrollar habilidades de interrelación con padres, amigos, etc. y (5) Prevención de recaídas: desarrollar habilidades para afrontar situaciones de riesgo.

Conclusiones

Se ha llegado a la conclusión de que el juego es utilizado por lo jóvenes como una forma de escapar de los problemas o aliviar sentimientos desagradables como la tristeza o la ansiedad. A veces se engaña a la familia, a los amigos o a otras personas cercanas para ocultar la forma como está jugando, pueden llegar a cometer actos ilegales como robos en las casa para financiar el juego, etc. Se arriesgan relaciones significativas como amigos o novios, se escapan de clase o gastan mucho tiempo en jugar, frecuentemente son vistos en centros comerciales jugando con maquinitas. El Juego atrae a niños, adolescentes y jóvenes de cualquier estrato social, económico, raza o religión. Los jóvenes que empiezan a jugar a edad temprana tienen más tendencia a presentar problemas con el juego en un futuro. El juego patológico en los adolescentes se ha convertido en una preocupación tanto para los padres como para educadores, médicos y profesionales de la salud.

El tener unos padres adictos, lo cual conlleva un gran riesgo de patología, a través de un aprendizaje social.

La cercanía a contextos determinados que pueden propiciar más fácilmente el acceso de los jóvenes a alcohol y otras drogas, desembocando todo ello en el juego patológico.

Y por último, el riesgo de depresión y demás trastornos psicológicos que hoy en día sufren muchos adolescentes dando lugar a la utilización del juego como vía de escape y afrontación de sus problemas.

Una manera de paliar los graves efectos del juego patológico sería creando un plan de prevención para reducir los factores de riesgo, los cuales son los precipitantes de la patología. Lo eficaz sería poner en marcha un plan de prevención para detectar los posibles riesgos existentes y así

poder impedir que la patología se desarrolle. El compromiso sería sensibilizar y promover a través de los medios convenientes, un juego responsable, advirtiendo a la sociedad sobre los efectos negativos del juego compulsivo. Se pretende lograr una sociedad saludable, tanto a nivel individual como a nivel familiar, proporcionando a la familia del posible ludópata la información necesaria y las soluciones existentes que estén a su alcance.

La evaluación del juego patológico en los adolescentes es fundamental para saber cuánto de grave es el trastorno.

Existen una serie de cuestionarios y medidas que nos ayudan a conocer de forma precoz el problema de la adicción al juego, aunque tiene el inconveniente de que no son muchos a día de hoy en cuanto a jóvenes.

Por otra parte, es necesario un tratamiento, y se puede llevar a cabo por múltiples terapias, aunque el más importante y que engloba a muchas de ellas es el Programa Multimodales con niños y adolescentes.

Junto a todo esto, es fundamental que el adolescente de el paso de querer cambiar, y es necesario que su entorno más próximo como la familia lo apoye y lo ayude para que aumente su motivación hacia el cambio.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Becoña, 1996; *El juego patológico de los padres*.
- Castellani y Rugle, 1995; Steel y Blaszczynski, 1996; Fernández, Echebarría y Baez, 1999; *Impulsividad*.
- Echeburúa, E. y Baéz. C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (ed.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. y Baéz. C. (1995). El cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP)
- Fisher, S. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in U.K. *Journal of Gambling Studies*, 8, 263-285
- Kovacs, Freinbers y Crouse-Noval; *Juego y depresión*.
- Ladoceur, R., Boisvert, J. M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-Behavioral treatment for adolescent pathological gamblers (Programa de tratamiento para jóvenes y adolescentes). *Behavior Modification*, 18, 230-242
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Addictive Behavior Change*. Nueva York: Guilford Press
- Rodríguez Martos, 1987; Arbinaga, 1996; *Doble diagnóstico: Juego patológico y alcohol*.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D. Fulkerson, J. (1993). *Toward the development of an adolescent*

gambling problem severity scale (El Cuestionario de Juego de South Oaks-Versión Revisada para Adolescentes)

Zuckerman, 1979; Brown, 1993; *Búsqueda de sensaciones.*

El fenómeno del botellón

Belén Álvarez, Alejandro Bascoy y Nerea Vallina

Universidad de Oviedo

En el presente documento se lleva a cabo una revisión de diversos artículos relacionados con el fenómeno del botellón, o lo que es lo mismo, la concentración de jóvenes y adolescentes en plazas y parques de las ciudades los fines de semana para consumir alcohol. Se resumen los principales datos obtenidos respecto a la definición del propio fenómeno, de los participantes, así como de las consecuencias percibidas derivadas de esta práctica, tanto a nivel social como sanitario. La práctica del botellón está asociada a la juventud; con el cambio de los hábitos de ocio en los jóvenes actuales, los cuales asocian las noches de los fines de semana con la diversión; al uso de los espacios públicos para realizarlo y es un claro ejemplo del uso recreativo de sustancias. El botellón se asocia con problemática social, lo que lleva a la implantación de programas de prevención y concienciación sobre el consumo de alcohol y otras sustancias. Haremos una revisión de estos métodos de prevención y las críticas que sobre ellos se han realizado.

Palabras Clave. botellón, jóvenes, alcohol.

This paper conducts a review of various items related to the phenomenon of the bottle, or whatever it is a concentration of youth and adolescents in squares and parks in the cities on weekends to consume alcohol. Are summarized main data obtained on the definition of the phenomenon itself, participants, as well as perceived consequences resulting from this practice, both socially and health. The practice of the bottle is associated with youth; with changing leisure habits in young people today, which associate nights weekends with fun; the use of public spaces to do and is a clear example of recreational use of substances. The problems associated with bottle social, leading to the implementation of prevention programs and awareness about alcohol and other substances. We will review these methods of prevention and the criticisms that on them have been made.

Keywords: botellón, jóvenes, alcohol.

Los jóvenes tienen múltiples formas de ocio en las noches del fin de semana, y una de las más extendidas es sin duda el botellón, tal práctica consiste en la agrupación masiva de jóvenes y adolescentes en lugares públicos de las ciudades, sobre todo en ciudades universitarias en las cuales ocupan plazas y parques. En estas concentraciones se produce un consumo abusivo de alcohol, siendo este el instrumento de diversión de tales jóvenes.

Este fenómeno es visto de diferente manera dependiendo del colectivo al que se le pregunte, por ejemplo en jóvenes el botellón es visto como “una reunión donde se bebe y se está con los amigos, aprovechando que el alcohol es más barato”, mientras que para los padres es una práctica donde se “consume alcohol, se molesta a los vecinos y se escucha música”. Por último, para los policías es más bien una práctica donde “se bebe con los amigos en lugares públicos,

causando molestias y aprovechando para consumir en mayor cantidad”.

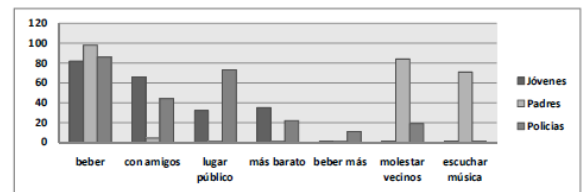


GRÁFICO 1. Términos usados en la definición de botellón.

Se podría decir que el botellón está más extendido en España que en otros países, como Alemania, Reino Unido y Argentina, y esto se debe a que en España el consumo de alcohol tiene una fuerte tradición social y

cultural en todas las edades, existiendo múltiples festejos como romerías o fiestas de pueblo, en el que el alcohol es protagonista.

El botellón empezó a conocerse en los años 80, los jóvenes que no disponían de mucho dinero para ir de bar en bar se reunían en parques o plazas públicas con sus litronas de cerveza y botellas de alcohol lo que era una alternativa más barata. Poco a poco este fenómeno se masificó y comenzó a ser un problema social. Pero los botellones, aunque no conocidos con este nombre siempre han existido, ya que en casi todas las fiestas patronales jóvenes y adultos se reunían en las plazas de los pueblos y consumían alcohol. Pero mientras fue un fenómeno aislado no era un problema, empieza a traer consecuencias cuando se convierte en un fenómeno masificado.

Consecuencias

Desde el punto de vista de la mayoría de jóvenes el botellón es una práctica donde reina la diversión, donde se acentúan las relaciones sociales y donde, en definitiva, se pasa bien. Si preguntamos a la mayoría de chavales que practican esta actividad de ocio juvenil, seguro que nos podrá decir muchas ventajas sobre el botellón. Sin embargo, analizando la situación de manera más profunda, podemos encontrar múltiples consecuencias negativas asociadas a la ya extendida práctica del botellón. Estos efectos pueden ir desde problemas sociales hasta de salud, pasando incluso por destrozos materiales del mobiliario urbano.

Una de las situaciones más comunes entre los "asistentes" al botellón son los problemas con los padres. Muchos adultos rechazan la idea de que sus hijos puedan ir de botellón, asociando este a consumo compulsivo de alcohol; y causando discusiones dentro del seno familiar. También surgen peleas con sus iguales, dejándose llevar por los efectos del alcohol, y es que alguno jóvenes reconocen haber tenido problemas con sus parejas o amigos a raíz del consumo de alcohol en un botellón.

Las molestias también pueden tener su foco en individuos o colectivos que poco o nada tienen que ver con la organización de dicho evento. Y es que una de las quejas más extendidas es la de los vecinos residentes en una zona cercana a la celebración del botellón, acusando a los jóvenes de ser escandalosos y de causar contaminación acústica y ambiental, causada por los desperdicios que estos no recogen.

Tampoco debemos olvidar que algunos jóvenes destrozan mobiliario urbano como consecuencia del consumo de alcohol, siendo esta una de las principales

razones por la cual la policía suele estar presente en los botellones.

A parte de las consecuencias sociales, también nos encontramos con muchos problemas en la salud, la práctica del botellón hace que el consumo de alcohol sea abusivo al ser este más barato que en una discoteca o pub.

Este mayor consumo aumenta el riesgo de que los sujetos asistentes al botellón sufran intoxicaciones etílicas. Además no debemos olvidarnos de los efectos a largo plazo, ya que el abuso de alcohol puede provocar enfermedades relacionadas con el hígado, como la cirrosis.

A pesar de que estas consecuencias negativas sobre la salud que provoca el botellón estas no se suelen tratar, ya que en la actualidad el botellón es considerado como un problema social.

Prevención

El fenómeno del botellón se ha convertido en una preocupación social en los últimos tiempos. A pesar de que su origen está en los años 80, sí es cierto que en los últimos años se ha registrado un fuerte aumento de esta práctica. Esto ha provocado que diversos agentes sociales se movilicen en busca de una solución al botellón o a los problemas que este causa. No solo la preocupación de los padres es el punto fuerte de los "enemigos" de esta práctica, sino que las instituciones también han puesto de su parte para paliar esta extendida práctica.

Medidas legislativas

En 2002 el ministro de interior propuso la conocida ley antibotellón, que prohibía beber en la calle y restringía el horario de venta y la promoción de alcohol. Esta ley tuvo muchas críticas y finalmente no se aprobó, aunque algunas comunidades autónomas como Madrid y Andalucía sí que decidieron restringir la venta de alcohol, y multar a las personas que consumiesen bebidas alcohólicas en la calle, las multas ascendían a 300 euros. Otras comunidades como Extremadura no prohibieron el botellón, pero sí que tomaron medidas como "La ley de convivencia y ocio" que restringía los lugares donde se podía consumir alcohol en la calle para evitar conflictos con los vecinos, esto lugares son los conocidos como "botellódromos".

Estas leyes han recibido varias críticas:

Como sabemos las medidas de tipo legislativo son necesarias, pero no suficientes. Tras la aprobación de la ley antibotellón en las comunidades autónomas el consumo abusivo de alcohol en la calle a disminuido, pero no se ha extinguido. Esto se debe a que aunque se

prohíba la venta de alcohol en horario nocturno, los jóvenes compran las bebidas alcohólicas por la tarde y lo ocultan hasta la noche, cuando van de botellón. Además sabemos que los jóvenes menores de edad piden a los mayores que les compren la bebida, aunque no es menos cierto que cuando la edad mínima para beber alcohol sube, el consumo disminuye.

También la Ley de convivencia y ocio tiene problemas, ya que los botellodromos suelen estar a las afueras de las ciudades para que no causen molestias, y a estos lugares es muy difícil acceder a pie por lo que muy pocos jóvenes son los que acuden a ellos.

Alternativas al consumo de alcohol

Además una posible solución al botellón es dar alternativas de ocio a los jóvenes, quienes se encuentran sin apenas posibilidades de diversión apartando el botellón. Las diversas instituciones son conscientes de ello y muchas han decidido proponer diversas actividades de suplanten esta práctica. Una de ellas es "Abierto hasta el amanecer", que propone múltiples alternativas de ocio, como talleres de cuero y practicar a deportes como fútbol... los organizadores de estos talleres hacen diferentes actividades en función de la edad de los asistentes. Estos programas se realizan en horario nocturno los fines de semana, aunque cada

Una de las mayores críticas que han recibido este tipo de alternativas es que en ocasiones no solo funciona como programa sustituto, sino también como complementario, es decir, hay jóvenes que aprovechan la posibilidad de acudir a este tipo de programas alternativos, para posteriormente acudir a los botellones.

Educación

La escuela, la familia y la comunidad son los elementos básicos sobre los que hay que asentar la prevención del consumo de alcohol. La concienciación y la sensibilización, debe realizarse activamente desde estos tres pilares para poder promover un cambio en los hábitos de consumo de la juventud, sobre todo a edades tempranas, ya que el inicio del consumo se produce cada vez antes. Es importante la educación en casa y en la escuela de los adolescentes, para que estos conozcan las consecuencias negativas derivadas del consumo.

Para lograr esto, es necesaria también la participación e implicación activa de los jóvenes, así como de los padres, que suelen relegar este papel a las autoridades. Existen cursos de concienciación del uso y abuso de alcohol impartidos por jóvenes que permiten

llevar la información a la población diana de una manera más cercana, al ser transmitida por personas de la misma edad, lo que aumenta la probabilidad de que sea información sea atendida, y puesta en marcha.

Conclusiones

A la vista de lo encontrado, está claro que el "botellón" es un fenómeno caracterizado por el consumo de alcohol, aunque también puede darse el consumo de otras drogas. La calificaríamos por tanto de una actividad no saludable, y que además de perjudicar a los propios consumidores, perjudica a su alrededor – bien infraestructuras o bien a otras personas-.

Las medidas tomadas hasta ahora no han parecido hacer efecto en la reducción del fenómeno, que es una de las actividades más usuales entre los jóvenes. Además, el éxito de otras medidas que pretendían ser sustitutivas de este fenómeno queda también en entredicho. Actividades como "Abierto hasta el amanecer" no parece que sean capaces de competir con el botellón.

Se podría argumentar que el botellón es un fenómeno "joven", y que la concienciación de sus efectos puede tardar aún algún tiempo en hacer efecto en las mentes de los que participan en este tipo de actividades.

Referencias

- Gimenez Vosta, J.A; Cortés Tomás, M.A; Espejo Tort, B. (2010); Consumo de alcohol juvenil: una visión de diferentes colectivos; Salud y drogas; vol.10 (01), 13-34.
- López Rey, P; Chaves, M.M; Lucio, P; Baigorri, A. (2003); El botellón como fenómeno global; *Biblid*, 24, 897-908.
- Gomez Fragueta, J.A; Fernández Pérez, N; Romero Triñanes, E; Luengo Martín, A. (2008); El botellón y el consumo de otras drogas en la juventud; *Psicothema*; vol.20(2002), 211-217.
- Red de planes sobre drogas de Chatilla y León; Documento de trabajo (2006); El fenómeno del botellón.
- Moral Jiménez M.V; Ovejero Bernal A; Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo; *Revista Colombiana de psicología* nº 014 (2005), 100-118
- Baigorri A; Chaves M; Botellón más que ruido, alcohol y drogas (La sociología en su papel); *Revista Andaluza de Ciencias Sociales* nº 6 (2006), 159-173.

Usos terapéuticos del cannabis

Laura Fabián del Valle, Carlota Martín Rodríguez, María Morán Canga y Jennifer Riesgo Mera
Universidad de Oviedo

A pesar de la consideración del cannabis como droga de abuso al relacionarla exclusivamente con su uso recreativo, recientes investigaciones y otras aun en curso, demuestran los efectos beneficiosos que los derivados de esta planta ejercen sobre diversas patologías. Desde un punto de vista científico, los cannabinoides tienen una utilidad clínica asociada a sus efectos antieméticos, orexígenos y analgésicos. También se están llevando a cabo diversos estudios para valorar su posible utilización en el tratamiento de la esclerosis múltiple, los trastornos del movimiento, los procesos proliferativos, la osteoporosis o el glaucoma, entre otros. Para evitar los efectos perjudiciales del Cannabis fumado se investigan otras formas de administración como la rectal, sublingual o transdérmica y se valora cual es más adecuada en cada caso. El hallazgo de un sistema cannabinoide en el cerebro humano ha potenciado la búsqueda de nuevos fármacos que actúen, por un lado, potenciando e inhibiendo los efectos de los cannabinoides endógenos, y por otro actuando como agonistas y antagonistas de los receptores cannabinoides. El objetivo de este trabajo sería hacer una revisión de las distintas propiedades terapéuticas del cannabis.

Palabras Clave. Cannabis, abuso de droga, usos terapéuticos, sistema cannabinoide, vías de administración

Even though cannabis is considered a toxic substance and drug of abuse in exclusive relation to its recreational use, recent investigations and others still in course, show the benefits derived from this plant in different types of pathologies. From a scientific point of view, cannabinoids are clinically useful in relation to their antiemetic, orexigenic and analgesic effects. Different studies are taking place in order to assess whether it's possible to use them to treat cases of multiple sclerosis, movement disorders, proliferative processes, osteoporosis or even glaucoma, among others.

In order to avoid the harmful effects of cannabis, other types of administration are being investigated, such as rectal, sublingual or transdermal, evaluating which of them is most appropriate in each case. Discovering a cannabinoid system in the human brain has stimulated the search of new medicines to, on the one hand, strengthen and restrain endogenous cannabinoids, and on the other, acting like agonists and antagonists of receptor cannabinoids. The objective of this work is a review of the different therapeutic properties of cannabis.

Keywords: cannabis, drug abuse, therapeutic uses, cannabinoid system, types of administration

La referencia más temprana de las implicaciones medicinales de la planta del cannabis data del año 3700 a.C. cuando en el antiguo imperio Chino lo empleaban para tratar diversos dolores.

Posteriormente fue introducida en Europa en el siglo XIII como anticonvulsivo, analgésico, ansiolítico y antiemético.

En el siglo XX su uso fue decayendo tras la aparición de fármacos sintéticos alternativos y por la presión política y social por su uso lúdico.

En los últimos años se ha reavivado el debate sobre su utilización terapéutica, debido en gran parte por la presión de los pacientes. La controversia sobre su

posible uso terapéutico se debe sobretudo a dos cuestiones, a que en la mayoría de las legislaciones es considerada una droga de abuso, presuponiendo entonces un peligro y el contar con un gran número de fármacos, haciendo creer a la población la innecesaria utilización de la planta del cannabis.

En el año 2002 se aprobó y regularizó su uso en Canadá y Holanda, donde los sujetos pueden acceder a él en las farmacias con una receta médica. En Italia, los pacientes que necesiten su uso con fines terapéuticos se les autoriza a cultivar la planta según sus necesidades. En otros países europeos (Portugal, Alemania, Bélgica

y Suiza) se han presentado propuestas a sus respectivos gobiernos para despenalizar su uso.

No nos encontramos ante una sola sustancia, sino ante diferentes componentes, por tanto el objetivo no es la utilización de la planta Cannabis Sativa como tal, sino de sus diferentes componentes. La planta del Cannabis sativa contiene más de 400 sustancias, de las cuales 60 tienen una estructura cannabinoide similar a su principio activo más importante, el THC. El THC produce la mayoría de las acciones psicoactivas y efectos terapéuticos que se atribuyen a esta planta como los efectos antieméticos, analgésicos, sedantes y estimulante del apetito.

El THC y el Δ8THC son los cannabinoides con más efecto psicoactivo de la planta. El primero es mucho más abundante que el segundo y también más potente.

Los cannabinoides actúan a nivel del sistema nervioso central, sobre los receptores endocannabinoides cerebrales CB1 y los CB2 en el sistema inmunológico.

Los receptores CB1, relacionados con la regulación del dolor, estado de ánimo, apetito o memoria, están situados en los ganglios basales, hipocampo y cerebelo.

Los cannabinoides ejercen su función sobre muchos neurotransmisores y neuromoduladores.

La farmacocinética del THC depende de la vía de administración. Por inhalación de humo (en cigarrillos, pipas de agua o vaporizadores), la absorción es rápida y la cantidad absorbida depende de la manera como se fume (profundidad de las inspiraciones y duración de la retención del humo en los pulmones); los efectos se inician en pocos minutos y son completos antes de media hora. Por vía oral, la biodisponibilidad del THC es de un 10-25%, debido a que es destruido parcialmente por el jugo gástrico y a que está sometido a metabolización hepática de primer paso; los efectos se inician entre 30 min. y 2 h después de su ingestión y duran de 2 a 6 h. Las concentraciones plasmáticas de THC que se alcanzan tras la administración por vía oral pueden resultar modificadas por la presencia de alimentos, sobre todo lípidos, los cuales aumentarían su biodisponibilidad.

Por vía rectal el THC se ha administrado en forma de hemisuccinato. El hemisuccinato se hidroliza gradualmente a THC y permite intervalos de administración de 24 h. Se ha planteado que sería una buena vía de administración para pacientes con náuseas y vómitos secundarios al tratamiento citostático. Por vía sublingual se ha administrado en forma de aerosol y de comprimidos de extractos estandarizados de Cannabis con diferentes razones de THC/CBD. La ventaja de los extractos es que contienen una cantidad

conocida y constante de distintos cannabinoides además del

THC, lo que les puede conferir algún efecto terapéutico adicional. Las vías de administración inhalada en aerosol, rectal, sublingual o transdérmica asegurarían una absorción completa y rápida que no se consigue por la vía oral y evitarían los efectos perjudiciales del humo propios del Cannabis fumado (Durán, Laporte y Capellá 2004).

Efectos farmacológicos del Cannabis y del Δ9tetrahidrocannabinol	
Efectos neuropsiquiátricos	Euforia, disforia, relajación, ansiedad, despersonalización, aumento de la percepción sensorial, alucinaciones, alteración de la percepción del tiempo, psicosis, fragmentación del pensamiento, aumento de la creatividad, alteración de la memoria a corto plazo, ataxia, deterioro o lentitud en la coordinación motora
Sistema nervioso central	Analgesia, relajación muscular, estimulación del apetito, efecto antiemético, descenso de la temperatura corporal.
Sistema cardiovascular	Taquicardia, aumento del gasto cardíaco y de la demanda de oxígeno, vasodilatación, hipotensión ortostática, inhibición de la agregación plaquetaria
Ojo	Inyección conjuntival, disminución de la presión intraocular
Sistema respiratorio	Broncodilatación
Tracto gastrointestinal	Sequedad de la boca, reducción del peristaltismo intestinal y retraso del vaciado gástrico
Sistema endocrino	Disminución de las concentraciones plasmáticas de LH, FSH, TSP, PL, GH, alteración del metabolismo de la glucosa, reducción del número y motilidad de espermatozoides
Sistema inmunitario	Efecto inmunomodulador y antiinflamatorio
Material genético	Actividad antineoplástica, inhibición de la síntesis de ADN, ARN y proteínas

Algunas propiedades terapéuticas del cannabis en diversas enfermedades o trastornos.

Muchas enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple, parálisis cerebral y lesiones de la médula espinal, entre otras, presentan entre sus síntomas, la espasticidad muscular con dolor y calambres musculares, así como otras alteraciones neuromusculares, como puede ser la debilidad muscular, temblor, distonía, movimientos anormales, ataxia o alteraciones neurovegetativas (pérdida del control de la vejiga urinaria o del intestino). Para tratar dichos síntomas, existen una serie de terapias farmacológicas paliativas, aunque bien es cierto, que en la mayoría de los casos no producen resultados satisfactorios. Los principales fármacos eficaces sobre los procesos de espasticidad muscular son: Diacepam y otras benzodiazepinas (clonacepam, etc.) que por su mecanismo de acción gabamimético, al aumentar la acción del GABA, neurotransmisor inhibidor, sobre diversas estructuras del sistema nervioso central, producen relajación muscular a nivel supraespinal. Las reacciones adversas por benzodiazepinas son frecuentes, pudiendo aparecer somnolencia, confusión, ataxia, amnesia y, en ocasiones y especialmente en ancianos, reacciones paradójicas de excitación nerviosa. Asimismo y, sobretodo en tratamientos largos (más de 4 meses), puede manifestarse una dependencia con síndrome de abstinencia al suspender el tratamiento, especialmente si se trata de benzodiazepinas de acción corta. El Baclofén, derivado del GABA, además de acciones gabamiméticas por estímulo de receptores GABA-B, disminuye la liberación de neurotransmisores excitadores (como el glutamato y el aspartato), en las terminaciones presinápticas, deprimiendo la excitación mono y polisináptica de las motoneuronas e interneuronas, reduciendo la espasticidad muscular, principalmente la de origen espinal, pudiendo desarrollar tolerancia al efecto relajante muscular y al suspender su administración, producirse un efecto rebote, con aumento de la espasticidad muscular. Entre sus principales reacciones adversas se incluyen: sedación, somnolencia y náuseas como más frecuentes; también puede ocasionar hipotonía muscular, debilidad, vértigo, confusión, cefaleas e insomnio. El Dantroleno es un inhibidor de la liberación de calcio del retículo sarcoplásmico en el músculo, por lo que reduce la espasticidad muscular. Sus reacciones adversas más importantes son: diarrea, náuseas, somnolencia y debilidad muscular, la cual puede llegar a incapacitar al paciente para caminar. Por otro lado, se han descrito reacciones idiosincráticas de toxicidad hepática en mujeres mayores de 35 años que toman estrógenos, que tienden aparecer alrededor de los 45 días después de haber iniciado el tratamiento.

Por ello, es necesario monitorizar la función hepática durante el tratamiento y debe administrarse con precaución en pacientes que tienen alterada la función cardíaca o pulmonar. En cuanto a las alteraciones neurovegetativas que acompañan a estos procesos, como la disfunción de la vejiga urinaria, son útiles los fármacos anticolinérgicos (propantelina, flavoxato, etc.) para reducir la frecuencia de la micción, aumentando la capacidad de la vejiga y disminuyendo las contracciones del músculo detrusor; sus reacciones adversas son las típicas del bloqueo de los receptores muscarínicos: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento y dificultad para la micción. Cuando existe hipotonía vesical y se trata de mejorar el vaciamiento de la vejiga aumentando las contracciones del músculo detrusor están indicados los fármacos colinérgicos (carbacol, betanecol, prostigmina, etc.) siendo sus reacciones adversas las típicas de un estímulo colinérgico generalizado: salivación, náuseas, vómitos, visión borrosa, cólicos intestinales y bradicardia (Lorenzo P. y Leza J.C., 2000).

Tanto en la esclerosis múltiple de larga evolución como en las lesiones de la médula espinal, casi siempre existe disfunción de la vejiga. La terapéutica farmacológica actual no es muy eficaz, por lo que resulta de gran interés el estudio de nuevos fármacos. Para el alivio de los síndromes dolorosos que acompañan frecuentemente a los procesos espásticos se han utilizado carbamacepina, fenitoína, clonacepan, antidepresivos tricíclicos, AINEs y también analgésicos opiáceos, aunque los resultados no siempre son satisfactorios, especialmente en el dolor crónico y nocturno de las lesiones medulares y de la esclerosis múltiple (Consroe y Sandyk, 1992).

Esclerosis múltiple

Existen muchos informes, algunos de ellos de divulgación científica y otros basados en ensayos clínicos controlados, que sugieren que el Cannabis bien por inhalación (fumado) o con la administración oral de dronabinol puede aliviar síntomas en pacientes con esclerosis múltiple, en los que otros fármacos habían fracasado, si bien los resultados de los ensayos clínicos no siempre son concluyentes, siendo además reducido el número de pacientes utilizado. En la mayoría de los casos se manifestó una mejoría subjetiva, aunque los signos objetivos de la enfermedad, tales como la debilidad muscular, espasticidad, coordinación, temblor, ataxia, reflejos, etc. no siempre experimentan una mejoría. En algunos ensayos con Cannabis fumado se obtuvo mejoría objetiva del control postural y el equilibrio (Grinspoon y Bakalar, 1993; James, 1993; Ferriman, 1993). En un ensayo clínico con nabilona (1 mg cada dos días) en dos periodos de cuatro semanas,

ésta produjo en un caso una significativa mejoría del estado general, de los espasmos musculares y de la frecuencia de la nicturia, respecto al grupo placebo (Martyn et al. 1995).

Una encuesta llevada a cabo por Consroe, en 1996, en pacientes de esclerosis múltiple del Reino Unido y de USA, el 50% de los encuestados (112 pacientes) manifestaron que consumían Cannabis para mejorar el dolor y los espasmos musculares, especialmente nocturnos, el temblor, la depresión, la ansiedad, las parestesias, la debilidad muscular, el equilibrio, la constipación y la pérdida de memoria (Consroe et al. 1996)

Lesiones de la médula espinal

En las lesiones de la médula espinal, los síntomas son, con frecuencia, análogos a los observados en la esclerosis múltiple. Éstos, serían: dolores musculares espásticos, espasticidad muscular y alteraciones del control de la vejiga urinaria. Existen datos que sugieren una mejoría de los síntomas en estos pacientes, tales como espasticidad y dolor muscular, cefaleas, dolor de miembro fantasma, etc., cuando son tratados con Cannabis o el cannabinoide dronabinol. En algún ensayo clínico controlado, el dronabinol se mostró igual de eficaz que la codeína como analgésico, y ambos fármacos más eficaces que el placebo (Maurer et al. 1990).

Trastornos del movimiento

Existen, resultados de algunos ensayos clínicos con el cannabinoide no psicoactivo cannabidiol, en enfermos de Parkinson que demuestran una mejoría, entre el 20 y el 50% de los casos, de la distonía, pero no del temblor o la acinesia, que incluso puede llegar a agravarse en algunos casos. Según otras investigaciones, el cannabidiol, tampoco se muestra eficaz en los trastornos del movimiento de la enfermedad de Huntington (Consroe y Snider, 1986; Consroe et al. 1991). En pacientes con Síndrome de Tourette, se observó mejoría de los tics, al fumar Cannabis, aunque quizás fue debido a un efecto ansiolítico más que a un efecto antidiscinético (Sandyk y Awerbuch, 1988). Tampoco fumar marihuana demostró efectos beneficiosos en pacientes con síndromes extrapiramidales, como el Parkinson y la discinesia tardía, ocasionados por neurolepticos en enfermos esquizofrénicos; asimismo, se ha demostrado en enfermos esquizofrénicos fumadores de marihuana un agravamiento de los síntomas psicóticos con recaídas más precoces y frecuentes (Biezenek, 1994; Cantwell y Harrison, 1996).

Por otra parte, hay que señalar que el Cannabis y los cannabinoides son capaces de desencadenar por sí mismos, los trastornos neurológicos que se pretenden aliviar con su administración. Así, la administración de

Cannabis, dronabinol, nabilona y otros cannabinoides en sujetos normales, producen frecuentemente ataxia, incoordinación motora, temblor y debilidad muscular y, a dosis elevadas, espasmos mioclónicos. Igualmente, ocasionan retardo en el tiempo de reacción, alteraciones de la función psicomotora y de los reflejos extensores (Consroe y Snider, 1986; Consroe y Sandyk, 1992).
Cáncer.

Cannabis como fármaco antiemético.

Las náuseas y vómitos son las principales características de los tratamientos citotóxicos, alcanzo el 80% de los casos. Actualmente se han venido utilizando antagonistas serotoninérgicos, como el ondansetrón, con corticoides como la dexametasona, esto puede generar efectos secundarios como cefaleas o diarrea en un tercio de los casos, y sin llegar a controlar ni los vómitos anticipatorios ni los diferidos, además de su alto coste económico.

Por esto, en oncología, el cannabis sería de gran utilidad para tratar estos efectos adversos de la terapia antitumoral con antineoplásicos (náuseas y vómitos).

En EEUU aun estando comercializado el dronabinol, muchos autores señalan las importantes diferencias de acción terapéutica del cannabis frente a este. En una encuesta realizada en 1994 a oncólogos estadounidenses, el 44% admitieron haber sugerido a sus pacientes el consumo de cannabis para paliar los efectos adversos de la quimioterapia por ser más efectivo que el dronabinol.

El cannabidiol ha mostrado eficacia antiemética en modelos experimentales de náusea en animales. Además, la administración simultánea de THC, cannabidiol y medicamentos antieméticos ha mejorado significativamente la respuesta antinauseosa en pacientes oncológicos.

Cannabis como analgésico.

Se considera analgésico ya que interacciona con el sistema opioide endógeno y muestra una mejoría sintomática en el 80 % de los casos con el uso de cannábicos. "Noyes y Cols (1976) hallaron cambios significativos en el dolor de pacientes cancerosos tras administrar delta-9-THC comparado con placebo." (Interés terapéutico del cannabis).

En pacientes con cáncer, es frecuente el uso de opiáceos para el tratamiento de dolor, pero un uso continuado de estos produce tolerancia y con ello la necesidad de aumentar las dosis para obtener los mismos niveles de analgesia. Esto deriva en efectos adversos nocivos, tanto, que incluso la vida del paciente estaría en peligro. Por ello se ha pensado en la utilización del cannabis y sus derivados para el tratamiento del dolor.

En varios estudios se ha encontrado que el uso de cannabinoides para el tratamiento del dolor canceroso

es poco satisfactorio en cuanto a que una dosis de THC es equivalente a 60 mg. de codeína, por lo que la dosis debería ser mayor, y es aquí donde encontraríamos el problema ya que aumentar la dosis puede dar lugar a efectos adversos. Sin embargo, en esta similitud en los problemas de aumentar la dosis tanto en opiáceos como en cannabinoides, puede estar la solución ya que los opiáceos y los cannabinoides presentan efectos farmacológicos comunes. Ambos bloquean la liberación de neurotransmisores implicados en la transmisión del dolor, tanto en el cerebro como a nivel medular. Por ello se vio que el THC potenciaba los efectos analgésicos de diversos opiáceos, al igual que parte del efecto analgésico ejercido por el THC está modulado por receptores opiáceos, por lo que podríamos hablar de una conexión entre ambos sistemas en la modulación de la percepción del dolor. Esto queda demostrado también en el hecho de que los opiáceos también son capaces de potenciar el efecto analgésico del THC. El beneficio que se obtiene de todo esto, no es solo la potenciación del efecto analgésico por la conexión de ambos sistemas, si no porque el efecto persiste con la administración crónica de los mimos. Todo esto viene a indicar, que un tratamiento con una dosis baja de opiáceos combinada con una dosis baja de cannabinoides permitiría tratar el dolor canceroso de una manera más efectiva y además eliminaría los posibles efectos secundarios adversos que pueden poner en peligro la vida del paciente. **Apetito.**

Se ha visto que el consumo de cannabis potencia o incrementa el apetito y por tanto el aumento de peso en pacientes con cáncer avanzado.

Antitumoral.

Diversos cannabinoides ha mostrado efectos antiproliferativos en células tumorales en cultivo. Esto se ha visto en modelos animales, donde la administración de diversos cannabinoides ha frenado el crecimiento de varios tipos de tumores.

En un ensayo clínico realizado a pacientes con glioblastoma multiforme, mostró en la fase I, una disminución de la proliferación de las células neoplásicas.

Medicamentos.

Se han comercializado algunos medicamentos derivados de compuestos del cannabis, tales como el Cesamet®, análogo sintético del THC, autorizado en 1981 y aprobado por la FDA estadounidense en 1985 para el tratamiento de las náuseas y los vómitos secundarios a la quimioterapia. Desde 2001 se puede obtener en España a través de Servicios de Farmacia Hospitalarios.

En 1985, el THC, comercializado como dronabinol (Marinol®) en Canadá y EEUU para el

tratamiento de náuseas y vómitos generados por la quimioterapia antineoplásica. Este medicamento aun no se puede obtener en España.

Actualmente, se ha comercializado el Sativex®, una mezcla de THC y cannabidiol. Aprobado en Canadá en 2005 para el tratamiento de la espasticidad de la esclerosis, y que está siendo actualmente recetado para el tratamiento del dolor canceroso. En España, la comercialización fue aprobada en 2010 exclusivamente como tratamiento adicional para la esclerosis múltiple. **-Ensayo clínico de comparación de fármacos derivados del cannabis y el THC.**

En un estudio clínico realizado en Reino Unido y Rumania, evaluó la eficacia de un extracto del cannabis de THC: CBC (Sativex®) y uno de THC en el tratamiento de 177 pacientes con dolor neoplásico no controlado a pesar de la ingesta de opiáceos. [Jonson et al. J.Pain Symptom Manage,2010]

Los resultados indicaron según la escala de medición del dolor Numerical Rating Scale (NRS) que el Sativex® mostraba una mejoría del dolor en comparación con el placebo estadísticamente significativa (-1,37 frente a -0,69) mientras que la producida por el extracto de THC no fue estadísticamente significativa (-1,01).

Y los resultados según la escala Brief Pain Inventory-Short Form, hubo una mejoría estadísticamente significativa del dolor con el THC en comparación con el placebo mientras que la observada con el Sativex no fue significativa. (Los cannabinoides en el dolor por cáncer. Franjo Grothehermen.)

Glaucoma.

Una de las principales causas de ceguera se debe a glaucomas que es una neuropatía degenerativa asociada a una muerte gradual de las células ganglionares de la retina lo cual favorece un aumento de la presión intraocular.

El proceso de neurodegeneración ocurre por un daño axonal primario que lleva a la muerte de la neurona dañada y posteriormente de las neuronas adyacentes por la exposición a los agentes citotóxicos liberados por la muerte de las neuronas con daño, es decir mueren por degeneración secundaria.

En la actualidad la presión intraocular es considerada el principal factor del riesgo para el desarrollo de glaucoma, basándose en esto los principales fármacos que están puestos a la venta. Sin embargo, no todos los pacientes con presión intraocular elevada desarrollan glaucoma, ni la disminución de esta asegura la protección.

Los principales receptores a nivel ocular son los CB1, que disminuyen la producción del humor acuoso. Se confirmó que el principal ingrediente activo del cannabis era el D9-THC.

Uno de los efectos que produce el consumo de cannabinoides es de neuroprotección centrándose en las neuronas susceptibles de producir degeneración secundaria. Otro es el efecto protector contra el estrés oxidativo en células neuronales.

A pesar de los efectos beneficiosos, el cannabis también puede producir efectos indeseados como es una contracción del músculo ciliar mantenida, lo cual se relaciona con una disminución del rango de acomodación y opacidades corneales.

Otros usos

El sistema endocannabide (SEC) participa en la regulación de la conducta alimentaria y del peso corporal, forma parte de una compleja serie de señales periféricas y centrales, orexígenas y anorexígenas. Sabemos que el cannabis tiene influencia farmacológica y fisiológica a través de la activación de receptores, uno de ellos es el CB1. Este receptor se encuentra en las vías de la recompensa cerebral por tanto los cannabinoides ejercen efectos reforzantes sobre la ingesta. Los consumidores de cannabis describen un incremento pertinaz del apetito, incluso si están saciados previamente, con mayor apetencia por los dulces (Ruiz 2005).

Las investigaciones recientes indican que el cannabis puede ser una eficaz herramienta que aumente el apetito y ayude a mantener el peso en enfermedades como la anorexia-caquexia nerviosa, cáncer avanzado y SIDA.

Por el contrario, el bloqueo de los receptores cannabinoides CB1 está siendo investigado en la actualidad como una posible estrategia en la prevención de la obesidad y en el tratamiento de la adicción a diversas drogas de abuso. Los estudios indican que ayuda en la deshabituación de la cocaína y disminuye las propiedades reforzantes de la heroína. (F.Callado).

El SIDA también provoca vómitos y náuseas. Los fármacos antieméticos de los que disponemos en la actualidad son eficaces pero no son capaces de prevenir o atajar la aparición de los vómitos en todas las situaciones y no actúan sobre las náuseas. Los ensayos clínicos realizados hasta el momento han demostrado que los cannabinoides presentan una eficacia ligeramente superior que los antieméticos clásicos, y eficacia antinauseosa en modelos animales. Una fórmula eficaz parece ser la administración simultánea de THC y cannabidiol, unido al antiemético habitual (F.Callado).

La activación de los receptores CB1 produce un efecto antitusígeno, administrado en aerosol produciría un efecto broncodilatador en pacientes asmáticos.

El THC, el CBD y un cannabinoide sintético sin efecto psicoactivo llamado dexamaniol tienen efecto y

bloquean el receptor NMDA. Se investiga su uso en el traumatismo craneoencefálico y en el ictus (Durán, Laporte y Capellá 2004)

Se han atribuido al Cannabis y cannabinoides efectos antidepresivos, ansiolíticos, sedantes, hipnóticos y eficacia en el tratamiento del Síndrome de abstinencia al alcohol y a los opiáceos. Existe algún ensayo clínico controlado que parece demostrar un efecto ansiolítico con nabilona, efectos hipnóticos con cannabidiol, efectos antidepresivos en pacientes cancerosos con dronabinol y efectos beneficiosos en pacientes con enfermedad bipolar (Lorenzo y Leza 2000).

Conclusiones

En cuanto al SIDA, cáncer avanzado y caquexia nerviosa, las investigaciones actuales tienen como objetivo el mantenimiento del peso adquirido, ya que los efectos de los derivados del cannabis es transitorio y estos pacientes vuelven a adelgazar de manera extrema.

Se está llevando a cabo diversos estudios para aprovechar los efectos del cannabis en sentido opuesto, como forma de prevenir y tratar la obesidad

Los datos obtenidos avalan la eficacia de los cannabinoides para atajar los vómitos y aminorar las náuseas. Sobre estas últimas los fármacos antieméticos clásicos no resultaban eficaces.

El tratamiento del dolor en el cáncer ha puesto de manifiesto que una dosis baja de opiáceos combinada con una dosis baja de cannabinoides permitiría tratar el dolor de una manera más efectiva, además de eliminar los efectos secundarios que causa la ingesta continuada y cada vez mayor de opiáceos.

Aunque ha habido grandes hallazgos sobre el efecto beneficioso de los derivados del cannabis como hipotensores oculares y su efecto neuroprotector se necesitarían más ensayos clínicos para valorar su aplicabilidad.

Se ha estudiado el efecto del cannabis sobre la proliferación de células tumorales, encontrando en algunos ensayos que podría contrarrestar este efecto actuando como antiproliferativo, lo cual nos puede indicar una buena línea de investigación acerca de estas propiedades de los diversos cannabinoides.

Los efectos terapéuticos del cannabis van muy ligados a la dosis y vías de administración. Cada trastorno lleva asociado la forma de administración que resulta más adecuada. Las más perjudicial es el cannabis fumado, que por otro lado es la forma más popular dentro del consumo recreativo.

Los efectos beneficiosos del Cannabis o los cannabinoides sobre los trastornos neurológicos de la esclerosis múltiple, las lesiones medulares o los trastornos del movimiento, se basan en los resultados obtenidos en un reducido número de pacientes y, en

ocasiones, incluso en uno sólo. La investigación correcta requiere ensayos clínicos controlados, con un mayor número de pacientes y con una evaluación precisa de los resultados, teniendo en cuenta que si bien algunos cannabinoides pueden producir efectos beneficiosos en algunos pacientes, también pueden agravarlos en otros. Otra limitación a considerar en los tratamientos crónicos con cannabinoides es el desarrollo de tolerancia farmacológica. Por ello, es necesario investigar los efectos a largo plazo, con distintas dosis, así como los efectos adversos por el uso crónico. Los ensayos clínicos controlados llevados a cabo hasta ahora son, en su mayoría, estudios a corto plazo, y ya que se trata de enfermedades crónicas progresivas, como es el caso de la esclerosis múltiple, requieren un tratamiento de por vida. Es de gran importancia tener en cuenta la vía de administración de los cannabinoides. En principio, la vía inhalatoria (fumar Cannabis) es rechazable debido a los compuestos tóxicos del humo, mientras que la administración oral da lugar en muchos preparados a una absorción lenta e irregular, por lo que se hace necesaria la investigación en este ámbito. Con estas condiciones, se podría afrontar el estudio de la posible utilidad terapéutica de los cannabinoides en aquellas enfermedades neurológicas, no satisfactoriamente controladas con la terapéutica farmacológica convencional.

Referencias

- Biezenek A. (1994). "Pot eased my daughter's pain". BMA News Review.
- Callado, L. F. (2011). Cuestiones de interés en torno a los usos terapéuticos del cannabis.
- Cantwell R., Harrison G. (1996). "Substance misuse in the severely mentally ill". Adv Psych Treat, 2: 117-124.
- Consroe P., Laguna J., Allender J., Snider S., Stern L., Sandyk R., Kennedy K., Schram K. (1991), "Controlled clinical trial of cannabidiol in Huntington's Disease". PharmacolBiochemBehavior, 40: 701-708.
- Consroe P., Musty R., Tillery W., Pertweerg. (1996). "The perceived effects of cannabis smoking in patients with multiple sclerosis". Proceedings of the International Cannabinoid Research Society.
- Consroe P., Sandyk R. (1992). "Potential role of cannabinoids for therapy of neurological disorders. In: Marijuana/Cannabinoids. Neurobiology and Neurophysiology (eds Murphy L, Bartke a) pp 459-524, Boca Raton: CRC Press
- Consroe P., Snider R. (1986). "Therapeutic potential of cannabinoids in neurological disorders. In: Cannabinoids as Therapeutic Agents (ed R Mechoulam), Boca Raton: CRC Press, pp 21-49.
- Departamento de Farmacología (UP/EHU) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
- Durán M., Laporte J.R y Capellá D. (2004). Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del Cannabis y el sistema cannabioide.
- Ferriman A. (1993). "Marihuana: The best medicine?" The Times.
- Grinspoon L., Bakalar J.B., (1993). "Marihuana, the Forbidden Medicine". New Haven and London: Yale University Press.
- Grotehermen, F. (2010). Los cannabinoides en el dolor por cáncer. Cannabinoids.5 (1): 1-3 (versión española)
- James T. "Breaking the law to beat MS". The Yorkshire Post, 27th September (1993).
- Julio Bobes y Amador Calafat (Eds.) (2000). Monografía Cannabis. Adicciones, V(12), Suplemento 2.
- LarrinagaEnbeita, G y Vergel Méndez S. Neurobiología de la drogadicción. Cannabis
- Lorenzo P., Leza, J.C. "Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados".(2000)Monografía Cannabis,12,149-168.
- Márquez, I; Poo, M; Merino, C; Romera, C. (2003). Interés terapéutico del cannabis. Interpsiquis.
- Martyn C.N., Illis L.S, Thom J. (1995) "Nabilone in the treatment of multiple sclerosis". Lancet (1995) 345: 579.
- Maurer M., Henn V., Dittrich A., Hofmann A. "Delta-9-tetrahydrocannabinol shows antispastic and analgesic effects in a single case double-blind trial". EurArchPsychiatr and ClinNeurosci (1990) 240: 1-4.
- Robert Segarra A., Torres Giménez A., Tejero Pociello A., Campo López C y Pérez de los Cobos J. Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides.
- Ruiz Lázaro P.J. (2005) Biología de la anorexia nerviosa: aspectos genéticos y neuroendocrinos-metabólicos relacionados con la conducta alimentaria. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2005.
- Sandyk R., Awerbuch G. "Marijuana and Tourette's syndrome". J ClinPsychopharmacology (1988) 8: 444.
- Zozaya Aldana B., Medina Rodríguez I., Tamayo Pineda N. Cannabinoides y su posible -uso en el glaucoma.

El fenómeno del botellón

Daniel Álvarez Gil, David Cueto Marcos, Aroa García Zuazua y Laura Mimblera Blanco
Universidad de Oviedo

El objetivo de este trabajo será sintetizar los hallazgos de los estudios y discutir las posibles implicaciones y las soluciones posibles al fenómeno del botellón. El cual, según la opinión de todos los expertos a los que nos referiremos a lo largo del tema, no tiene ninguna consecuencia positiva y es considerado. Se podría considerar un fenómeno social en el cual los jóvenes convierten en ocio la ingesta masiva de alcohol en un espacio público. Para llegar a dichas causas empleamos la recopilación de diversos artículos y estudios relacionados con el tema, logrando finalmente una conclusión más fundamentada en la cual mostramos que diversos factores como pueden ser la presión social, el ambiente, el clima, la economía... son los responsables de que el botellón se lleve a cabo cada vez en más lugares y en mayores cantidades.

Palabras Clave. botellón, jóvenes, consumo

The objective of this essay is to summarize the finding of the studies and to discuss possible isolations for the phenomenon of "botellón". According to the experts about whom we have written referring this topic, this phenomenon doesn't have any positive consequences. It could be seen as a social phenomenon in which young people transform massive drinking in public places into leissure. To understand the mentioned causes we have compiled several articles and studies related to this topic, finally reaching a conclusion in which we show that some factors, such as social pressure, environment, whether, economy ..., are reponsible that the "botellón" is happening in more and more places and in larger quantities.

Keywords: botellón, jóvenes, consumo

Según la OMS, los daños relacionados con el alcohol constituyen una cuestión de salud pública sumamente preocupante en la UE, donde son responsables de más del 7% de los problemas de salud y de las muertes prematuras. Los efectos del alcohol sobre el cuerpo son numerosos y diversos. El [alcohol](#), específicamente el [etanol](#), es una potente [droga psicoactiva](#) con un número elevado de efectos secundarios: desde el daño a los neurotransmisores (que afecta al funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso) a problemas de corazón (hipertensión, aumento de tasa cardíaca, vasodilatación...), del aparato digestivo (cáncer de estómago, esofagitis, pancreatitis, hepatitis, cirrosis hepática, ictericia...), del sistema inmunitario (inhibición de glóbulos blancos, infecciones bacterianas y virales..) y del sistema reproductor (disfunción eréctil, infertilidad...).

La aparición del botellón se podría considerar reciente, pero en España el alcohol ha jugado siempre un papel importante como alternativa de ocio. Así en los sesenta los jóvenes ya relacionaban el alcohol con la diversión en lo que denominaban "guateques". En los setenta aparecieron las "zonas de vinos" y en los ochenta "la movida" y "las litronas". A partir de mediados de los noventa aparece el "botellón".

La primera referencia periodística en la que se emplea el término botellón es de 1995, cuando el diario El País en un reportaje sobre la movida en distintas ciudades, lo usa como referencia a la práctica de los jóvenes cacereños de reunirse para beber en las plazas de la zona vieja de la ciudad (Baigorri, Fernández, y GIESyT, 2004) Progresivamente esta práctica se va extendiendo por otras localidades de la geografía española, pudiendo afirmarse hoy en día que es un fenómeno habitual en la mayoría de las ciudades españolas (Aguilera, 2002)

En las últimas décadas se ha produce en España un cambio progresivo en los patrones de consumo de alcohol por parte de los jóvenes tanto varones como mujeres, siendo cada vez más la ingesta en cantidades elevadas de alcohol, realizada durante pocas horas, principalmente en momentos de ocio de fin de semana, en algún grado de pérdida de control y con aparición de periodos de abstinencia entre episodios (Anderson y Baumberg, 2006; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; Observatorio Español sobre Drogas, 2007)

A la par que se desarrolla el fenómeno, la literatura que se publica sobre el tema va aumentando también, y en los últimos años han aparecido diversas líneas de investigación desde distintas disciplinas (sociología, psicología...)

Definición

El “botellón” se podría categorizar como una actividad de ocio desestructurada, caracterizada por desarrollarse en un contexto grupal compuesto por jóvenes, donde la supervisión adulta es inexistente y donde las limitaciones impuestas a las conductas son mínimas (Osgood, Anderson, y Shaffer, 2005). A esto añadiríamos que los jóvenes que acuden a estas concentraciones comparten entre sí unas actitudes favorables hacia el consumo de sustancias (Luengo, Otero, Mirón, y Romero, 1995). Para referirse al mismo fenómeno se ha utilizado términos tan diversos como bingedrinking, heavy episodicdrinking, risky single-occasiondrinking, heavy sessionaldrinking, episodios de consumo intensivo de alcohol, consumo concentrado o en atracón... (Carey, 2001; Courtney y Polich, 2009; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; Jackson, 2008; Kuntsche et al., 2004; Lange y Voas, 2001)

Se podría decir entonces que este fenómeno consta de cuatro grandes áreas, que definiremos a continuación:

- a) consumo de alcohol
- b) por parte de jóvenes
- c) que consumen en grupo
- d) y en un espacio público.

Ingesta de alcohol

El consumo y la ingesta de alcohol se suele medir mediante un sistema de unidades de alcohol, donde se mide su contenido en cada tipo de bebida.

La unidad de alcohol se define como un volumen de 10 mililitros (8 gramos) de etanol. Se utiliza como base esta cantidad porque es la cantidad que aproximadamente un adulto promedio sano puede metabolizar en una hora. Este sistema sirve para elaborar diferentes guías de consumo para bebidas alcohólicas.

De todas formas, no es de uso universal ya que tampoco existe una norma sobre el contenido uniforme de alcohol o bebidas o volumen que posee una copa o vaso. Poniendo ejemplos concretos, la cerveza posee 2,8 unidades o el vino 2,3.

Jóvenes

Entre los jóvenes se encuentran todas las personas que cumplen unas características comunes que cambian y evolucionan constantemente. “Juventud” es un concepto psicosociológico que se transforma y determina histórica y culturalmente. “Jóvenes” son aquellas personas con edades comprendidas entre 15 y 29 años. Hoy en día, además, dependen económicamente de sus padres, carecen de autonomía personal (capacidad de decisión) y no tienen un hogar propio (no emancipados) por lo que deben cumplir las normas impuestas por sus padres. En este contexto salir con los amigos supone una libración de las normas habituales y se comportan según las que ellos consideren en un contexto festivo, de evasión y ocio como es el fin de semana.

Consumo grupal

Mucho se ha hablado sobre el por qué del botellón y cuál es el motivo exacto de que los jóvenes lo hayan elegido como una forma de ocio mayoritaria y masiva en nuestro país. Este fenómeno surgió a principios/mediados de los años 90 (diversos artículos más o menos vienen a confirmar que la ciudad extremeña de Cáceres fue donde se originó todo esto) es debido a diversas causas y características propias de los jóvenes que intentaremos aclarar.

El ocio se ha convertido en un apartado fundamental en la vida de los jóvenes, y por supuesto, siempre o casi siempre se realiza en actividades grupales. El alcohol es la droga más consumida y aceptada socialmente, y obviamente no va ser distinto en la población juvenil, con lo que por supuesto su ocio estará centrado y girará muchas veces en torno a su consumo. También, el claro retraso que ha habido en la adquisición de responsabilidades y obligaciones consideradas propias de la vida adulta hace que todavía que chicos y chicas de 21 o 22 años tengan la misma forma de ocio (cultura de salir el fin de semana a bares y discotecas con gran consumo de alcohol) que un chaval de 16 que empieza a salir con sus amigos. Por supuesto, no lo hacen de manera igual, ni a las mismas horas ni por los mismos sitios, pero si tienen en común que se juntan en gran número en la calle a beber, con música y gritos, provocando el mismo malestar a los vecinos y generando la misma suciedad en las calles.

Hay que destacar el concepto del localismo, que parece estar muy arraigado en esta conducta del botellón. Es decir, el vivir en una misma ciudad, o el identificarte con una determinada facultad universitaria aumenta la sensación grupal de los jóvenes que se reúnen a beber, sintiéndose integrados y comprendidos por la totalidad de las personas que juntan allí. Si encima ciertas autoridades locales promueven este sentimiento de identidad grupal (botellones universitarios, fiestas concretas) pues ya hace casi imposible disuadir que cientos o miles de jóvenes se reúnan para beber.

Espacio público

El espacio público donde se da este fenómeno se puede definir como la ubicación donde se desarrolla, siendo esta una vía, plaza o parque cuya gestión es competencia municipal, y que son los receptores de los posibles impactos medioambientales que se deriven de ella.

Los impactos socio-ambientales afectan tanto a los usuarios de los espacios públicos degradados como a los operarios que deben encargarse de su cuidado. (Aguinaga y Comas, 1997; Baigorri, 2004; Comas, 2003; Domínguez, Gómez, Jáñez y Barrantes, 2000; Gezelius y Refsgaard, 2007; Jackson y McDonald, 2005; Vidal, 2005; María José Díaz, Rocío Martín, Concepción Piñero, Mireya Palavecinos, Javier Benayas y L. Enrique Alonso 2009) Algunos de estos impactos son:

- a) residuos del consumo de bebidas y alimentos: botellas, bolsas, vasos, cristales rotos, bebidas derramadas... Según afirman los operarios de la empresa "Patrimonio Verde" de Madrid, el problema fundamental viene dado porque los jóvenes no recogen los restos y desperdicios después de acabar el botellón, sino que lo dejan todo por el suelo, los bancos... Los operarios encargados de mantener la limpieza de los espacios públicos en las distintas comunidades españolas hacen que este problema parezca menos importante de lo que en realidad es, porque trabajan rápido. Esto supone un esfuerzo técnico y económico muy grande.
 - b) ruido ambiental: molesto sobre todo en horario nocturno.
 - c) actuaciones que atentan contra la salubridad de la zona, como orines, vómitos, etc.
 - d) aumento en la percepción de inseguridad ciudadana, que conlleva la puesta en marcha de un dispositivo policial que nada ayuda a la situación.
 - e) degradación del paisaje urbano: vandalismo bajo los efectos del alcohol y otras drogas, destrozos en los recursos públicos urbanos...
 - f) huida del resto de usuarios de las ubicaciones donde se desarrolle a actividad, (por ejemplo, los niños en los parques.)
- (María José Díaz, Rocío Martín, Concepción Piñeiro, Mireya Palavecinos, Javier Benayas y L. Enrique Alonso 2009)

Todos estos factores desembocan en una pérdida generalizada de espacio público y, Según Pallarés y Cembranos (2001) actualmente se está eliminando la estructura urbanística basada en la plaza y calle (espacios de contacto e interacción social) del plan urbanístico debido a la pérdida de su multifuncionalidad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL FENÓMENO.

Leyes

A pesar de que casi la totalidad de Comunidades Autónomas Españolas tienen normas reguladoras del consumo de alcohol, poca es la legislación a nivel estatal sobre alcohol. Dependiendo de la Comunidad Autónoma actúan de diversa manera.

Según el último anteproyecto, la ley prohibirá el acceso al alcohol a los menores de 18 años, prohibirá el consumo en la vía pública de alcohol (siempre que se altere la tranquilidad ciudadana o el derecho a la libre circulación de las personas), contempla la restricción de horarios (prohibida la venta en horario nocturno en establecimientos donde no esté autorizado el consumo) y formas de venta (prohibición de la venta a domicilio, en áreas de servicio y gasolineras, exposición agrupada de las bebidas alcohólicas en los autoservicios...), así como nuevas restricciones a la publicidad (contenido, destinatarios y limitaciones horarias en televisión y radio, que no podrán emitir propaganda de bebidas de más de 20 grados de alcohol) y promoción de las bebidas alcohólicas.

Las infracciones se sancionarán con multas de diversa cuantía y con la prestación de servicios a la comunidad, en el caso de menores. Se introducen medidas informativas sobre los efectos nocivos del alcohol mediante rótulos en los establecimientos de venta, dispensación o consumo. Se apuntan asimismo medidas educativas desde los ámbitos escolar (posibilidad de incluir educación preventiva del consumo abusivo de alcohol en los currículos), familiar y comunitario <http://www.adicciones.es/files/cortes.pdf>

Un ejemplo es la Ley sobre potestades administrativas en materia de determinada actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía con el fin de evitar las desfavorables repercusiones del fenómeno del botellón

Juventud

La cifra de los jóvenes que practican el botellón en España asciende al 85%. Si entendemos el ocio como "toda actividad placentera elegidas voluntariamente en el tiempo de no trabajo" (Rodríguez y Agúlló, 2002), resulta que la mayoría de los jóvenes no trabajan, por lo que tienen más tiempo de ocio y lo llenan con actividades variadas. La actividad favorita de este colectivo es pasar tiempo con sus amigos y además según la encuesta de INJUVE (sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven, 2001) la mayor parte de sus ingresos semanales (60%) los dedican a estos fines.

En este tipo de ocio es donde el joven busca sentirse realizado y afianzar su identidad individual y colectiva, pues no podemos olvidar que el joven realiza su aprendizaje por medio de un proceso condicionado socialmente y en su cultura, la del ocio, el entretenimiento y disfrute. De esto también se dan cuenta los comerciantes que se lucran fomentando y publicitando modelos de ocio nocturno basados en el consumismo de productos efímeros y fugaces pero también muy peligrosos y con altos precios para la salud y "el bolsillo".

El patrón de consumo de alcohol de la sociedad ha evolucionado del diario pero moderado a uno más intermitente relacionado con los tiempos de ocio y el fin de semana y que con mayor frecuencia acaba con episodios de embriaguez.

Estas tendencias generales de la sociedad son captadas por los jóvenes, que en su progresivo aprendizaje y adaptación a la vida adulta hacen suyas estas conductas modificándolas en función de sus intereses y recursos.

El esparcimiento nocturno es una práctica muy unida a pasarlo bien y disfrutar con los amigos. Tan usual es esta actividad que el 65% de los jóvenes salen todos o casi todos los fines de semana socializándose en largas noches

sin control de los adultos, tratando de disfrutar del aquí y ahora (Laespada y Salazar, 1999).

En estos contextos de socialización diversión y evasión el alcohol y otras drogas suelen ser un producto de consumo valorado casi como imprescindible y central en las salidas nocturnas, siendo la moneda de cambio y punto en común de todos los jóvenes de una misma comunidad, y no es una conducta marginal de solo ciertos grupo de jóvenes ya que las encuestas muestran la generalización de su consumo. El uso recreativo de drogas legales e ilegales constituye en estos contextos uno de los elementos que articulan la construcción de su identidad individual, social y cultural (Nuñez Perez y colaboradores, 1998)

La mayoría de los jóvenes consumen exclusivamente en días de fin de semana o festivos pero lo hacen en cantidades excesivas rayando el abuso y, además, pasan muchas horas seguidas realizando actividades de ocio relacionadas con el alcohol (Laespada, 1999)

Parece que unirse y relacionarse con otros es en los jóvenes un objetivo principal y fuente de felicidad. En los últimos 20 años España ha visto como el asociacionismo juvenil se ha desarrollado enormemente. Es cierto que los jóvenes sueles asociarse con aquellos con los que comparten edad, gustos, estética, opiniones y preferencias parecidas formándose grupos de amigos con características de comportamiento específicas. Pero pese al carácter heterogéneo de la juventud los jóvenes españoles tienden cada vez más a la homogeneidad de sus actitudes, comportamientos y valores. El ocio se vuelve una de las principales vías para favorecer una tendencia uniformizadora y consumista.

También hay que tener en cuenta que los jóvenes interiorizan mucho más el modelo propuesto por la cultura del consumo, que está orientada hacia los sentimientos y las emociones. Esto tiene mucho que ver con que los jóvenes valoren positivamente el alcohol y no tenga conciencia de los problemas que puede acarrear la ingesta habitual de grandes cantidades de alcohol.

Economía

Un factor determinante para entender cómo ha cambiado la forma de “fiesta” es el aspecto económico. El alcohol es un producto que en pocos años ha aumentado considerablemente de precio. Los jóvenes persiguen este consumo porque les hace sentir más hábiles (socialmente hablando), pero su nivel económico no les permite consumir tanto como les gustaría, por lo que lo adquieren de la manera más económica posible para después ocupar espacios públicos. Así adquieren los productos en los supermercados y gasolineras. Estas conductas han ido creando una demanda que ha hecho surgir un nuevo tipo de negocio, la venta de los recursos necesarios para celebrar el botellón sin tener que desplazarse mucho; como puede ser la venta de hielo pues antes tenían que ir hasta la gasolinera más cercana.

<http://www.aidex.es/observatorio/temas/botellon/estudio/intepretacion.htm>

Clima

Ni la estación del año ni el clima parece ser un factor determinante en esta conducta. Por ejemplo, en invierno se da más a menudo en ciudades más grandes, sobretodos aquellas con destacable población universitaria, desplazándose a los pueblos o localidades costeras más pequeñas en verano.

Díaz, M.J., Martín, R., Piñeiro, C., Palavecinos, M., Benayas, J. y Alonso, L.E. (2009). Impactos socio-ambientales del fenómeno del “botellón”: el caso de la ciudad de Madrid

Conclusiones

Tras analizar diversos artículos llegamos a diferentes conclusiones. Hemos visto que el botellón es una forma de relacionarse y pasar tiempo con los amigos de una manera cómoda y económica; que muchos son los jóvenes que tras realizar la práctica no recogen los residuos y lo dejan todo por el suelo, botellas, vasos y restos de bebida así como cristales.

Pero aun así las leyes son laxas con respecto a esto, pues no hay un control estricto ni medios dedicados a prevenir el problema, aunque sí se destinen medios a eliminar las consecuencias ambientales derivadas de la práctica del mismo.

Partíamos de la hipótesis de que había varios factores que influían en el fenómeno, y concluimos que todos ellos eran correctos excepto uno: el clima. Parece ser que no es un factor que influya a la hora del consumo, pues a pesar de que en un momento pensábamos que en los lugares con un clima más frío la práctica era menor hemos podido comprobar que esto no es así: se hace de igual manera.

El mayor problema es hacer del alcohol el núcleo del ocio, pues los jóvenes consideran que un fin de semana sin consumir no sería lo mismo y no lo pasarían bien. Desde luego este fenómeno de la cultura del alcohol de fin de semana hay constancia de que ocurre en toda la población joven del mundo occidental, y como se ha dicho antes, el clima no parece ser un factor determinante. Pero en España está socialmente aceptado y usualmente bien visto que en zonas muy céntricas de pueblos, ciudades medianas o grandes urbes se junten gran multitud de jóvenes sin distinción casi de clase social o nivel económico o cultural, molestando en todos aquellos vecinos que viven en esas áreas, y como se comentó algunos párrafos más arriba, dejando gran cantidad de porquería y basura. Quitando algún evento concreto de matiz universitario o festivalero, o alguna zona muy concreta de alguna gran ciudad, no parece que haya un proceso de “ghettos” o separación explícita de

grupos, sencillamente cada individuo está con su grupo de amigos y no necesariamente se interactúa con el resto, aunque obviamente en ese contexto de diversión y evasión de la rutina es lo que suele ocurrir.

Incluso se ha podido ver que la mayoría de iniciativas de dureza de las leyes para evitar esta situación es altamente rechazada por los jóvenes, considerando casi el poder beber en la calle con sus amigos es un "derecho" propio de la gente de su edad que no se puede tocar. En definitiva, creemos que el proceso de eliminación de este tipo de pensamientos y actitudes ni mucho menos se van a resolver en cuestión de unos pocos años, si no de carácter progresivo y lento, sin alterar lo más mínimo las políticas de inflexibilidad ante este fenómeno.

Referencias

- OMS (Organización Mundial de la Salud)
- URL <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/alcoholismo/consecuencias.htm>
- diario El País.(1995)
- Baigorri, Fernández, y GIESyT; (2004)
- Anderson y Baumberg.(2006); Espada, Méndez e Hidalgo.(2000); Observatorio Español sobre Drogas. (2007)
- Osgood, Anderson, y Shaffer. (2005)
- Luengo, Otero, Mirón, y Romero. (1995)
- Carey. (2001);Courtney y Polich. (2009); Cranford, McCabe y Boyd (2006); Jackson. (2008); Kuntsche et al. (2004); Lange y Voas (2001)
- Aguinaga y Comas. (1997); Baigorri. (2004); Comas. (2003); Domínguez; Gómez; Jáñez y Barrantes. (2000); Gezelius y Refsgaard. (2007); Jackson y McDonald. (2005); Vidal. (2005); Díaz, M.J; Martín, R; Piñeiro, Palavecinos; Benayas y Alonso, L.E. (2009)
- Díaz, M.J., Martín, R., Piñeiro, C., Palavecinos, M., Benayas,J. y Alonso, L.E. (2009). Impactos socio-ambientales del fenómeno del "botellón": el caso de la ciudad de Madrid
- Pallarés y Cembranos (2001)
- URL <http://www.adicciones.es/files/cortes.pdf>
- Rodríguez y Agúillo. (2002)
- Encuestas de INJUVE (sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven), 2001
- Laespada y Salazar. (1999)
- Nuñez Perez y colaboradores. (1998)
- Laespada. (1999)
- URL <http://www.aidex.es/observatorio/temas/botellon/estudio/interpretacion.htm>

Cannabis y trastornos mentales

Anna Cecilia Lima Mello y Michaela Kastrini
Universidad de Oviedo

En la presente practica se presentan los principales factores relacionados entre lo uso de cannabis y la incidència de los transtornos mentales, considerando que ellos pueden ayudar a el daño psicológico. Se encuentran en ese trabajo también los efectos que el abuso de esa droga puede causar en lo funcionamiento psicológico de las personas que usan la misma. Los transtornos mentales relacionados con el uso de cannabis más comunes son las psicosis esquizofrénico, los transtornos afectivos, de ansiedad, el deterioro cognitivo causado por el uso de la droga y la síndrome amotivacional. Uno de los transtornos mentales más relacionados con el uso de cannabis es la esquizofrenia que es uno tipo de psicose en que la persona tiene muchas alucinaciones, o que puede ocurrir con más frecuencia cuando se utiliza sustancias químicas. Asi se puede entender mejor las relaciones entre las drogas y los trasntornos mentales más comunes.

Palabras clave: cannabis, transtornos mentales, esquizofrenia, dependencia

In this present essay there are the main factors between cannabis use and the incidence of mental disorders, whereas they may help the psychological damage. In this work are also the effects that drug abuse can cause psychological functioning in people who use it. The related mental disorders with cannabis use are the most common schizophrenic psychoses, affective disorders, anxiety, cognitive impairment caused by drug use and amotivational syndrome. One of the most mental disorders related to cannabis use is schizophrenia which is a kind of psychosexual where they have severe hallucinations, or may occur, when it is most commonly used chemicals. So you can understand better the relationship between drugs and the most common mental disorders.

Key words: cannabis, mental disorders, schizophrenia, dependence

El Cannabis y transtornos mentales

La palabra "droga" se asocia con el concepto de narcótico y de medicamento. Para evitar distorsiones, y la mala aplicación generalizada de la palabra, se hace hincapié en la importancia de describir una clasificación en términos de legalidad y de las mismas características (Santos, 2005).

"Droga es cualquier sustancia, químico o mezcla de ellos (aparte de los necesarios para el mantenimiento de la salud, por ejemplo, el agua y el oxígeno), que altera la función biológica y, posiblemente, su estructura", así definido, el Banco Mundial de la Salud (OMS). Es decir, cualquier sustancia que tiene la capacidad de modificar las funciones fisiológicas o el comportamiento de la persona.

La adicción es un problema de salud de origen físico, mental y emocional, donde el paciente desarrolla una

especie de dependencia que puede ser fatal para su vida, se considera una enfermedad de aspecto progresivo. El adicto a la persona por lo general le resulta difícil tener una vida social y prevenir sus vicios tener una buena actitud en la sociedad. Tipos de dependencia varían y pueden ser drogas lícitas o ilícitas. Un adicto es una persona cuya vida está controlada por las drogas. Su vida y sus pensamientos están centrados en las drogas de una forma u otra, vivir, y tratar de utilizar todos los medios para conseguir más. El adicto a las drogas ve en su única forma de supervivencia. El adicto sufre de la incapacidad de aceptar la responsabilidad personal, al no poder afrontar la vida tal como es. Lo que hace que un adicto es su comportamiento cuando se utiliza la droga y no la cantidad que use. (Messas, 2007)

El cannabis es una droga adictiva que puede causar dependència, que se asocia con la existencia de la tolerancia y abstinència.

Algunos trastornos mentales relacionados con el uso de cannabis son: Psicosis, Espectro esquizofrénico, Trastornos afectivos, Trastornos de ansiedad, deterioro cognitivo y Síndrome amotivacional. Algunos factores que ayudan en el daño psicológico son: Frecuencia alta de uso, Consumo de otras drogas legales e ilegales, Menor edad de comienzo, Menor edad de comienzo del uso regular y Mayor tiempo de uso. (Hermida, 2007) Además de eso, los efectos de la intoxicación por cannabis son responsables por la afectación de la memoria a corto plazo, la reducción de la capacidad atencional, la disminución de la capacidad verbal y la menor capacidad para resolver problemas. Se puede hablar sobre la existencia de ansiedad asociada al consumo del cannabis cuanto a la presencia de síntomas psicodislépticos y como una consecuencia de la abstinencia después de un período de consumo intenso de la misma. (Hermida, 2007)

Psicosis

La psicosis es una enfermedad mental caracterizada por la distorsión del sentido de la realidad, una inadecuación y falta de armonía entre el pensamiento y la afectividad donde los aspectos de la realidad son negados totalmente. (Ballone, 2000).

La Esquizofrenia es un trastorno que afecta la zona central y altera toda la estructura vivencial. De acuerdo con la cultura lo esquizofrénico es representado como un "louco", uno individuo que produce gran extrañeza social por su desprecio por la realidad reconocida. Lo esquizofrénico menospreza la razón y pierde la libertad de escapar de sus fantasías. Algunos de los síntomas que caracterizan lo esquizofrénico son las alucinaciones, generalmente auditivas y los delirios. (Ballone, 2000)

Estudios hechos por John McGrath, del Instituto Neurológico de Queensland, Australia, muestran que el uso de algunas drogas puede producir síntomas mentales más serios como irritabilidad, agresividad, delirios y alucinaciones. Las pesquisas afirman que jóvenes que fumaron cannabis por lo menos seis años o más tienen dos veces más posibilidad de sufrir de episodios psicóticos en comparación con personas que nunca fumaron la droga. Las descubiertas fortalecen una pesquisa anterior que relaciona psicosis con cannabis. En comparación a los que nunca habían usado la sustancia, jóvenes adultos, que tenían seis o más años desde el primer uso de cannabis, tenían dos veces más posibilidades de desarrollar psicosis no afectiva, como esquizofrenia.

El uso del cannabis es un factor enaltecido y desencadenador de los síntomas de las personas ya diagnosticadas con esquizofrenia. Los surtos son relacionados a una distorsión de los neurotransmisores,

de las sustancias químicas producidas por los neuróns y que son responsables por el envío de informaciones a otras células. Eso se origina en personas que ya pusieron una fragilidad psicológica. Los factores que influyen en esa vulnerabilidad psicológica a la presencia de trastornos mentales pueden ser los bajos recursos psicosociales, las psicosis, el espectro esquizofrénico, los trastornos afectivos y de ansiedad, la asociación con el consumo de otras drogas entre otras. Pero, contudo, no hay una relación simple y directa entre consumo de cannabis y génesis de un trastorno mental. (Hermida, 2007)

Trastornos afectivos e de ansiedad

La presencia de ansiedad intensa asociada al uso de cannabis se ha descrito por la existencia de síntomas psicodislépticos e por la consecuencia de la abstinencia después de un período de consumo intenso de esa droga. Según Brodbeck, J., Matter, M., Page, J., & Moggi, F. (2007), el uso de cannabis puede ser una estrategia de coping y un indicador de un deficiente control sobre la ansiedad o el estrés, comprobando los estudios que indican la relación entre cannabis y trastornos de ansiedad.

Los efectos adversos tales como la ansiedad, la depresión leve y la paranoia no se tratan generalmente en un entorno médico y generalmente no son un impedimento para un nuevo uso. El comportamiento puede ser caracterizado por la pasividad y la sedación o hiperactividad con alegría marcada. Muchos estudios han descrito los cambios y los déficits neuropsicológicos en la intoxicación por cannabis, aunque los efectos pueden ser muy variables. Disminuye el tiempo de reacción en las complejas tareas de tiempo de reacción y la memoria de código, la formación de conceptos, la memoria, la discriminación, por táctil, la función motora, la estimación del tiempo y la capacidad de rastrear información en el tiempo (Clark y Nakashima, 1986).

El uso del cannabis y riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad

aunque no hay duda de que el consumo de cannabis puede producir síntomas de ansiedad, es aún menos claro si este compuesto puede aumentar el riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad que persisten después de su interrupción. Algunos casos de agorafobia y trastorno de pánico inducida por el consumo de cannabis se han descrito. Así, algunos autores también especulan que el consumo de cannabis puede estar asociada con síntomas que duran de ansiedad.

Las posibles explicaciones para la asociación entre la ansiedad y el consumo de cannabis aunque algunos estudios sugieren que existe una asociación entre el

consumo de cannabis y los altos niveles de estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad rasgo, que no son de carácter informativo con respecto a la dirección de esta asociación. Varias hipótesis han sido propuestas para tratar de explicar esta relación.

El uso de grandes cantidades del cannabis pueden precipitar la ansiedad aguda de dos maneras: la intoxicación puede precipitar la ansiedad indirectamente por la pérdida de ajuste psicológico, o, las altas dosis del ingrediente principal activo del cannabis podría afectar la serotonina y otros neurotransmisores, produciendo síntomas de ansiedad.

Una de las hipótesis más comunes y controversiales es que los sujetos con altos niveles de los pacientes con trastorno de ansiedad y angustia uso de cannabis como una forma de "automedicación". Así que apoyan esta hipótesis, muchos temas informe el uso de cannabis para relajarse y como una forma de reducir la ansiedad (Boys, 1999). De cualquier manera, es prudente para desalentar el consumo de cannabis, particularmente en pacientes con trastornos de ansiedad.

El abuso del cannabis en pacientes con ansiedad también podrían reflejar una vulnerabilidad genética específica. Por otra parte, los factores genéticos también podría aumentar el riesgo de la ansiedad en los consumidores de la sustancia.

Para los consumidores del cannabis hay un riesgo mayor de ocurrir episodio de depresión donde ese riesgo aumenta en relación al tiempo de dependencia. Pero no hay una relación directa entre ese trastorno y la dependencia del cannabis.

Sin embargo, la relación entre el consumo de cannabis y la presencia de un trastorno afectivo bipolar es menos conocido. El consumo de cannabis aumenta el riesgo, la intensidad y el tiempo duración de la crisis, a menudo enfrentados a manía (Strakowski, 2000).

Rottanburg (1982) encontró que un grupo de pacientes psicóticos con los análisis de orina positivo por cannabis crisis había marcado hipomanía, agitación psicomotor más intenso, la desorganización y más una mayor duración de la crisis después del inicio de tratamiento, en comparación con pacientes psicóticos libre de esta sustancia.

Goldberg (1999) afirma que el consumo del cannabis o el alcohol en un grupo de pacientes con trastorno bipolar admitió el aumento tiempo hasta la remisión clínica, en comparación con bipolar no consumidores de sustancias psicoactivas o consumidores de cocaína. Parte inferior do formulário

Deterioro cognitivo
Hay evidencia de que el uso prolongado de cannabis puede causar deterioro cognitivo relacionado con la organización e integración de

información compleja que involucra diversos mecanismos y procesos de atención y memoria. Estas pérdidas pueden aparecer después de algunos años de uso. Los procesos de aprendizaje pueden mostrar déficit después de períodos más cortos de tiempo. (Pope, 1996)

Pérdida de atención puede ser detectado a partir de fenómenos como el aumento de la vulnerabilidad a la distracción, pérdida de asociaciones, los errores de la intrusión en las pruebas de memoria, incapacidad para rechazar la información irrelevante y peor atención selectiva. Estas pérdidas parecen estar relacionados con la duración, pero no la frecuencia de consumo de maconha, pero un estudio reciente que compara los grandes consumidores de cannabis con los antiguos usuarios y grandes usuarios recreativo encontrado que los déficits cognitivos, aunque detectable después de siete días del consumo excesivo de alcohol, son reversibles y relacionados con el uso reciente de marihuana y no están relacionados con el uso acumulativo de toda la vida. (Pope, 1996)

Síndrome amotivacional

Los usuarios regulares y crónico del cannabis ha descrito una síndrome clínica conocida como "síndrome de amotivación" que es un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales debido al consumo de cannabis durante años y que persistiría una vez interrumpido dicho consumo. (Quiroga, 2000)

De hecho, menor es la edad de inicio del consumo, mayor será la repercusión de este síndrome. Inicialmente se creía que este síndrome es el resultado de los efectos irreversibles del cannabis sobre el sistema nervioso central (SNC), que no es confirmado por los estudios actuales. Se considera un "trastorno de la conducta por el uso crónico del síndrome", cuya etiología es multifactorial, y luego de un proceso final de diversos problemas cognitivos y depresión causada por el uso crónico del cannabis.

El intenso y prolongado uso de cannabis puede producir síntomas como desinterés, apatía, fatiga, indiferencia afectiva, dificultad para concentrarse, enfrentar frustración y seguir rutinas.

Haciendo una comparación entre consumidores diarios durante años con otros que lo hacía varias veces al mes durante menos tiempo, es posible comprender que los síntomas del síndrome amotivacional encontrados en el primer grupo corresponden a una depresión. (Quiroga, 2000)

Conclusiones

Al final como entendemos de todas las referencias, cannabis es una droga muy fuerte que puede afectar muchas regiones de nuestro organismo y específicamente daña el mente y su trastornos. Los factores como la edad, la cantidad del uso, el uso de otras drogas en el mismo tiempo conducen en una reducción de la capacidad atencional.

La dependencia de esta droga afecta mucho los trastornos mentales y es una grande causa para las enfermedades psicológicos como esquizofrenia, psicosis y muchos otros.

Cannabis aun afecta las regiones cognitivos específicamente la memoria y las capacidades verbales y atencionales.

Para terminar tenemos que decir que esta droga puede afectar la mayoría de nuestras capacidades con resultados catastróficos.

Lo mejor para afrontar y evitar esos problemas psicológicos y psiquiátricos del daño de cannabis, es la información de la gente. La información frecuente específicamente en los jóvenes que muchas veces piensan el uso del cannabis como algo genial y inofensivo, es la única solución. Nuestro intento es informar toda la gente que sufre del consumo y la adicción de las sustancias, y en particular para la cannabis, para todos los problemas mentales y psicológicos que se pueden suceder. Así evitamos la expansión de los drogas y las sustancias.

Referencias

- BALLONE, GJ. Codependência. In: PsiqWeb. São Paulo: 2006. Disponible en www.psiqweb.med.br. Acceso en 12 de Abril de 2011
- Boys, A.(1999). Substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions. *Addiction* 94: 1043-1050.
- Brodbeck, J., Matter, M., Page, J., & Moggí, F. (2007). Motives for cannabis use as a moderator variable of distress among young adults. *Addictive behaviors*, 32(8), 1537-1545.
- Clark LD, Nakashima EN: Experimental studies of marijuana. *Am J Psychiatry* 125:379-384, 1968
- GOLDBERG, J.F. (1999) History of Substance Abuse Complicates Remission from Acute Mania in Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 60: 733-740, 1999.
- Hermida, J. (2007). Cannabis y trastornos mentales. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria4/reunion/pdf/JRFernandez.pdf>> Acceso en 25 del Octubre del 2011.
- MESSAS, Guilherme. A participação da genética nas dependências químicas. A droga. São Paulo: ? , 2007. Disponible en: <http://www.adroga.casadia.org/tratamento/herdabilidade.htm>. Acceso en 9 de Maio de 2011.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Infopédia. Porto Editora, 2009. Disponible en [http://www.infopedia.pt/\\$organizacao-mundial-de-saude,-\(oms\),](http://www.infopedia.pt/$organizacao-mundial-de-saude,-(oms),)> Acceso en 14 del Abril del 2011
- POPE HG Jr, (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *JAMA* 1996;275:521-7.
- QUIROGA, M. (2000). Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental.
- ROTTANBURG, D. (1982) Cannabis Associated Psychosis with Hipomanic Features. *Lancet* 8312: 1364-1366, 1982.
- SANTOS, Ana Cristina Souza. Complexidade e Formação de Professores de Química. Curitiba: ? , 2005.
- STRAKOWSKI, S.M. The Impact of Substance Abuse on the Course of Bipolar Disorder. *Biol Psychiatry* 48:477-485, 2000.