

Drogodependencias: aspectos terminológicos y taxonómicos

Miquel Sánchez Turet
Universitat de Barcelona

En este estudio se efectúa una revisión de los trabajos llevados a cabo previamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre aspectos conceptuales y terminológicos de las Drogodependencias. Se pone especial énfasis en la definición y concepto de «droga» y «drogodependencia» así como en el término «neuroadaptación» el cual es presentado como una alternativa al de «dependencia física». Se hace referencia también a las nuevas terminologías de «abuso de drogas» o «mal uso de drogas». Por lo que respecta a cuestiones de clasificación, el estudio se centra en las aportaciones llevadas a cabo por el DSM-III-R de la Asociación Americana de Psiquiatría y el ICD-10 de la OMS.

Palabras clave: Droga, drogodependencias, neuroadaptación, abuso de drogas, OMS, DSM-III-R, ICD-10.

In this study the earlier work of the World Health Organization (WHO) in this field is reviewed, and the present concepts and terminology in Drug dependence are examined in detail, especially the terms and concepts of «drug», «drug dependence» and «neuroadaptation» which is suggested as an alternative to «physical dependence». The new terms «drug abuse» or «drug misuse» are also examined. From the classification point of view the study is centred in both, the DSM-III-R of the American Psychiatric Association, and the ICD-10 of the World Health Organization.

Key words: Drug, Drug dependence, Neuroadaptation, Drug Abuse, WHO, DSM-III-R, ICD-10.

Evolución de la terminología sobre drogodependencias a través de las propuestas efectuadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS, (*World Health Organization, WHO*) a través de sus comités de expertos, ha venido ocupándose desde hace ya cuatro décadas del tema de las Drogodependencias.

Así ya en 1950 diferenció a las drogas toxicomanígenas de las drogas que engendran hábito (WHO, 1950). En dicho informe definió a la *droga que engendra hábito* como «la que se toma o puede tomarse de manera repetida sin producir todas las características que figuran en la definición de la toxicomanía y que no suele considerarse nociva para el individuo y para la sociedad».

Por otra parte, en el mismo informe, se distingue a la *toxicomanía* por las características siguientes:

1. Un invencible deseo o necesidad (compulsión de seguir consumiendo la droga y de obtenerla por todos los medios.
2. Una tendencia a aumentar la dosis.
3. Una relación de dependencia psíquica (psicológica) y generalmente física, respecto a los efectos de la droga.

La definición añade que la toxicomanía es nociva para el individuo y para la sociedad.

En un informe posterior (WHO, 1952) el Comité reiteró «que es posible y necesario distinguir la toxicomanía de la habituación (hábito) y las drogas toxicomanígenas de las drogas que engendran hábito». No obstante, en las conclusiones a que se llegó en este informe, se señala la posibilidad de un daño individual y colectivo por parte de las drogas que engendran hábito, destacando que una de las características propias de estas drogas sería la falta de deseo compulsivo, que vendría sustituida por el desarrollo de un hábito de consumir la droga, fundado en la persuasión personal de que sus efectos son beneficiosos.

Todo ello llevó a que en un informe posterior (WHO, 1957) se definieran nuevamente los términos de Toxicomanía y Habituación, manteniendo para el primero una definición idéntica a la de 1952; se modificó sin embargo, la de Habituación.

Así se definió a la *Toxicomanía* como «un estado de intoxicación periódica o crónica producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Entre sus características figuran:

1. Un invencible deseo o necesidad (compulsión) de seguir tomando la droga y de obtenerla por todos los medios.
2. Una tendencia a aumentar la dosis.
3. Una relación de dependencia psíquica (psicológica) y generalmente física respecto a los efectos de la droga.
4. Un efecto nocivo para el individuo y para la sociedad.

En cuanto a la *Habituación* se la definió como «la situación originada por la administración repetida de una droga. Entre sus características figuran:

1. Un deseo (no una compulsión) de seguir tomando la droga por la sensación de bienestar que produce.

2. Una tendencia escasa o nula a aumentar la dosis.

3. Cierta grado de dependencia psíquica respecto a los efectos de la droga, pero nunca una dependencia física con el consiguiente síndrome de abstinencia.

4. Los efectos nocivos si los hay, recaen sobre todo en el propio individuo».

Posteriormente, en 1964, el comité de expertos de la OMS emitió un nuevo informe (WHO, 1964), en el que en primer lugar comenta la confusión creada en el empleo de las palabras toxicomanía y habituación. Por otra parte pone de manifiesto que la lista de drogas empleadas abusivamente ha aumentado en número y diversidad, y que las dificultades derivadas de todo ello han sido cada vez mayores, lo que ha llevado a efectuar varias tentativas para encontrar un término que pueda aplicarse en general a las drogas empleadas abusivamente. De ahí que dicho comité recomiende en su informe sustituir los términos «toxicomanía» y «habituación» por el de «dependencia», al tiempo que define la *Dependencia* respecto de una droga como «el estado originado por la administración o el consumo repetido de la substancia en cuestión en forma periódica o continua. Sus características varían con la naturaleza de la droga, por lo que deberá indicarse en cada caso el tipo particular de dependencia, que puede ser morfínico, cocaínico, cannábico, barbitúrico, anfetamínico, etc.» Así pues, se trata de un término general que posee la ventaja de poder aplicarse a todos los tipos de empleo abusivo de drogas, sin prejuzgar nada sobre la amplitud del riesgo que comporta este abuso.

En una publicación del Boletín de la propia OMS llevada a cabo el año siguiente (Eddy *et al.* 1965) se definen los términos de dependencia psíquica y dependencia física.

Así, *Dependencia psíquica* sería «una condición por la que una droga produce una sensación de satisfacción y una pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar».

Mientras que *Dependencia física* sería «un estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la administración de la droga. Tales trastornos forman un *Síndrome de abstinencia* que se compone de signos y síntomas somáticos y psíquicos que son característicos del tipo de droga de que se trate».

En dicho mismo Boletín de 1965, la OMS hace referencia también a los términos de Tolerancia y Tolerancia cruzada, definiéndolos como sigue.

— *Tolerancia*: «estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico». Tradicionalmente nos venía definida en términos de la curva dosis-efecto.

— *Tolerancia cruzada*: «fenómeno por el que al tomar una droga aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro parecido». Así como por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa, y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

En 1969 el comité de expertos de la OMS (WHO, 1969) definió a la *Drogodependencia* como un «estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una droga y que se caracteriza por mo-

dificaciones del comportamiento y por otras reacciones, entre las que siempre se encuentra una pulsión a ingerir droga de forma continua o periódica con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones de evitar el malestar en su abstinencia. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. Un mismo individuo puede desarrollar dependencia a más de una droga; las dependencias múltiples pueden ser simultáneas o sucederse una a la otra o en épocas alternadas».

Este mismo año la OMS definió también el término *Droga* (recordemos que el vocablo inglés *drug* sirve para designar indistintamente droga y fármaco), como «toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones». Se trata pues de un concepto intencionadamente amplio, pues abarca a otras sustancias farmacológicamente activas, e incluso al agua o al aire.

Una posibilidad de obviar las dificultades de esta definición amplia del término podemos conseguirla a través de una definición jerárquica o taxonómica del mismo, como efectúa la propia OMS en su Memorandum (Edwards *et al.* 1981).

Así, en una primera aproximación podríamos considerar como droga a «toda entidad química o mezcla de ellas, no necesarias para la conservación y mantenimiento de la salud, cuya administración modifica funciones y posiblemente estructuras biológicas, etc., en cantidades que fueran útiles para la homeostasis.

Un segundo nivel de definición podría especificar el uso que de estas entidades químicas (o drogas) se efectúa. Así pueden usarse para el tratamiento de enfermedades (en cuyo caso las designamos como fármacos, medicamentos o agentes terapéuticos) o usarse sin fines terapéuticos, en cuyo caso la denominación de droga resultaría más adecuada.

En un tercer nivel de especificación podemos diferenciar las entidades químicas en base de las funciones o sistemas del organismo sobre el que ejercen sus efectos más marcados. Así las drogas o sustancias psicoactivas serían las que alterarían aspectos afectivos, cognitivos y conductuales. Por otra parte las sustancias psicoactivas pueden utilizarse con fines terapéuticos o no, e incluso algunas de ellas como determinados psicofármacos (por ejemplo los barbitúricos) con ambos fines.

En un cuarto nivel de definición atenderíamos a sus posibles efectos adversos sobre la salud o sobre la capacidad de adaptación social. Así, no todas las sustancias psicoactivas poseen la misma probabilidad de ser autoadministradas (es decir, no todas tienen el mismo potencial de refuerzo en el hombre) y la misma probabilidad de inducir estados biológicos adaptativos en sus usuarios. Así, mientras que los antidepresivos tricíclicos y los neurolépticos son sustancias psicoactivas que no inducen estados biológicos adaptativos en sus usuarios y raramente son autoadministradas, todo lo contrario ocurre con las sustancias hipnóticas y sedantes.

Dentro de este marco referencial, cuando hablamos de drogas nos estamos refiriendo fundamentalmente a sustancias psicoactivas de uso no médico que poseerían una elevada probabilidad de ser autoadministradas. Así mismo muchas de ellas pueden generar también otros fenómenos tales como: tolerancia,

comportamiento de búsqueda de la sustancia bajo determinadas condiciones, adaptación biológica, generalización de las respuestas frente a sus efectos, etc.

Otro término en el que también la OMS ha puesto especial énfasis es el de *abuso (abuse)*, habiendo reconocido desde su inicio que se trata de conceptos insatisfactorios desde un punto de vista estrictamente científico, ya que tales términos implican juicios de valor imposibles de definir de manera que tal definición sea apropiada para drogas distintas en contextos diferentes. Así, el mencionado comité de expertos de la OMS definió en 1969 como *abuso de drogas* a un «uso excesivo de la droga persistente o esporádico, inconsistente o inconexo con una práctica médica aceptable».

Por lo que hace referencia a los intentos de la OMS para definir el *Alcoholismo*, el primero de ellos lo hallamos en un informe del comité de expertos publicado en 1951 (WHO, 1951). En dicho informe se pone de manifiesto que la falta de una terminología común constituía un obstáculo importante en la puesta en marcha de acciones conjuntas a nivel internacional en este terreno.

Cuando a partir de 1964 la OMS, como hemos ya comentado, empezó a utilizar el término Dependencia, se incluyó al alcohol entre la lista de sustancias o drogas capaces de generarla.

Posteriormente la OMS reunió a un grupo de investigadores presididos por el Profesor G. Edwards, para que estudiaran de forma específica las incapacidades relacionadas con el consumo de alcohol y plantearan una serie de criterios útiles para abordar esta temática. Dicho grupo de investigadores emitió un Informe que fue publicado por la OMS en 1977 (Edwards *et al.* 1977). En dicho informe el síndrome de dependencia se desarrolla de la forma siguiente:

— *El síndrome de dependencia alcohólico* se manifiesta por «alteraciones comportamentales tanto a nivel subjetivo como a nivel psicobiológico, cuyo síntoma principal consiste en una disminución del control ejercido por el individuo sobre su consumo de alcohol. Existen diversos grados de síndrome de dependencia alcohólico. Las diversas manifestaciones de la dependencia se hallan sujetas a modificaciones bajo la influencia de factores tanto de tipo personal como ambientales. Puede resultar ventajoso el considerar al síndrome de dependencia alcohólico como una variedad particular de incapacidad vinculada al consumo de alcohol: esta incapacidad indica que el comportamiento del sujeto en cuanto al consumo de alcohol es probablemente de una naturaleza que tiende a provocar a la larga la acumulación de otras incapacidades. El grado de incapacidad que sufre un individuo en razón de su dependencia al alcohol viene determinado por el contexto general de su estado de salud o morbilidad, debiendo de evaluarse los procesos de interacción. El hecho de que un individuo se halle en estado de dependencia alcohólica, implica la probabilidad de una menor capacidad de reacción por su parte frente a los imperativos sociales. Las personas que sufren de incapacidades vinculadas al consumo de alcohol, no son todas ellas dependientes del alcohol, pero presentan un riesgo acrecentado de adquirir tal dependencia. Es necesario pues tomar en consideración también el papel de un consumo abusivo de alcohol en el incremento del riesgo antes mencionado, en el terreno de las medidas preventivas tanto a nivel individual como colectivo».

Más adelante, en otro apartado insistiremos de nuevo en los aspectos conceptuales y terminológicos de la enfermedad alcohólica.

En este sentido debemos destacar que puede darse el caso de que algunas sustancias cumplan con la primera condición y no con la segunda, como ocurre por ejemplo entre la clonidina y las sustancias opiáceas.

Otros aspectos de la nomenclatura modificados y recomendados por el Memorándum de la OMS son los siguientes:

— *Droga*: «Toda sustancia química o mezcla de ellas empleada para el tratamiento o alivio de la enfermedad (fármaco o medicamento) o sin fines terapéuticos (droga)».

— *Drogas psicoactivas*: «Son aquéllas que generan alteraciones del estado de ánimo, cognitivas o conductuales». No existe una clara diferenciación entre drogas psicoactivas y las que no lo son, ya que ello depende en muchos casos de las dosis y de las condiciones en que son administradas. Las drogas psicoactivas se caracterizan fundamentalmente por su elevada posibilidad de ser autoadministradas y de su capacidad de actuar como refuerzo. Unas tienen capacidad terapéutica y otras no. La mayoría de ellas pueden dar lugar a tolerancia, comportamiento de búsqueda de la sustancia bajo determinadas condiciones, neuroadaptación y generalización de las respuestas.

El término *usadas con fines no-terapéuticos* implicaría la tendencia a ser *autoadministradas* por el propio usuario.

Su *capacidad potencial de refuerzo* es precisamente la que determina su probabilidad de ser autoadministrada bajo una determinada variedad de condiciones ambientales y pautas de dosificación. Existe una elevada correlación entre la capacidad potencial de refuerzo medida en el laboratorio mediante experimentación animal, y la observada luego en la conducta humana, si bien existen importantes excepciones.

Tolerancia: Hay que distinguir diversos tipos.

— *Tolerancia farmacodinámica*: es la que se presenta cuando después de la exposición a la droga, se requieren mayores niveles de la misma en el lugar de acción para conseguir una respuesta determinada.

— *Tolerancia metabólica*: es el incremento de la capacidad para metabolizar la droga. Puede ser inducida por la propia droga o por cualquier otro agente farmacológico.

— *Tolerancia cruzada*: fenómeno que tiene lugar cuando un órgano o sistema que presenta tolerancia a una determinada sustancia, desarrolla tolerancia a otra. Tal fenómeno sería subsumido dentro del de neuroadaptación recíproca.

— *Pérdida de la tolerancia*: se relaciona con daño neuronal o con alteración del *clearance* metabólico. Se trata de un fenómeno que no se da en todas las drogas y que requiere ulterior investigación.

Modificaciones introducidas por el Memorándum de la OMS (Edwards et al. 1981).

En dicho Memorándum la OMS plantea que el término «dependencia física» da origen a confusión dado que la presencia de síndrome de abstinencia puede no ir acompañada de consumo posterior ni incluso del deseo de volver a inge-

rir la sustancia. Así por ejemplo, el uso postoperatorio de los compuestos de morfina para aliviar el dolor puede inducir síndrome de abstinencia en pacientes que no desean continuar con la droga, y a los que difícilmente se les puede considerar drogodependientes dado que su conducta no se orienta hacia la búsqueda de la droga e incluso no sienten la menor inclinación de volver a experimentar la sustancia. La cuestión que se nos plantea es pues si los cambios biológicos inducidos en estos pacientes deberían de llamarse dependencia física o deberíamos de usar algún otro término para determinar este estado.

Los autores del Memorándum consideran que el término *Neuroadaptación* es una posible alternativa, entendiéndolo por tal a «los cambios neurales adaptativos que subyacen tanto a la tolerancia como a las características de la abstinencia en los casos de dependencia física» sin que ello implique sin embargo, la búsqueda de la droga, ya que el que ello ocurra o no depende de diversos factores (con independencia de las características propias del síndrome de abstinencia de la sustancia en cuestión) tales como: el grado de adversividad con que es experimentado; su intensidad; la expectancia de su duración y las características de las experiencias previas del sujeto en cuestión.

Así pues los autores del Memorándum concluyen en que el término «dependencia física» debe de abandonarse y reemplazarse por el de «neuroadaptación» o «estado neuroadaptativo». La naturaleza de esta Neuroadaptación es tal, que si dejamos de administrar la droga o la desplazamos de su lugar de acción, se genera un *síndrome de abstinencia* característico de la sustancia y de la especie biológica determinada.

La Neuroadaptación se acompaña casi siempre por un cierto grado de tolerancia a alguno de los efectos de la droga, de ahí que se considere que los procesos básicos subyacentes a estos dos fenómenos se hallen relacionados entre sí.

Por otra parte, es posible que una determinada droga genere un estado de Neuroadaptación sin el correspondiente síndrome de dependencia, o alternativamente presentar dicho síndrome cuando la Neuroadaptación ya ha desaparecido.

Se plantea la posibilidad de *Neuroadaptación recíproca o cruzada* entre dos sustancias o drogas, cuando:

1. una de ellas tiene la capacidad de prevenir las manifestaciones de abstinencia que se generan por el abandono de la otra, y
2. mantienen un estado neuroadaptativo similar.

— *Dependencia psicológica*: es un término que requiere ulterior estudio. Los autores del Memorándum de la OMS plantearon la posibilidad de sustituir dicho término por el de «conducta aprendida de búsqueda de la droga», si bien no tomaron ninguna decisión en este sentido.

— *Drogodependencia o Síndrome de Dependencia*: síndrome bio-psico-social que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva, en relación con otras conductas que habían sido mejor valoradas anteriormente.

El término síndrome se utilizaría para significar que se trata de un fenómeno en el que contribuyen diversos componentes, sin que sea necesario que to-

dos ellos se hallen siempre presentes, ni que lo hagan siempre con la misma intensidad.

El síndrome de dependencia sería pues un fenómeno cuantitativo que existiría en diferentes grados. La intensidad del síndrome se valoraría por las conductas generadas en relación con el uso de la droga, así como por conductas secundarias al uso de la droga. En el extremo del síndrome de dependencia se hallaría la conducta compulsiva de búsqueda de droga.

El hecho de que en la dependencia se hallen implicados fenómenos cognitivos, conductuales y fisiológicos, conlleva la necesidad de múltiples criterios para su valoración. La evidencia de neuroadaptación sería uno de tales criterios pero no el más importante. El fenómeno o las dimensiones que en conjunto identifican el síndrome, deben de ser investigadas con el fin de conocerlas, así como también su grado de participación. Muy probablemente entre ellas hallaríamos algunas de las siguientes:

— Durante los intentos de abandonar o moderar el uso de la droga, aparece una conciencia subjetiva de compulsión al uso de la misma.

— La existencia de un deseo de dejar la droga, contrapuesto a otro de seguir tomándola.

— La existencia de un ámbito relativamente estereotipado del uso de la droga.

— Evidencia de neuroadaptación (tolerancia y síntomas de abstinencia).

— Uso de la droga para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

— La búsqueda de la droga pasa a ser una conducta destacable en comparación con otras importantes prioridades.

— *Uso (Abuse) y Mal uso (Misuse)*: De acuerdo con lo ya señalado anteriormente, en el Memorándum de la OMS se indica que tales términos implican juicios de valor y que no son aceptables desde un punto de vista estrictamente científico. Se propone sustituirlos por los siguientes:

Uso Peligroso (Hazardous Use); Uso Nocivo (Harmful Use); Uso Disfuncional (Dysfunctional Use).

DSM-III-R (3ª edición revisada del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*)

En la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la *Asociación Americana de Psiquiatría*, (APA, 1987) concretamente la tercera edición revisada, dedica un capítulo a los «Trastornos por uso de sustancias psicoactivas», en el que se recogen los criterios diagnósticos de la dependencia y abuso de sustancias psicoactivas, primero en general y luego refiriéndose a cada una de ellas en particular, y por otra parte, en el capítulo de «Trastornos y síndromes mentales orgánicos» hace referencia a los «trastornos mentales orgánicos provocados por sustancias psicoactivas» planteando los criterios diag-

nósticos de la intoxicación y de la abstinencia causadas por las diversas sustancias psicoactivas.

Dependencia de sustancias psicoactivas

Según el DSM-III-R, la sintomatología esencial de este trastorno consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas.

Los síntomas del síndrome de dependencia incluyen, aunque no se limitan a ello, los síntomas de tolerancia y abstinencia. Algunos sujetos con síntomas fisiológicos de tolerancia y abstinencia, pueden no tener el síndrome de dependencia, como ocurre por ejemplo en muchos pacientes quirúrgicos que desarrollan una tolerancia a los opiáceos que se les ha prescrito y experimentan síntomas de abstinencia sin mostrar ningún signo de deterioro en el control del uso de las sustancias. Por el contrario, otros sujetos pueden mostrar signos de una grave pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, por ejemplo de cannabis, sin ningún síntoma fisiológico de tolerancia o abstinencia.

Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas

A. Como mínimo, tres de los síntomas siguientes:

1. Con frecuencia, el uso de la sustancia se hace con mayor cantidad o por un periodo más largo de los que el sujeto pretendía.

2. Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia.

3. Una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, el robo), consumirla (por ejemplo, fumando en cadena), o recuperarse de sus efectos.

4. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (por ejemplo, no va al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela «colocado» (*high*), está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado (por ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación).

5. Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia.

6. Uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (por ejemplo, el sujeto sigue consumiendo heroína a pesar de las discusiones familiares que provoca su consumo, de la depresión inducida por cocaína, o de tener una úlcera que empeora con el alcohol).

7. Tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia (al menos, un 50 %) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.

Los siguientes ítems no pueden aplicarse al cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina:

8. Síntomas de abstinencia característicos (véase los síndromes específicos de abstinencia en los trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas).

9. A menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

B. Algunos de los síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo, o han aparecido repetidamente a lo largo de un periodo prolongado de tiempo.

Criterios para evaluar la gravedad de la dependencia de sustancias psicoactivas:

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Estos síntomas tan sólo provocan un leve deterioro de la actividad laboral, de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro conductual entre «leve» y «grave».

Grave: Muchos síntomas además de los requeridos para establecer el diagnóstico. Los síntomas interfieren considerablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás. (Debido al fácil acceso a los cigarrillos y otras sustancias que contienen nicotina y a la ausencia de un síndrome clínicamente significativo de intoxicación por nicotina, el deterioro en la conducta laboral o social no es necesario para la valoración de una dependencia grave de la nicotina).

En remisión parcial: Ha habido un consumo moderado de la sustancia y algunos síntomas de dependencia durante los pasados seis meses.

En remisión completa: No ha habido consumo de la sustancia, o la hubo sin ningún síntoma de dependencia durante los pasados seis meses.

Abuso de sustancias psicoactivas

Según el DSM-III-R el abuso de sustancias psicoactivas es una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso de sustancias psicoactivas que nunca cumplen los criterios para una dependencia de ese tipo de sustancia en particular.

Los criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas que propone el DSM-III-R son los siguientes:

A. Un modelo desadaptativo de uso de sustancia psicoactiva caracterizado como mínimo por uno de los síntomas siguientes:

1. Uso continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia psicoactiva.

2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en que éste es físicamente arriesgado (por ejemplo, conducir estando intoxicado).

B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o han aparecido repetidamente por un periodo prolongado de tiempo.

C. El cuadro nunca reunió los criterios para el diagnóstico de dependencia de la sustancia psicoactiva para el caso de esa sustancia.

Trastornos mentales orgánicos provocados por sustancias psicoactivas

En esta sección del DSM-III-R se clasifican varios síndromes mentales orgánicos provocados por el efecto de diversas sustancias psicoactivas sobre el sistema nervioso. Estos síndromes difieren de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, en los que se observan trastornos de la conducta asociados a la ingesta de sustancias psicoactivas que afectan al sistema nervioso central. Es por ello, que en muchas ocasiones deberá de diagnosticarse simultáneamente el trastorno mental orgánico y el trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Entre los trastornos mentales orgánicos descritos en este apartado aparecen no sólo los de intoxicación y síndrome de abstinencia, sino también los de delirium, alucinosis, trastorno mnésico, demencia, trastorno delirante, trastorno del estado de ánimo, trastorno perceptivo postalucinógeno, trastorno por ansiedad y trastorno de la personalidad.

ICD-10 (10ª Revisión de la *International classification of diseases*)

El último borrador de la 10ª revisión del ICD (WHO 1990) dentro del capítulo dedicado a *Mental and Behavioural Disorders*, destina una de las categorías a «Trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas» (*Mental and Behavioural disorders due to psychactive substance use*).

Dentro de dicha categoría distingue 10 tipos de trastornos:

1. Trastornos debidos al uso del alcohol.
2. Trastornos debidos al uso de sustancias opiáceas.
3. Trastornos debidos al uso de cannabinoides.
4. Trastornos debidos al uso de sedantes o hipnóticos.
5. Trastornos debidos al uso de cocaína.
6. Trastornos debidos al uso de otros estimulantes (incluida la cafeína).
7. Trastornos debidos al uso de sustancias alucinógenas.
8. Trastornos debidos al uso del tabaco.
9. Trastornos debidos al uso de disolventes volátiles.
10. Trastornos debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.

Cada uno de estos 10 tipos de trastornos puede presentar diversos cuadros clínicos:

1. Intoxicación aguda.
2. Uso dañino.
3. Síndrome de dependencia.
4. Síndrome de abstinencia.
5. Síndrome de abstinencia con delirium.
6. Trastorno psicótico.
7. Síndrome amnésico inducido por alcohol y drogas.
8. Trastorno psicótico de tipo residual inducido por el alcohol y las drogas.
9. Otros trastornos mentales y conductuales inducidos por el alcohol y las drogas.

10. Trastornos mentales y conductuales inespecíficos inducidos por el alcohol y las drogas.

Síndrome de dependencia

En el apartado correspondiente al síndrome de dependencia, se le define como un *cluster* de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos, en los que el individuo da una mayor prioridad al uso de la sustancia o grupo de sustancias en relación con otras conductas que anteriormente había valorado prioritariamente. Una característica central del síndrome radicaría en un fuerte deseo de tomar las sustancias.

Como criterios diagnósticos propone los siguientes:

1. Un fuerte deseo o compulsión a tomar la sustancia.
2. Una incapacidad en controlar la conducta de tomar la sustancia.
3. Toma la sustancia con la intención de aliviar los síntomas de abstinencia y siendo consciente de que tal estrategia es efectiva.
4. Presenta síndrome de abstinencia.
5. Existe evidencia de que se ha generado tolerancia.
6. Un empobrecimiento del repertorio personal de patrones de uso de la sustancia.
7. Olvido progresivo de placeres o intereses alternativos en favor del uso de la sustancia.
8. Persiste en el uso de la sustancia aun a pesar de existir una clara evidencia de que le resulta perjudicial desde el punto de vista médico (daño hepático por excesiva ingesta de alcohol), social (dificultades laborales por pérdida de su rendimiento en el trabajo) o psicológico (presentación de un cuadro depresivo consecuente al uso de la sustancia).

Se considera una característica esencial del síndrome de dependencia el que se esté tomando la sustancia o que exista un intenso deseo de tomarla; la sensación subjetiva de compulsión al uso de sustancias aparece generalmente durante los intentos de abandonar o controlar su uso.

Los criterios diagnósticos expuestos excluirían, por ejemplo, los pacientes quirúrgicos a los que se está administrando sustancias opiáceas para aliviar su dolor y que pueden mostrar un síndrome de dependencia a los opiáceos al dejar de administrarles la sustancia, pero que no muestran deseo alguno de seguir tomándola.

Según el ICD-10 el síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia específica (por ejemplo tabaco) o por un determinado tipo de sustancias (por ejemplo sustancias opiáceas), o por un amplio marco de diferentes sustancias (como por ejemplo ocurre en aquellos individuos que regularmente sienten una compulsión al uso de cualquier droga que se halle a su alcance y cuya abstinencia les genera *distress*, agitación y/o signos físicos propios de un síndrome de abstinencia.

Consideraciones finales acerca de la clasificación en drogodependencias

En el Memorándum de la OMS de 1981, al que nos hemos referido en otros

apartados de este trabajo se hace ya referencia a las importantes dificultades que nos encontramos a la hora de clasificar los problemas relacionados con el alcohol y las drogas. Entre tales dificultades, el mencionado Memorándum destaca a las siguientes:

1. Las Drogodependencias no son un fenómeno «todo o nada». En muchos casos se trata más de un continuum que no de categorías.

2. Al intentar categorizar «patrones de uso» incluso para una droga determinada, enseguida nos damos cuenta de la complejidad del problema. Resulta extremadamente difícil expresar en términos simples las combinaciones posibles de las diferentes cantidades de droga y las diversas frecuencias de uso.

3. En la práctica, un individuo toma más de una droga, resultando muy difícil discernir cuál de estas sustancias presenta una drogadicción primaria, especialmente si estudiamos la evolución del patrón de drogadicción a lo largo del tiempo.

4. El definir la vía de administración, es también un difícil e importante problema. Así, ¿el mascar tabaco, esnifarlo, fumar cigarrillos o fumar puros o pipas, deben considerarse equivalentes a la hora de clasificarlos?

5. Por lo que respecta a las incapacidades físicas que puedan generarse por el abuso del alcohol o de las drogas, las diferentes formas en que dichas incapacidades puedan agruparse, y los diferentes grados en que puedan presentarse cada una de ellas, dan lugar a miríadas de posibles *clusters*. No se trata pues de escalas de tipo lineal y resultaría por lo tanto arbitrario el planear clasificaciones basadas en el «grado de incapacidad».

6. Los síndromes que resultan del abuso de sustancias psicoactivas, se hallan especialmente influidos por aspectos culturales y de personalidad.

7. Si bien existe aún una cierta controversia en la clasificación de las enfermedades mentales, en el campo de las drogodependencias el debate se sitúa incluso al nivel de la existencia o no de síndromes específicos. Un claro ejemplo de ello lo tendríamos en el *status* de la psicosis cannábica.

8. Dado que los problemas de drogadicción fácilmente implican aspectos físicos, psicológicos y sociales, resulta evidente la necesidad de una clasificación multi-axial, si bien el número de ejes necesarios sería muy elevado.

9. Si bien muchos aspectos de los trastornos mentales se hallan bajo un marco legal de tipo nacional, los problemas de drogadicción se encuentran especialmente afectados por aspectos legales no sólo de tipo nacional sino también internacional. Ello representa una dificultad adicional a la hora de desarrollar una clasificación científica y sanitaria que encaje a su vez con las provisiones legales.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, y considerando a la clasificación, no sólo como uno de los métodos utilizados clínicamente en ciencia, sino como un método fundamental para el avance en el conocimiento científico de cualquier campo —como ha tenido claramente lugar en la química, a partir del establecimiento de la tabla periódica de los elementos llevada a cabo por Mendeleev, o en la botánica, a partir de las aportaciones taxonómicas efectuadas por Linneo— hemos creído de interés recopilar en este trabajo los esfuerzos realizados en este sentido tanto por la OMS como por la APA en un tema tan complejo y en ciertos aspectos reciente, como es el de las Drogodependencias.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1988). *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (pp. 152-226). Barcelona: Masson (Traducción del original en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3ª ed. rev. New York: APA, 1987).
- Eddy, N.B. et al. (1965). Drug dependence: its significance and characteristics. Geneva. *Bulletin of the World Health Organization* 32, 721-733.
- Edwards, G. et al. (1977). *Alcohol-related disabilities*. Geneva: World Health Organization (WHO Offset Publication), 32, 11-20.
- Edwards, G. et al. (1981). Nomenclature and classification of drug-and-alcohol-related problems: a WHO Memorandum. Geneva: *Bulletin of the World Health Organization*, 59 (2), 225-242.
- World Health Organization (1950). *Technical Report Series* (Second report of the WHO Expert Committee on Drug Liable to Produce Addiction). Geneva: World Health Organization, 21, 6-7.
- World Health Organization (1951). *Technical Report Series*. (Mental Health. Report on the First Session of the Alcoholism Subcommittee). Geneva: World Health Organization, 42.
- World Health Organization (1952). *Technical Report Series*. (Third report of the WHO Expert Committee on Drugs Liable to Produce Addiction). Geneva: World Health Organization, 57, 9.
- World Health Organization (1957). *Technical Report Series*. (Seventh report of the WHO Expert Committee on Addiction-Producing-Drugs). Geneva: World Health Organization, 116, 12-16.
- World Health Organization (1964). *Technical Report Series*. (Thirteenth report of WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs). Geneva: World Health Organization, 273, 9-20.
- World Health Organization (1969). *Technical Report Series*. (Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Drug Dependence). Geneva: World Health Organization, 407, 5-14.
- World Health Organization (1990). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. (Borrador del Capítulo V) Geneva: World Health Organization, 49-60.