

## **El consumo de alcohol y cocaína en España: los adolescentes**

**José Manuel Bertolín Guillén**

*Psiquiatra, Jefe de Sección. Unidad Hospitalaria de Psiquiatría, Hospital Arnau de Vilanova.*

Los datos conocidos del consumo de drogas en España, y de alcohol y cocaína en particular; son preocupantes. Según el reciente informe: "Alcohol en Europa: una perspectiva de salud pública" del londinense *Institute of Alcohol Studies*, Europa es una de las regiones del mundo con mayor consumo de alcohol. Para la cocaína, el Informe Mundial de las Drogas 2006, presentado en la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito, revela que España se ha convertido en el segundo país del mundo donde más personas la han consumido: casi tres de cada cien españoles la consumieron en 2003, una cifra sólo superada por EE UU.

Pero, ¿qué sucede con el alcohol y la cocaína en la principal población de riesgo española? La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) muestra que en 2004 las sustancias de abuso más extendidas entre los estudiantes de 14-18 años fueron el alcohol y el tabaco: un 65,6% habían consumido bebidas alcohólicas en los 30 días previos; en cuarto lugar se situó la cocaína con una prevalencia anual del 7,2%. La combinación cocaína-alcohol es la más frecuente en nuestro país. Entre 160.000 y 170.000 adolescentes de 14-18 años consu-

mieron cocaína en los doce meses previos al estudio. El porcentaje de estudiantes que han consumido cocaína en ese periodo se ha multiplicado por cuatro entre 1994 y 2004, pasando del 1,8% al 7,2%.

### **LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DEL CONSUMO**

Aunque hay razones para el optimismo, es evidente que la percepción del riesgo asociado a las drogas entre los jóvenes es baja, pese a todas las estrategias de información y educación puestas en juego a lo largo de todo el país. Según la ESTUDES, en 2004 sólo un 8,7% de los encuestados se sentía suficiente o perfectamente informado sobre el consumo de drogas, las formas, los efectos y los problemas asociados. Junto a muchos otros factores como los cambios en los modelos de ocio, el abaratamiento y la ubicuidad de las drogas, es probable que la responsabilidad de los adultos en este asunto sea importante: sirvan de ejemplo el modelaje paradójico, la despreocupación y las limitaciones de la comunicación de los adultos para con los jóvenes. Para mayor detalle, la encuesta sobre

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
jmbertolin@comv.es



drogas a la población escolar de la Comunidad Autónoma de Madrid correspondiente a 2004 y realizada sobre una muestra de 3.000 alumnos de 14-18 años, revelaba que los padres son "bastante o muy permisivos" con el consumo de alcohol de sus hijos. En el mismo sentido, el estudio "Adolescencia y alcohol", realizado recientemente por la Fundación Alcohol y Sociedad entre más de 22.000 adolescentes españoles de 12-18 años, a lo largo de cuatro años, mostró que un 45% de ellos, principalmente entre 17-18 años, aseguran que sus padres les permiten beber alcohol, y un 57% afirman que no han mantenido conversaciones con sus progenitores sobre ese asunto.

## **EL BINOMIO ALCOHOL-COCAÍNA: BASES NEUROBIOLÓGICAS Y COMORBILIDAD**

La asociación cocaína y alcohol es frecuente porque este último disminuye los efectos adversos de la primera. La asociación supone un riesgo mayor de la morbimortalidad asociada a la cocaína. En estudios *in vitro* el alcohol inhibe la actividad de la metilesterasa, disminuyendo la hidrólisis a benzoilecgonina, un éster metílico de la ecgonina. En presencia de etanol la cocaína es transesterificada por esterasas hepáticas a etilcocaína o cocaetileno y se incrementa la N-demetilación a norcocaína. El metabolito cocaetileno tiene una vida media plasmática tres a cinco veces mayor que la cocaína. Posee importante actividad tóxica, fundamentalmente miocárdica (potencial arritmogénico y de producción de muerte súbita), hepática y psíquica (intensifica y prolonga los efectos euforizantes de la cocaína, puede producir convulsiones y facilitar conductas

violentas). Su toxicidad es también mayor que la del alcohol y la cocaína por separado, más aún cuando el consumo de alcohol es previo al de cocaína.

Hay algunos datos farmacológicos que apoyan la existencia de una base común entre la depresión y el alcoholismo. El descenso de las concentraciones de serotonina y del funcionalismo dopaminérgico observado en la abstinencia a psicoestimulantes como la cocaína es similar a las modificaciones neurobiológicas halladas en la depresión y en otros trastornos mentales. El papel también similar que parecen desempeñar algunos neuropéptidos en la depresión y en la abstinencia de sustancias contribuye a reforzar la idea de una base neurobiológica compartida que se traduciría en una especial vulnerabilidad como eje etiopatogénico para la denominada patología dual. Así lo corroboran las investigaciones sobre modelos experimentales que correlacionan el estrés con el consumo de drogas, la implicación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, el circuito dopaminérgico córtico-mesolímbico y otros sistemas de neurotransmisión.

Desde el punto de vista psicobiológico la adicción depende de las sensaciones de recompensa y refuerzo que provocan las sustancias. Se conocen bastante bien las supuestas dianas moleculares en el sistema nervioso central de esas sensaciones para la cocaína y otros psicoestimulantes, y en menor grado también para el alcohol. Se ha demostrado que el sistema dopaminérgico prosencefálico interviene en la expectativa de recompensa con la cocaína y otras sustancias, y se investiga en el modelo de la elevación de los umbrales hedónicos para explicar el tránsito del consumo de cocaína controlado al adictivo. Cobra fuerza la hipótesis de la implicación de las pro-



teínas *Homer* y la transmisión glutamatérgica en la sensibilización de la conducta provocada por la administración repetida de cocaína. Las reducciones de las proteínas Homer inducidas por la cocaína en el núcleo *accumbens* en ratas resultan ser una neuroadaptación clave subyacente a las conductas asociadas a la adicción a la cocaína.

Si el fenómeno de la adicción es complejo y sólo puede ser entendido de forma multidisciplinar, ocurre lo mismo con la comprensión de las recaídas. Estas se relacionan con el tipo de sustancia, el estrés, las señales de condicionamiento y, probablemente, con la debilidad del control cognitivo sobre el comportamiento relacionado. El abuso continuado de una sustancia permite asociaciones condicionadas entre los efectos de recompensa y los estímulos concretos o del contexto situacional. Los modelos animales de recaída y de ansia explican bien la neurobiología de la reanudación del consumo condicionado y del consumo relacionado inespecíficamente con el estrés. Es mucho, sin embargo, lo que queda por elucidar en este campo. Prometen bastante los estudios de neuroimagen funcional in vivo en humanos y sigue siendo necesario ahondar en los modelos cognitivos explicativos.

## ¿QUÉ SE PUEDE HACER CON LOS DISTINTOS TIPOS DE PREVENCIÓN?

Se trabaja con buenos resultados en algunas comunidades autónomas españolas en planes de educación basados en la prevención selectiva del consumo de drogas como alternativa más efectiva que la represión o la multa en consumidores jóvenes. Para el abuso de alcohol, el Programa de Fortalecimiento Familiar

(*Strengthening Families Program*, SFP) parece ser un tipo de intervención efectiva para la prevención primaria en jóvenes. La Oficina de las Naciones Unidas contra La Droga y el Delito (UNODC) nos proporciona claves indispensables para la prevención primaria en general. La Oficina ha elegido el lema "Las drogas no son un juego de niños" para su campaña internacional 2006. La campaña insta a los adultos a que protejan a los niños y a que el hogar sea un entorno seguro. En particular están obligados los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales y todas las instituciones del Estado. Siguiendo esta línea, y coincidiendo con la celebración del Día Mundial contra la Droga, se acaba de presentar el Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana para el periodo 2006-2010: el plan resalta las intervenciones de distinto tipo sobre la infancia, la juventud y los ámbitos escolarizados de las enseñanzas primaria y secundaria.

No hay estándares en el tratamiento de la dependencia a la cocaína y, en general, la adherencia terapéutica de los pacientes es baja, pero hay indicios de la efectividad de los tratamientos conductuales-cognitivos. Dentro de los tratamientos farmacológicos de mantenimiento, la naltrexona es un antagonista puro de los receptores opioides que disminuye tanto el efecto reforzante como el deseo de consumir alcohol, pero en la dependencia mixta a la cocaína y alcohol no ha demostrado eficacia en asegurar la abstinencia a la cocaína. Por el contrario, en algunos ensayos clínicos el disulfiram fue eficaz en disminuir el consumo de cocaína: probablemente porque al disuadir más contundentemente del consumo de alcohol por la reacción alcohólica, consigue de manera indirecta reducir el consumo asociado de



cocaína. En todo caso, el consumo persistente de alcohol durante cuatro semanas predice un resultado más pobre del tratamiento de la adicción a la cocaína.

Hay expectativas con la vacuna TACD en la dependencia a la cocaína, dada su capacidad para producir anticuerpos específicos en animales. En el futuro, los modelos animales de patología dual y la investigación acerca de la interacción entre genética y el desarrollo cerebral en las etapas fetal y perinatal pueden proporcionar un conocimiento valioso para explicar ciertas conductas desadaptativas y de consumo de drogas. Pero lo cierto es que el tratamiento farmacológico convencional actual de la dependencia a la cocaína no da buenos resultados y los nuevos psicofármacos que prometen mucho obtienen asimismo resultados que siguen sin ser concluyentes. La psicofarmacoterapia de los trastornos de la personalidad, en cambio, va dando algunos frutos y puede ser una buena vía de tratamiento indirecto de la adicción a la cocaína y alcohol, cuando hay comorbilidad transversal con aquellos. En distintos lugares del país van surgiendo las denominadas unidades de patología dual para el tratamiento hospitalario integrado de ciertos pacientes, que podrían ser una alternativa más efectiva que los tratamientos paralelo o secuencial de los mismos.

El futuro, pues, está abierto a la esperanza fundada: hay muchos esfuerzos de todo tipo para que cambie la insatisfactoria realidad actual en el terreno de la prevención y tratamiento de la adicción a sustancias, y a la cocaína y al binomio cocaína-alcohol en particular. Prevenir implica conocimiento empírico de la realidad, investigar, evaluar, planificar, trabajo en equipo, visión de conjunto, iniciativa, creatividad y más cosas. En este presente y futuro de la prevención y tratamiento estamos todos implicados.