

El cúmulo de productos, presentaciones, empleos y situaciones que involucra el fenómeno del uso y abuso de sustancias ha dado lugar a una amplia (pero ambigua) terminología, a partir de la cual los distintos actores sociales nos referimos a diferentes aspectos de todo aquello que rodea el tema de las adicciones.

Es importante señalar que la falta de cuidado por parte de distintos actores, figuras e instituciones en la incorporación al discurso informativo de términos adecuados, de divulgación y de prevención de las adicciones ha favorecido y perpetuado en nuestra población un pobre y superficial entendimiento acerca de qué son las sustancias de abuso y en qué consiste el abuso en su consumo. Valdría la pena entonces ocupar un momento de nuestro tiempo para aclarar algo de esta confusión y poder aproximarnos a este fenómeno con un lenguaje común y unificado, es decir, entendiendo precisamente a qué nos estamos refiriendo cuando empleamos una palabra determinada.

Adicción

Primero ¿qué es una adicción? Las raíces etimológicas de la palabra adicción provienen del latín *addictio*, *addictionis*, cuyas múltiples acepciones van desde: dedicarse a, inclinarse por, o ser afín a una actividad, hasta adquirir matices más oscuros como: entregarse, abandonarse o condenarse a dicha ac-

tividad. Inclusive se dice que, en la antigua Roma, el término *adicto* (del latín *addictus*, -i) hacía referencia a un individuo adjudicado como esclavo a su acreedor en razón de haber faltado al pago de una deuda.

Los diccionarios tanto de la Real Academia Española como de la Academia Mexicana de la Lengua enfatizan primordialmente los últimos atributos antes dichos y definen la palabra adicción como: la afición excesiva o dependencia a una droga o a una actividad, de manera tal que resulta perjudicial para la salud. Sin embargo, aunque el término ha sido popularizado en múltiples escenarios, en el ámbito clínico ha caído en desuso por razones de estigmatización social y ha sido no sólo reemplazado, sino recategorizado en la edición más reciente del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) por el de: trastornos por consumo de sustancias, cuyo diagnóstico alude a un cúmulo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que evidencian el uso recurrente y desmedido de sustancias psicotrópicas a pesar de las consecuencias negativas que esto le ocasiona al individuo.

A partir de la segunda mitad del siglo xx, y hasta nuestros días, el entendimiento y la concepción clínica de los trastornos por consumo de sustancias han sido moldeados en gran medida por las distintas entregas del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana-





El lenguaje de las drogas



Andrés Agoitia Polo



na de Psiquiatría. Un análisis de los cambios incorporados en cada edición escapa a los fines de este texto, sin embargo, cabe mencionar que en el mismo lapso de tiempo se ha llevado a cabo una transición en cuanto al énfasis que se da a los distintos criterios de diagnóstico donde inicialmente se otorgaba una mayor relevancia a los signos de dependencia física o fisiológica y se clasificaba a los consumidores como usuarios, abusadores y dependientes. En la actualidad, el patrón de consumo compulsivo ocupa el papel protagonista y el diagnóstico es el mismo; sólo difiere en cuanto a su gravedad: leve, moderado o severo.

Es importante recalcar que aunque comúnmente se utiliza el término dependencia como equivalente de adicción, esto no necesariamente es así. Desafortunadamente, esta palabra ha sido utilizada para ilustrar distintas ideas (dependencia física, dependencia psicológica o farmacodependencia), lo que ha ocasionado que su significado no quede del todo claro. La dependencia, desde el punto de vista farmacológico, se refiere al proceso de adaptación fisiológica que se lleva a cabo en el organismo a partir de la exposición

crónica a un fármaco, la cual conlleva la activación paulatina de mecanismos compensatorios en las células del organismo. Tales mecanismos frecuentemente operan en dirección contraria a los efectos que produce el fármaco, amortiguando el impacto que dicho fármaco tiene en la homeostasis. A esta dependencia es a la que uno se refiere cuando se habla de dependencia física o fisiológica.

Tolerancia y síndrome de abstinencia

Dos fenómenos dan cuenta de este proceso: el desarrollo de una tolerancia y el llamado síndrome de abstinencia. La tolerancia se refleja en la necesidad de incrementar la cantidad administrada de fármaco para obtener los efectos alcanzados inicialmente, mientras que el síndrome de abstinencia se hace evidente a medida que el fármaco es metabolizado y se debilita su contraposición ante los mecanismos compensatorios ya mencionados. Una situación similar se observa al administrar un fármaco que bloqueé o interfiera con los mecanismos farmacológicos sobre los cuales actúa el fármaco inicial.

Aunque ambos fenómenos han sido estrechamente vinculados al desarrollo de las adicciones, actualmente no se consideran condiciones ni suficientes ni necesarias para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Para ilustrar esto, piense usted en una persona que después de sufrir un accidente es intervenida quirúrgicamente y que durante el tortuoso periodo de recuperación se le administra continuamente morfina como calmante. Este individuo bien podría desarrollar signos de dependencia como son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. No obstante, se descarta tal diagnóstico debido a la ausencia

de otros criterios que componen el patrón patológico de consumo, como son la falta de control en la cantidad o tiempo dedicado al consumo, así como los problemas sociales que esto acarrea. La razón de que no se desarrolle este patrón podría remitirse a que el individuo pudo no haber entablado una relación conductual entre la administración intravenosa de la morfina y los efectos hedónicos experimentados, ya que quien realizó la administración no fue el paciente, sino el médico tratante. Desde esta perspectiva, el aprendizaje asociativo es esencial para el desarrollo de las adicciones. A grandes rasgos, a esta dependencia es a la que uno se refiere cuando se habla de dependencia psicológica.

Droga o sustancia de abuso

En el marco del uso y abuso en el consumo de sustancias muchas veces utilizamos, de manera intercambiable e indiscriminada, los términos droga y sustancia de abuso pero, ¿qué es una droga? La respuesta depende en gran medida de a quién le preguntemos y curiosamente también en qué idioma lo hagamos. Lo más conveniente, si nos





interesa una aproximación científica en lugar de una etimológica, es acercarnos a la farmacología, la ciencia que estudia todo lo relacionado con las sustancias químicas que interactúan biológicamente con los organismos.

Un farmacólogo norteamericano nos respondería que una droga (*drug*) es cualquier sustancia o compuesto químico con actividad biológica, mientras que un químico farmacéutico biólogo mexicano nos aclararía que una droga es una sustancia química con actividad biológica que únicamente ha sido sometida a un proceso de secado, cortado o macerado.

Podemos observar una diferencia fundamental en la definición de la misma palabra en diferentes idiomas, ya que aunque todas las drogas encajan en el campo semántico de las *drugs*, no todas las *drugs* son necesariamente drogas. Para ello, en el idioma español existen términos adicionales que hay que retomar para evitar más confusiones.

Nuestro químico farmacéutico biólogo abundaría: "el término fármaco es la palabra que podría ser utilizada como el equivalente más próximo del *drug* en inglés. No obstante, *drug* también comprende el término medica-

mento, que en español se refiere a un fármaco presentado en una forma farmacéutica (comprimido, tableta, pastilla, etcétera)". Muestra de ello es que un norteamericano generalmente puede acudir tanto a una *drugstore* como a una *pharmacy* para adquirir un medicamento, mientras que un mexicano recurre a una farmacia. ¡Qué lío!, evidentemente, no es lo mismo abordar el tema desde distintos idiomas.

Ya que sabemos a qué nos referimos específicamente cuando decimos droga en español, podemos entonces mencionar ejemplos de algunas de ellas. ¿Se les ocurre alguna?... ¡marihuana!, ¡cocaína!, ¡heroína!

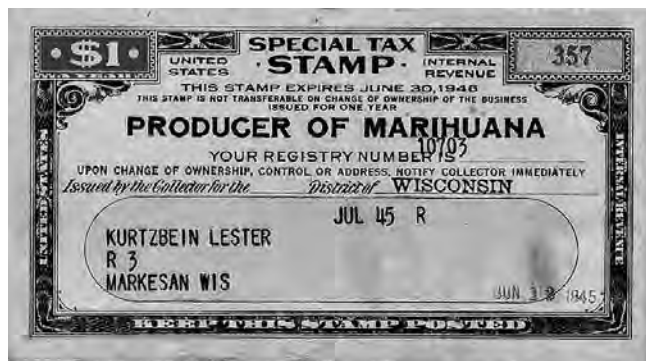
Pues sí y no. Mientras que ha acertado el lector que pensó en la primera propuesta, los otros no, porque ni la cocaína ni la heroína son drogas bajo esta definición puesto que ambas provienen de sustancias que han sido sometidas a manipulaciones químicas más allá de las referidas en nuestra definición.

Con el perdón de los académicos puristas —no me coman, por favor—, hay que entender que el significado común de la palabra droga ha sido utilizado en México generalmente para referirnos a sustancias psicotrópicas. En este nuevo arreglo semántico las tres respuestas anteriores son correctas.

Cafeína, alcohol y tabaco

Aunque con frecuencia no se le considere como droga la cafeína es el agente psicoactivo responsable de los efectos psicoestimulantes experimentados por el consumo de café y entra perfectamente en nuestra definición conceptual. La cafeína forma parte de una familia de alcaloides llamados metilxantinas, entre los cuales podemos encontrar a la teofilina y la teobromina, agentes psicoactivos presentes en el té





verde y el cacao, respectivamente. Estas mismas sustancias se encuentran en las infusiones de mate y guaraná, y poseen cierto potencial de abuso en su consumo.

El alcohol, por otro lado, cumple con todos los requisitos necesarios para entrar en nuestra definición de droga. Parece ser el elefante blanco que conocemos de toda la vida, pero que no nos acordábamos que estaba en la habitación. Para darnos una idea de qué tan grande es este elefante veamos algunos datos: por medio del Sistema Mundial de Información del Alcohol y la Salud, la Organización Mundial de la Salud estimó que, en el año 2010, 38% de la población mundial por encima de los quince años consumió algún tipo

de bebida alcohólica, cifra aún mayor en los continentes americano y europeo donde el aproximado ascendió hasta 61% y 66%, respectivamente. En el caso de México, la estimación fue de 57%, lo que nos situó casi en la media continental, pero definitivamente muy por encima de la media global. No cabe duda de que el consumo de alcohol se encuentra ampliamente distribuido en la sociedad mexicana.

No obstante, es importante reconocer que no cualquier consumo resulta patológico; uno puede disfrutar de una copa de vino tinto durante la cena o un par de cervezas frías viendo el fútbol sin provocar daños a la propia salud. De hecho, existe evidencia científica que señala que el consumo moderado de alcohol tiene un efecto protector ante cardiopatías y apoplejías isquémicas. Entonces, ¿por qué se considera que el consumo de alcohol constituye un problema para la salud? Sucede que la clave yace en la palabra moderación. Mientras que el consumo de alcohol en bajas cantidades posee algunas cualidades benéficas, en altas cantidades resulta muy dañino y desvanece cualquier beneficio que se hubiera podido obtener; inclusive se ha identificado un patrón de consumo específico, tipo atracón, donde ocurre la ingesta de grandes cantidades de alcohol en lapsos cortos de tiempo.

Volviendo a las cifras, se estimó la prevalencia de este patrón sano en 16% de los consumidores a nivel mundial, donde destacan nuevamente los continentes americano y europeo, con prevalencias de 22% y 23%, respectivamente. En México no nos quedamos muy atrás, al haberse estimado este patrón en 21% de la muestra, o sea, en uno de cada cinco consumidores.

El panorama se pone peor cuando dejamos de lado el consumo para hablar de los problemas a la salud que el alcohol ocasiona. Los trastornos por consumo de alcohol comprenden a aquellos patrones de consumo que resultan problemáticos para la salud física o mental de un individuo, así como para su desempeño social o laboral. Algunos ejemplos de afectaciones que pueden desembocar de estos trastornos son: alcoholismo, epilepsia, cirrosis hepática, pancreatitis, síndrome de alcoholismo fetal, cáncer, enfermedades cardiovasculares, lesiones intencionales y accidentales.

La prevalencia estimada de los trastornos por consumo de alcohol en México es de 3% en la población, según la Organización Mundial de la Salud. Este número se encuentra no sólo muy por debajo del promedio continental (6%), sino también de la media mun-





dial (4%). Pero los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones señalan que en el año 2011, 33% de la población mexicana mantuvo un patrón alto de consumo de alcohol mientras 6% presentaba signos de dependencia. Situación especialmente grave en algunas regiones del centro y norte del país, donde se alcanzan los valores más altos de consumo y dependencia. Ese 6% es el promedio estimado entre toda la población mexicana (sean consumidores o no), por lo que dicha cifra tiende a ser mayor en zonas urbanas y el segmento más afectado resulta ser el de los hombres jóvenes, 60% de ellos con un patrón alto de consumo y 14% con signos de dependencia, o sea uno de cada siete. Si se realizara esta proporción entre solamente la población de consumidores, el resultado sería aún mayor.

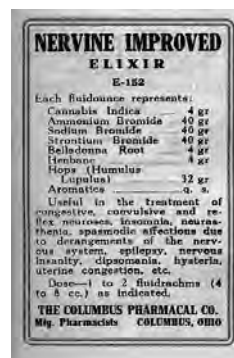
Por si no bastara ese golpe de cruda realidad, la Organización Mundial de la Salud señaló que en el año 2012 el abuso en el consumo de alcohol fue responsable de al menos 3.3 millones de muertes, lo que equivale a 6% de la tasa de mortalidad anual en todo el mundo. Este dato supera a todas las muertes ocasionadas por VIH-Sida, violencia y tuberculosis juntas.

Algo similar ocurre con el tabaco; de acuerdo con información del Sistema de Vigilancia Mundial del Tabaco, se estima que el número de consumidores de tabaco mayores a quince años asciende a 879 millones, cifra equivalente a 30% de la población adulta en los veintidós países donde se ha implementado este sistema, incluyendo México. Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones señalan que, durante el año 2011, 22% de la pobla-

ción (cerca de 17 millones de mexicanos) consumieron tabaco, de los cuales 41% lo hacen diario y 9% fuma su primer cigarro del día en los primeros treinta minutos después de despertarse, lo que se considera como un signo de severo tabaquismo. En otras palabras, uno de cada once fumadores presenta signos de grave dependencia.

Cabe preguntarse, ¿por qué dejamos de reconocer el elefante blanco en la habitación? Tanto el consumo de alcohol como el de tabaco han acompañado a la humanidad desde el inicio de la civilización y, a partir de entonces, se ha desarrollado toda una cultura de ritos, costumbres y tradiciones alrededor de ambos productos; además, los capitales detrás de estos enormes negocios se han esforzado muchísimo por fomentar en el público la percepción de que las drogas ilegales son una cosa, pero que el alcohol y el tabaco son otra distinta, e incluso existen innumerables retratos, iconos y referencias culturales alrededor del alcohol y tabaco que al otorgarle cierto atractivo han incentivado su consumo. Por eso parece que no son drogas, pero sí lo son. Valdría la pena empezar a hablar de sustancias de abuso, categoría que abarca





todas estas sustancias, independientemente de su estado legal y de qué tan perjudiciales para la salud pueden llegar a ser.

El abuso en el consumo de alcohol y tabaco son algunas de las principales causas prevenibles de enfermedades crónicas en países desarrollados. Pero a pesar de que el alcohol es una droga y la palabra alcoholismo alude a la dependencia al alcohol, difícilmente nos podemos referir a un alcohólico en los mismos términos que a un “drogadicto”. Hemos heredado y crecido bajo un esquema norteamericano de clasificación legal de sustancias de abuso cuya creación y estructuración poco tuvo que ver con un enfoque verdaderamente orientado a la salud y basado en evi-

dencia científica. Muestra de ello es que a pesar de todas las pruebas que existen acerca de los daños a la salud que ocasiona el consumo excesivo de alcohol y tabaco, nadie está abogando por penalizar su consumo, distribución o fabricación, ya que el problema no es ni el alcohol ni el tabaco, sino el establecimiento de patrones patológicos de consumo.

Marihuana

Actualmente, el tema de la legalización del cultivo, comercialización y consumo de la marihuana está en la mesa. Existen argumentos serios a considerar desde ambas posturas ya que, si bien hay evidencia científica que señala que el consumo de marihuana resulta nocivo para la salud —especialmente en cuanto al neurodesarrollo de niños y adolescentes— también se ha señalado que el daño que produce en adultos se equipara al del consumo de tabaco. Aunque es importante tener estos datos en cuenta, la venta de marihuana bien podría regularse bajo el mismo régimen que el del tabaco, en donde la venta de cigarros a menores de edad está prohibida.

Por otro lado, se cree que la marihuana es una “droga de entrada”, a par-

tir del argumento de que al incentivar el consumo, derivado de la legalización, se observaría posteriormente un incremento en el consumo de otras “drogas duras”. Para profundizar al respecto, se debe consultar la información disponible sobre países en donde se han tomado medidas similares, como Holanda, España, Portugal, Uruguay, Estados Unidos (Colorado, Oregón, Washington, California y Alaska). Pero éstos son sólo algunos argumentos para enriquecer la discusión.

Para reflexionar

Así que las sustancias de abuso no son el problema, sino el patrón patológico de consumo recurrente y desmedido que puede llegar a desarrollar un individuo. Este patrón no aparece solito ni mucho menos, existen factores tanto genéticos como ambientales que predisponen e inclinan al individuo a desarrollar dicho comportamiento. La investigación científica, básica y aplicada, está orientada a mejorar el entendimiento de tales factores para finalmente poder ejercer un mayor impacto benéfico, tanto a nivel de prevención como de tratamiento de las adicciones.

Más que pregonar la abstinencia, deberíamos de empezar a reconocer



que la política prohibicionista que se ha ejercido terminó por fracasar. Los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes señalan que, para el año 2014, 25% de los estudiantes de bachillerato habían consumido alguna sustancia de abuso distinta al alcohol y el tabaco, o sea uno de cada cuatro; por ser la marihuana la sustancia de mayor consumo, con una prevalencia de 22% —esto quiere decir que uno de cada cinco la ha consumido—, y también la que ha tenido un mayor crecimiento en función de la edad, pues jóvenes de diecisiete años presentaron una prevalencia casi diez veces mayor a la que se observó en niños de doce años. Es importante con-

siderar que existen mejores alternativas de prevención de adicciones, y una de ellas es informar y educar a los jóvenes acerca de las estrategias y los hábitos de consumo responsable, tal y como se ha venido realizando con el consumo de alcohol y tabaco, pues de una u otra forma el consumo ya está presente.

Toda esta reflexión acerca del lenguaje y el abanico de definiciones con-

ceptuales a partir del cual diferentes individuos u organizaciones abordamos las sustancias de abuso y el fenómeno del uso y abuso en su consumo tiene como fin que exista un mayor entendimiento (basado en evidencia científica), así como un consenso acerca de los distintos factores que inciden en el tema. A partir de esto podremos adoptar posturas más críticas que nos permitan enriquecer las discusiones y los debates que se están llevando a cabo, y poder llegar así a acuerdos que se traduzcan en mejores políticas públicas para enfrentar nuestra realidad. Finalmente, estimado lector, en todo este tema usted tiene la última palabra. ✨



Andrés Agoitia Polo

Instituto de Fisiología Celular,
Universidad Nacional Autónoma de México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Brunton, Laurence, Bruce Chabner y Björn Knollmann (eds.). 2011. *Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics*. McGraw-Hill.
- Koob, George F., Michael Arends y Michel Le Moal. 2014. *Drugs, Addiction, and the Brain*. Elsevier Inc, Oxford.
- Nathan, Peter, Mandy Conrad y Helene Skinstad. 2016. "History of the Concept of Addiction," en *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 12, pp. 29-51.

EN LA RED

goo.gl/eh2nos
goo.gl/VQgTn0
goo.gl/sFeOf1
goo.gl/gwKITg

IMÁGENES

Pp. 18-24: empaques y publicidad de cannabis, s. XIX y XX.

THE LANGUAGE OF DRUGS

Palabras clave. Adicciones, drogas, dependencia, alcohol, marihuana.

Key words. Addictions, drugs, dependency, alcohol, marijuana.

Resumen. La falta de cuidado en el uso de un lenguaje preciso ha favorecido un entendimiento superficial acerca de qué son las sustancias de abuso y en qué consiste el abuso en su consumo. Se abordan estas interrogantes a través de un ejercicio de redefinición conceptual con apoyo de datos epidemiológicos.

Abstract. Lack of attention to using precise language has favored a superficial understanding of what drugs of abuse are and what constitutes abusive use thereof. Such questions are approached through an exercise in conceptual redefinition with the aid of epidemiological data.

Andrés Agoitia Polo es egresado de la Facultad de Psicología de la UNAM. Actualmente es tesisista en el Instituto de Fisiología Celular donde realiza una investigación acerca de los procesos del aprendizaje, la memoria y la actividad neuronal asociada a los efectos de la exposición a sustancias de abuso.

Recibido el 27 de mayo de 2016; aceptado el 26 de agosto de 2016.