

# XIV JORNADA SOBRE DROGODEPENDENCIAS



## "La cocaína a debate"



AJUNTAMENT DE VALENCIA  
CONCEJALIA DE SANIDAD Y CONSUMO



GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT



**XIV JORNADAS SOBRE  
DROGODEPENDENCIAS  
“LA COCAÍNA A DEBATE”**

---

**Valencia, 17 de Noviembre de 2005**



## Comité Organizador

---

Presidente:

Francisco J. Bueno Cañigral

Secretaria:

Laura Ferrer Mora

Vocales:

Rocío Benito Corchete

Vicent Ferrer i Marco

Asunción Hernández Lahuerta

Mario Jordá Gilabert

Rosa María Martí Nadal

Ana Quiles Puchades

Ana Soler Díaz

## Comité Técnico

---

Presidente:

Juan Carlos Valderrama Zurián

Secretario:

Ricardo Pérez Gerada

Vocales:

Laura Braulio Sánchez

Salvador Campins Espí

Agustín Durán Gervilla

Amparo Gisbert Tío

Armando Serrano Badía

---

Edita:

Plan Municipal de Drogodependencias

Concejalía de Sanidad y Consumo

Ayuntamiento de Valencia

Depósito legal:

Producción:

Gorcrea, S.L.

## ÍNDICE

### *INAUGURACIÓN*

- Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. Sofía Tomás Dols.** 9  
Director General de Atención a la Dependencia.  
Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.
- Ilmo. Sr. D. José Manuel Rodrigo Gómez** 11  
Vicerrector de Relaciones Institucionales  
Universitat de València. Estudi General
- Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangrián.** 13  
Concejal de Sanidad y Consumo.  
Ayuntamiento de Valencia.
- Excmo Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui** 17  
Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)

### *PONENCIA*

- “EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y PROPUESTAS PREVENTIVAS”** 19
- Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez**  
Unidad de Toxicomanías  
Hospital Clínico Universitario “San Juan”. Alicante

### *MESA REDONDA:*

- “EL CONSUMO DE COCAÍNA: MOTIVACIONES Y EFECTOS ASOCIADOS”** 28
- Moderador:**  
**Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián.**  
Profesor Titular Facultad de Medicina. Universidad de Valencia
- “CONSUMO DE COCAÍNA Y PSICOPATOLOGÍA”** 31
- Dr. D. Carlos Roncero Alonso.**  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d’Hebron. Barcelona.

<b>“DAÑOS CEREBRALES DERIVADOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA”</b>	45
<b>Dra. D<sup>a</sup>. María Jesús Romero Gómez.</b>	
Servicio de Diagnóstico por Imagen ERESA. Hospital Arnau de Vilanova, Eresa, Valencia.	
<b>“SOCIOLOGÍA DE LOS NUEVOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA”</b>	55
<b>D<sup>a</sup>. María José Torrijo Rodrigo.</b>	
Coordinadora Técnica. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD).	
<b>MESA REDONDA</b>	
<b>“LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UN ENFOQUE DIVERSIFICADO”</b>	68
<b>Moderador:</b>	
<b>Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral.</b>	
Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias. Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.	
<b>“JÓVENES, DROGAS Y COMUNICACIÓN”</b>	71
<b>D<sup>a</sup>. Beatriz Pestaña.</b>	
Responsable del Departamento de Prensa. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).	
<b>“LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN FRENTE A LAS DROGAS: UNA PERSPECTIVA DE SERVICIO PÚBLICO”.</b>	77
<b>D. Javier Tovar.</b>	
Jefe de Sociedad, Sanidad y Comunicación de la Agencia EFE.	
<b>“LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO CREADORES DE ESTEREOTIPOS”</b>	83
<b>D. Rodrigo Gutiérrez.</b>	
Subdirector Diario ABC	
<b>CLAUSURA</b>	87
<b>Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangriñán.</b>	
Concejal de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.	



# INAUGURACIÓN

**Ilma. Sra. D<sup>a</sup>. Sofía Tomás Dols.**

Director General de Atención a la Dependencia.

Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Distinguidas autoridades, queridos amigos: Siempre constituye para mí un motivo de satisfacción personal participar en las Jornadas sobre Drogodependencias que organiza el Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia en colaboración con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Y en esta ocasión, en estas XIV Jornadas, representa a la vez un gran honor proceder a su inauguración en calidad de Directora General de Drogodependencias.

He asistido como participante en numerosas ediciones anteriores y me consta el interés de los organizadores no sólo por incluir temas de debate de la máxima actualidad, tanto para los profesionales como para el conjunto de la sociedad, sino también porque los temas sean tratados y debatidos con el mayor rigor científico, con el aval de unos ponentes de reconocida autoridad y prestigio.

Esta nueva edición somete a debate la cocaína, droga que representa para todos nosotros un grave motivo de preocupación. La magnífica ponencia inaugural del Dr. Bartolomé Pérez Gálvez presagia unas Jornadas tremendamente interesantes.

Datos obtenidos de la encuesta 2004 realizada a nivel de la Comunidad Valenciana en población general y referidos a cocaína, indican que el 8'9% han consumido alguna vez, que el 3'3% ha consumido en el último año y el 2'2% en el mes anterior a la encuesta. Por sexos, la distribución es netamente más frecuente en varones (5'2%) que en mujeres (1'5%) y por grupos de edad, la mayor prevalencia se corresponde con el grupo de 19 a 24 años (6'4%) seguido por el grupo etario de 25 a 35 años (5'5%). La edad media de inicio en el consumo es de 20'6 años.

Datos referidos a admisión a tratamiento en Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) de la Comunidad Valenciana, específicamente por cocaína, muestran una tendencia alcista: En los últimos 5 años, desde 2001 a 2005 inclusive, el número de pacientes que han iniciado tratamiento ha aumentado progresivamente, pasando de 1.592 (año 2001) hasta 4.078 (año 2005). Prácticamente uno de cada tres pacientes que inician tratamiento en nuestras UCAs (un 32%) lo hacen por su adicción a la cocaína.

Los menores de 18 años representan un 2% del total de personas admitidas a tratamiento en las UCAs en el año 2005, porcentaje que se mantiene estable en los últimos años. De ellos, un 63% es admitido para tratamiento por adicción a cannabis, un 28% por adicción a cocaína (en el promedio de los últimos 5 años representa un 27%) y un 4% por adicción al alcohol. De los 18 a los 35 años la admisión a tratamiento más frecuente es la motivada por cocaína, entre los 35 y 40 años se igualan cocaína y alcohol y a partir de los 40 años la adicción al alcohol supera netamente a cualquier otra adicción como motivo de tratamiento en las Unidades de Conductas Adictivas.

El análisis de la encuesta a población valenciana en 2002 y 2004, informa de que un 65'6% de los consumidores justifican su consumo "por placer o divertimento", un 18'4% como "válvula de escape a problemas personales o por animarse", el 17'2% por "el gusto de hacer algo prohibido", el 9'3% por "facilitar la conversación o el contacto social". El resto aduce razones variadas (problemas familiares, discriminación, deseo de ser aceptado en un grupo, enfermedad, etc.).

Si bien el consumo de heroína y la alarma social provocada por sus consecuencias constituyeron una de las características sociológicas más llamativas de la década de los 80, lo cierto es que en el terreno de las drogodependencias se han producido desde entonces notables cambios.

En la actualidad el consumo de cocaína en España está mucho más extendido que el de heroína como es conocido por todos y la demanda de tratamiento de personas con dependencia a la cocaína es, como hemos dicho, notablemente creciente. Otros indicadores, como la distribución de episodios de urgencia y la mortalidad directamente relacionada con drogas, añaden motivos a la preocupación generada en estos años por el consumo de cocaína.

Por todo ello, desde la Dirección General de Drogodependencias quiero expresar mi agradecimiento y mi felicitación más sincera a la organización de estas "XIV Jornadas sobre Drogodependencias: la cocaína a debate". Sin duda, el esfuerzo invertido en la organización de este evento será compensado por el interés de sus aportaciones.

Muchas gracias.

# INAUGURACIÓN

**Ilmo. Sr. D. José Manuel Rodrigo Gómez**

Vicerrector de Relaciones Institucionales  
Universitat de València. Estudi General

Buenas tardes a todos ustedes y bienvenidos a la Universitat de València donde un año más el Excelentísimo Ayuntamiento de Valencia a través de su Plan Municipal de Drogodependencias y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), celebran su XIV Jornada sobre Drogodependencias que versará sobre “La cocaína a debate”.

Este año estas Jornadas se celebran en el Salón de Actos de la Facultad de Filología por estar en rehabilitación la Facultad de Medicina y Odontología y su Aula Magna, lugar tradicional que acogía estas Jornadas. Espero que en el 2009 se puedan realizar de nuevo allí.

Para mí, es particularmente grato encontrarme aquí con ustedes en mi calidad de Vicerrector de Relaciones Institucionales y desearles una Jornada muy fructífera en nombre del Rector, pero lo es más, teniendo en cuenta que como Jefe de Servicio de Hepatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, he tenido la oportunidad desde el año 1980, de colaborar con la administración valenciana y estatal en el seguimiento de las consecuencias médicas de la brutal eclosión del consumo de drogas, inicialmente de la heroína, en nuestro país a partir de 1970-75. Hepatitis B, Hepatitis Delta, Hepatitis No A No B relacionadas en más del 95% de casos con el Virus C de la Hepatitis y a partir de 1985 la infección por VIH, (HTLV-III le llamábamos entonces) que se cebaron en este colectivo social.

Para resumirles la situación, en 1985 nuestro grupo publicó en *The Lancet* el primer trabajo español –y uno de los pioneros europeos- sobre infección por VIH en heroinómanos con datos de prevalencia escalofriantes que demostraron la seropositividad en el 65% de nuestros toxicómanos.

Posteriormente, en 1990, describimos la infección crónica por VHC en el 60% de este tipo de pacientes y, de hasta el 95%, en los heroinómanos ingresados en el Centro Penitenciario de Picasent.

Todos estos estudios se pudieron efectuar gracias a la excelente colaboración de trabajo mantenida con la Administración Sanitaria de la Generalitat Valenciana y sus Direcciones Generales de Salud Pública y/o Atención a la Dependencia – antiguos Directores Generales como el Dr. Francisco J. Bueno Cañigral y el Dr. Bartolomé Pérez Gálvez, están con nosotros en este acto y ahora ocupan otros

cometidos, siempre en el campo de la salud pública-, así como a la estrechísima colaboración con los diferentes responsables de la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia en el transcurso de los años, con las que hemos trabajado estrechamente en el ámbito de la prevención, tratamiento y diagnóstico de las complicaciones médicas de la drogadicción, fundamentalmente en el campo de la hepatología.

Fruto de este trabajo tenemos una enorme satisfacción al ver que debido a las medidas de prevención y vacunación Anti VHB en estos drogadictos, la Hepatitis Delta ha desaparecido prácticamente, la prevalencia de infección crónica por VHB y VIH ha disminuido de forma llamativa aunque, por desgracia, sigue alta la infección por VHC. Pero en estos enfermos las características genotípicas del Virus C que lo suele afectar -el 3A-, hace que hasta el 80% de ellos puedan curar su enfermedad en la actualidad.

Ello no obstante, hemos venido observando como el consumo de alcohol, alucinógenos y cannabis han ido aumentando en nuestra juventud, y que hoy en día el consumo de la cocaína se ha convertido en un verdadero problema de salud. No es nuevo su uso. Hace 25 años aparecía como un ruido de fondo en nuestros heroinómanos, muchos de ellos politoxicómanos.

Desde el punto de vista de un internista, su verdadero peligro reside en lo escaso y tardío de sus manifestaciones médicas en sentido estricto, lo que la ha convertido en una verdadera bomba de relojería sanitaria.

Por ello, considero muy importante esta jornada ya que hay que lograr que la mayoría del auditorio formado por jóvenes educadores, psicólogos, sociólogos y profesionales sanitarios se sensibilicen ante este problema en la juventud –lo están seguramente ya- y pongan todo su esfuerzo en el aspecto preventivo de su consumo. Nos va en ello mucho a todos.

Para acabar quisiera volver a plantear a la Administración Sanitaria, aquí presente en la figura de la Directora General de Drogodependencias, D<sup>a</sup> Sofía Tomás, la valoración de la creación de uno o dos Observatorios o Servicios Médicos de referencia en la Comunidad Valenciana, para que conjuntamente con la excelente labor que están realizando las UCAs, pudieran servir de Centros de Investigación de las complicaciones médicas de la drogadicción. La experiencia mantenida con el Ayuntamiento de Valencia hasta el 2003, año en el que el Plan Municipal de Drogodependencias dejó de prestar asistencia sanitaria a los pacientes drogodependientes, creo que así lo aconsejan.

En este aspecto sabe la Ilma. Directora General que me tiene a su entera disposición.

Muchas gracias por su atención y les deseo a todos ustedes una Feliz Jornada.

# INAUGURACIÓN

## **Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangrián.**

Concejal de Sanidad y Consumo.

Ayuntamiento de Valencia.

Ilmo. Vicerrector de Relaciones Institucionales, Ilma. Directora General de Drogodependencias, Ilmo. Director General de la FAD. Estimados ponentes, moderadores y asistentes, muy buenas tardes a todos.

Como ustedes conocen, el Plan Municipal de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, tiene cuatro ámbitos de actuación: El de la Prevención Comunitaria, la Prevención Familiar, la Prevención Escolar y la realización de Alternativas de Ocio y Tiempo Libre.

Cada año organizamos conjuntamente con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), y con la colaboración de la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanidad y la Universitat de València Estudi General, una Jornada que ya podemos decir que tiene arraigada tradición, pues vamos por la décimo cuarta edición.

Agradezco a todos los componentes de esta Mesa Inaugural y a las Instituciones que representan, su presencia y su colaboración entusiasta. Nos hubiera gustado haber realizado esta Jornada en el Aula Magna de la Facultad de Medicina, pero no ha podido ser por encontrarse en obras, como ya ha expuesto el Ilmo. Vicerrector.

Con estas Jornadas buscamos año tras año, trasladar a la sociedad información y formación sobre drogodependencias, para poder realizar, entre todos, una amplia labor preventiva en materia de drogodependencias, que es muy necesaria e importante en la sociedad actual.

Hemos tratado en el transcurso de los años diferentes temas de capital importancia. La Jornada de hoy la dedicamos a la cocaína, pues la cocaína sigue siendo una de las drogas que mayor perjuicio individual y colectivo generan en la sociedad valenciana. En este contexto de “La cocaína a debate” nuestra Jornada, para abordar por destacados profesionales en la materia tres aspectos de gran relevancia:

1. La epidemiología del consumo de cocaína.
2. El consumo de cocaína: Motivaciones y efectos asociados.
3. Los medios de comunicación: un enfoque diversificado.

Buscamos la colaboración y la participación de todos para que la sociedad se involucre activamente en la prevención de las drogas, en la que los medios de comunicación tenéis un papel fundamental.

Con los datos que disponemos y en esta Jornada se pondrán de manifiesto por los expertos, podemos decir que desciende el número de cocainómanos en Valencia y que la capital se sitúa por debajo de la media autonómica y provincial.

Desde el año 1996, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), viene realizando Encuestas Bianuales de Consumo de Drogas, en la población de la Comunidad Valenciana mayor de 14 años. De los datos de las cinco encuestas realizadas hasta la fecha, se desprende que el consumo de cocaína referido a los 12 meses previos a cada estudio, así como el consumo reciente (en el mes anterior a la encuesta), se ha mantenido estable entre los años 1996 y 2004.

Puede afirmarse, por tanto, que no se ha producido un incremento en el consumo de cocaína sino, más bien, una “rotación” de consumidores. Mientras un número determinado de consumidores abandona el consumo, otro número similar lo inicia, manteniéndose valores estables en el tiempo.

Es norma habitual que las grandes ciudades como Valencia, Madrid, Barcelona, Bilbao o Zaragoza, tengan frecuencias de consumo más elevadas que los municipios más pequeños. Por ello es lógico esperar que Valencia con 700.000 habitantes, presente consumos más elevados que los registrados en el Conjunto de la Comunidad Valenciana, debido a la desagregación poblacional.

Sin embargo, llama la atención el hecho de que, entre los años 2000 y 2004, el número de consumidores frecuentes (al menos un día por semana) haya descendido de forma mucho más acusada en Valencia ciudad que en el resto de la Comunidad Valenciana. En el año 2004, esta tasa alcanzaba el 0.8% en la ciudad de Valencia, mientras en el año 2000 se elevaba hasta el 2% de la población mayor de 14 años (en la Comunidad Valenciana ha descendido desde el 0.8% en el año 2000, al 0.4% en el año 2004).

En conclusión, la evolución del consumo de cocaína en la ciudad de Valencia (siguiendo la tónica generalizada en toda la Comunidad Valenciana) se caracteriza por una estabilidad desde el año 1996, con la citada “rotación” de consumidores y, fundamentalmente, con un marcado descenso en el número de consumidores problemáticos o frecuentes, en los últimos cuatro años.

Igualmente, cabe reseñar que la ciudad de Valencia presenta una tasa de cocainómanos en tratamiento inferior a las medias autonómica y provincial. En el último año (2004), la tasa de cocainómanos residentes en la ciudad de Valencia atendidos en las Unidades de Conductas Adictivas, era de 70, 25 casos por cada 100.000 habitantes.

Total Comunidad Valenciana: Tasa de 72,02 casos/100.000 habitantes.

Total provincia de Valencia: Tasa de 73,04 casos/100.000 habitantes.

Gracias al esfuerzo de la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanidad, la ciudad de Valencia dispone de 5 Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) en su término municipal, a las que hay que añadir otras 6 UCAs que, por su proximidad a Valencia, también atienden pacientes de esta ciudad: Catarroja, Manises, Torrent, Massamagrell, Paterna y Moncada. De este modo, Valencia es la ciudad de más de 500.000 habitantes con mayor tasa de Unidades de Tratamiento para personas drogodependientes de toda España.

Por otra parte, la última Encuesta Escolar, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas el pasado año, viene a refrendar estas tendencias. Solo cinco Comunidades Autónomas han conseguido disminuir el consumo de cocaína entre los años 2002 y 2004. Y, entre ellas, la Comunidad Valenciana es la que mayor descenso registra, bajando desde un 7.1% al 4.7% en estos dos últimos años. Por el contrario, a nivel nacional el consumo se incrementó un 0.7%. Y, por ello, desde el Plan Municipal de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, en colaboración con la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanidad, se realizó el pasado año la "I Encuesta de Consumo de Drogas en población general", con una amplia muestra de 1.447 personas, que ha permitido conocer en profundidad la incidencia y características del consumo de drogas en Valencia. Encuesta de la que la Directora General de Drogodependencias de la Consellería de Sanidad, ya ha aportado distintos resultados en los últimos días, y cuyos resultados sobre el consumo de cocainómanos me consta que se comentarán hoy por los conferenciantes.

Deseamos seguir trabajando conjuntamente con todas las instituciones, para avanzar en la prevención de las drogodependencias.

Seguro que los excelentes ponentes de esta tarde no van a defraudar sus expectativas respecto a esta Jornada, en la que deseo tengan todos ustedes una participación activa.

Muchas gracias por su asistencia. Muy buenas tardes a todos.



# INAUGURACIÓN

## **Excmo Sr. D. Ignacio Calderón Balanzategui**

Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)

A finales de los años 80 se produce una inflexión en la realidad de los consumos de drogas en España, comienza el declive de la incidencia de los casos de consumo de heroína y comienza a disminuir la alarma social provocada por las consecuencias de este consumo en la población española. Otras sustancias, presentes ya en el panorama español pero que gozaban de un carácter especial asociado a ciertas formas y perfiles de consumidores (clases sociales favorecidas, ejecutivos...) comienzan a aumentar su consumo. Es el caso de la cocaína cuyo consumo en la actualidad se manifiesta con las siguientes características:

- Aumento del consumo en la población juvenil asociado al tiempo de ocio.
- Patrón de consumo caracterizado por la poli-toxicomanía, en la que la cocaína esta presente en muchas de las combinaciones (heroína y cocaína, alcohol y cocaína...).
- Dificultades en la percepción de riesgo hacia el consumo al establecerse una comparación con las formas de consumo y las consecuencias derivadas del consumo de heroína: diferencias en las manifestaciones del síndrome de abstinencia, diferencias en patrones de consumo, en los problemas asociados al consumo, diferencias en el perfil de consumidor...
- Aumento de los casos de inicio a tratamiento por cocaína en la red de recursos asistenciales.
- Aumento de los casos de patología dual (problemas psiquiátricos asociados al consumo) en los consumidores.

Datos de consumo según las últimas encuestas oficiales:

Los datos de la última Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas, con datos del año 2003, nos muestran como el 5,9% de los entrevistados de 15 a 64 años había consumido alguna vez cocaína. Este dato era del 3,4% en el año 1995.

En la última Encuesta sobre drogas a población escolar, con datos de 2002, se pone de manifiesto como entre los estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años, el 3,1% había probado la cocaína en los últimos 30 días, siendo la media de edad para el inicio del consumo de esta sustancia los 15,7 años.

Datos de consumo según los datos de la FAD:

Según los datos obtenidos de la explotación de la información de las llamadas recibidas al Servicio de Información y Orientación Telefónico de la FAD, durante el tercer trimestre del año 2005 el 53,6% de las personas que llamaban para consultar sobre una situación de consumo lo hacían por consumo de cocaína. Este dato era del 32,7% durante el primer trimestre del año 2002.

Ante estos datos, preocupantes para los profesionales y entidades comprometidos con la prevención de los problemas de los consumos de drogas, las entidades organizadoras, El Ayuntamiento de Valencia y la FAD desean promover un espacio de reflexión a través de la celebración de esta Jornada, en la que a través del análisis de los distintos aspectos tratados por los especialistas podamos contar con un nivel de información mayor que nos capacite para ofrecer en el futuro respuestas más eficaces a las posibles consecuencias del consumo de esta sustancia.

Gracias a todos por vuestra asistencia a esta Jornada.

**PONENCIA:**

**“EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN  
LA COMUNIDAD VALENCIANA Y PROPUESTAS  
PREVENTIVAS”**

**Dr. D. Bartolomé Pérez Gálvez**  
Unidad de Toxicomanías  
Hospital Clínico Universitario “San Juan”. Alicante

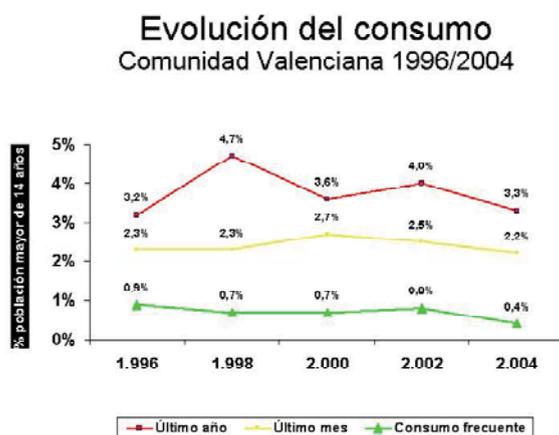


## INTRODUCCIÓN

Según apuntan las encuestas sobre consumo de drogas en población general, realizadas bianualmente por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), el consumo de cocaína, entre la población residente en la Comunidad Valenciana, ha mantenido una tendencia estable, en el periodo comprendido entre 1996 y 2004. No obstante, y como puede apreciarse en la Gráfica 1, existen comportamientos claramente diferenciados en los tres indicadores valorados.

Por una parte, la prevalencia-año ofrece una línea en “diente de sierra”, esto es, periodos de ligeros incrementos sucedidos de otros con descensos de similar magnitud. En términos generales, podemos estimar que el consumo de cocaína en el último año previo a cada encuesta se sitúa entre el 3.2% y 4.7%, registrándose un 3.3% de consumidores como dato más reciente (año 2004).

**Gráfica 1**



*\* Al menos, una vez por semana.*

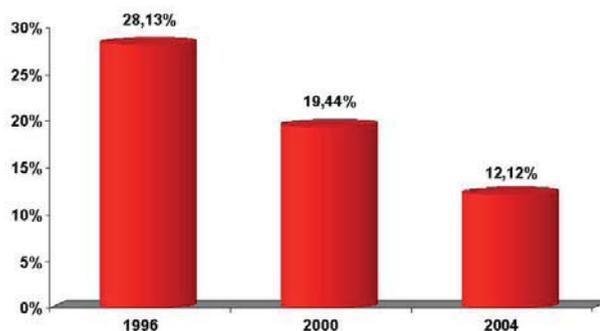
Mayor tendencia a la estabilidad interanual refleja la prevalencia-mes, estimada entre el 2.2% y 2.7% y situada, en el año 2004, en la intensidad más baja del periodo analizado (2.2%).

Estando caracterizado, el consumo de cocaína, por un patrón de discontinuidad, tal vez sea de elevada importancia el indicador de prevalencia consumidores frecuentes, entendiéndose este tipo de consumo aquel que presenta una frecuencia semanal o superior. En este sentido, en el año 2004 se registró la prevalencia más baja, con apenas un 0.4% de personas de más de 14 años de edad que reflejaron este tipo de consumo. Un dato sensiblemente inferior al 0.9% registrado en el año 1996.

Otro dato que apunta en la dirección de un predominio de alta prevalencia de consumo-año y baja frecuencia, es el hecho de que el porcentaje de consumidores en el último año que lo hacen de forma semanal o superior, ha ido descendiendo progresivamente.

## Gráfica 2

### Consumidores con frecuencia semanal respecto totales en último año



La Gráfica 2 evidencia esta disminución. Si en 1996, un 28.13% de quienes habían consumido cocaína en el último año lo hacían con frecuencia semanal o superior, en el año 2004, esta cifra ya había descendido hasta el 12.12%.

No obstante, debemos advertir que estos datos, por positivos que pudieran parecer, deben ser entendidos como una auténtica “espada de Damocles”. En otros términos, si bien es cierto que el consumo frecuente es cada vez menos usual – cuando menos, según los datos aportados por las encuestas en población general –, también lo es el hecho de que se mantenga una prevalencia-año sensiblemente elevada y, en consecuencia, un alto riesgo de extensión de la adicción.

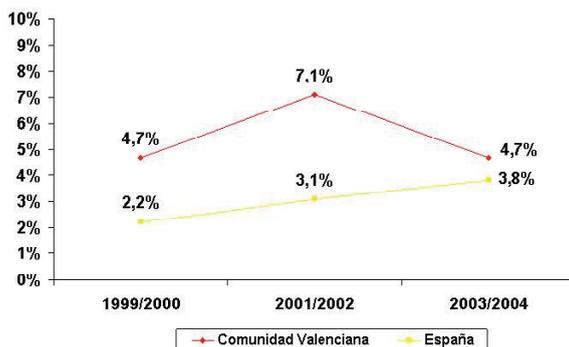
Con relación a los grupos de edad, son los sujetos entre 19 y 24 años los que presentan mayor tasa de consumo, seguidos de los comprendidos entre 25 y 34 años. Sin embargo, en el periodo 1996-2004 se ha registrado un descenso en la prevalencia de consumo de los grupos de edad más jóvenes y, en contraposición, un incremento entre los sujetos de 35 y más años de edad. Esta situación –inicios de consumo e incremento de prevalencias en edades más avanzadas- condiciona el hecho de que la edad media de inicio registre igualmente un sensible incremento en los últimos años, hasta alcanzar los 20.35 años en 2004.

### Consumo en población escolar

Las encuestas de consumo entre la población escolar española, realizadas por la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, evidencian un progresivo incremento de la prevalencia de consumo de consumo de cocaína (Gráfica 3).

Gráfica 3

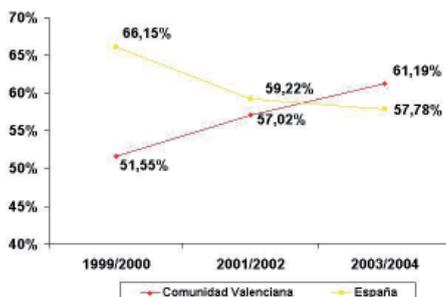
### Consumo en escolares Últimos 30 días



Sin embargo, y aun manteniéndose prevalencias más elevadas que en el promedio nacional, cabe destacar que el consumo de cocaína parece haberse estabilizado entre los escolares valencianos, durante el periodo 1999/2004.

Gráfica 4

### Tasa de abandono de consumo en escolares



Por otra parte, la tendencia nacional a incrementar la tasa de mantenimiento en el consumo, entre aquellos escolares que la han probado, se observa una situación inversa en la Comunidad Valenciana.

Así, según se muestra en la Gráfica 4 y siempre según las encuestas realizadas por la DGPNsD, cada vez sería mayor el número de escolares valencianos que abandonan el consumo de cocaína.

### **Comorbilidad y prevención del consumo de cocaína**

En los últimos años se ha producido un llamativo incremento de recursos preventivos. Sin embargo, éstos se encuadran –en su mayoría– en el ámbito de la denominada “prevención universal”, esto es, la dirigida a la población en general (normalmente jóvenes escolares) y sin tener en cuenta grupos específicos.

Parece obvio esperar que, después de la consolidación de un modelo preventivo escolar de ámbito universal y universalizado (dirigido a todos los centros escolares), se inicien programas específicos en el área de la prevención selectiva e indicada.

Y, en este sentido, adquiere especial trascendencia la relación entre el consumo de cocaína y la comorbilidad con determinadas patologías psiquiátricas. Como dato llamativo, Armstrong y Costello (2002) advierten que el 60% de los jóvenes consumidores de drogas presentan un diagnóstico dual. En igual sentido, Lauritzen y colaboradores (1997) ya habían señalado previamente que el 70 % de los consumidores de drogas habían experimentado problemas de comportamiento o de aprendizaje en la escuela. Parece evidente que estos nos ofrecen un interesante escenario de intervención precoz, ante la presencia de patología previa.

Entre las enfermedades más comúnmente asociadas al consumo de cocaína, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) adquiere especial relevancia. Siendo la patología infanto-juvenil más prevalente (8% de los sujetos en edad escolar).

La relación entre el TDAH y el consumo de cocaína se hace evidente en distintos estudios. Según Sullivan y colaboradores (2001), las personas con un TDAH en la infancia inician el consumo de sustancias a menor edad y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH.

Otros autores (Sullivan & Levin, 2001; Biederman et al., 1998) han registrado una prevalencia del consumo de drogas en sujetos con TDAH que llega a alcanzar el 50-52% de los casos. Específicamente, Fischer y Barkley (2003) observan que el consumo de cocaína afecta, entre quienes han padecido un TDAH, en 7% de los sujetos durante la adolescencia y hasta el 25% en edad adulta.

Los estudios realizados en población drogodependiente vienen a refrendar esta relación entre consumo de cocaína y TDAH. Así, algunos autores llegan a situar la prevalencia de TDAH en adictos a la cocaína en un 33-35% (Carrol & Rounsaville, 1993; Wilens et al. 2000).

Autores españoles (Valoria, Ros e Iriarte, 2004) han observado tasas similares, con un 23% TDAH en cocainómanos y un 12% con sintomatología residual. Por el contrario, solo 3% de la población control (no adicta a cocaína) presentaría este tipo de patología.

Cabe destacar un aspecto especialmente importante, a nivel preventivo, como es el correcto tratamiento de los escolares que padecen un TDAH. Solo la mitad son tratados y, de éstos, apenas en la tercera parte se actúa correctamente. Insistiendo en ello, Biederman y colaboradores (1999) indican que el abuso de sustancias está presente en el 75% de los TDAH no tratados y solo en un 25% de los que reciben tratamiento, tasa similar a la que obtienen estos autores en población sin TDAH (18%).

La intervención precoz en la escuela es factible, y especialmente eficiente, en estos jóvenes más vulnerables. Así, Kendall y Kessler (2002), afirman que hasta el 50% de la dependencia a drogas en adultos podría ser prevenido por un precoz y efectivo tratamiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes.

## Gráfica 5

### Inicio de patología psiquiátrica primaria vs. Trastorno adictivo secundario

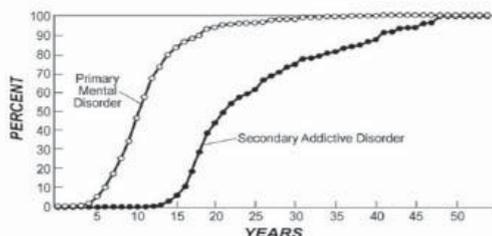


Figure 1. Cumulative age of onset distributions of first lifetime mental disorder and first lifetime addictive disorder in respondents with lifetime co-occurrences of a primary mental disorder with a secondary addictive disorder.

Kessler, 2004

Igualmente, Kessler (2004) advierte que entre la aparición de la patología psiquiátrica que genera la vulnerabilidad a la adicción, y la de ésta, aparece un “período ventana” de diez años. Un tiempo suficiente para instaurar programas selectivos que permitan detectar precozmente y prevenir el posterior inicio de patologías adictivas.



## MESA REDONDA

### **“EL CONSUMO DE COCAÍNA: MOTIVACIONES Y EFECTOS ASOCIADOS”**

Moderador:

Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián.

Profesor Titular. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Facultad de Medicina.

Universitat de València-CSIC.

Secretario de la Sociedad Española de Toxicomanías.

Dr. D. Carlos Roncero Alonso.

Servicio de Psiquiatría Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

#### **“Cocaína: Psicopatología y conductas violentas”.**

Dra. D<sup>a</sup>. María Jesús Romero Gómez.

Servicio de Diagnóstico por Imagen ERESA.

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

#### **“Daños cerebrales derivados del consumo de cocaína”.**

D<sup>a</sup>. María José Torrijo Rodrigo.

Coordinadora Técnica. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD).

#### **“Sociología de los nuevos consumidores de cocaína”.**

# “EL CONSUMO DE COCAÍNA: MOTIVACIONES Y EFECTOS ASOCIADOS”

---

## MODERADOR

### **Dr. D. Juan Carlos Valderrama Zurián.**

Profesor Titular Facultad de Medicina.

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero.

Universitat de València-CSIC.

Secretario de la Sociedad Española de Toxicomanías.

A finales del siglo XIX y coincidiendo con la “primera epidemia” de cocaína en Estados Unidos, Erlenmeyer (1885) hizo la primera descripción clínica completa de la *cocainomanía*. Desde entonces el consumo de cocaína se ha ido extendiendo a nivel mundial y se calcula que afecta a 13,5 millones de personas, es decir, al 0,3% de la población de 15 a 64 años. En España, el profesor Camí en un artículo publicado en *Medicina Clínica* en 1998 titulado *Cocaína: la epidemia que viene ya* intuía el importante incremento de consumidores de cocaína que se iba a producir en España.

En los años 90, el consumo de cocaína en España se caracterizó por el aumento de decomisos de clorhidrato de cocaína y una mayor disponibilidad de cocaína de alta pureza. Sin embargo, la epidemia no empezó a observarse hasta finales del siglo XX y principios del XXI, apreciándose un incremento en la demanda de tratamiento de personas con dependencia a cocaína, un mayor número de urgencias hospitalarias, un incremento de las incautaciones policiales y una mayor presencia de cocaína en los exámenes toxicológicos de sujetos fallecidos.

España es el único Estado miembro de la Unión Europea que ha proporcionado datos que muestran un aumento reciente de la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre estudiantes de 15 y 16 años, y el consumo en los 12 meses previos entre los escolares españoles de 14-18 años ha pasado de 2,6% en 1996 a 6,2% en 2002 y a 7,2% en 2004. En población general de 15 a 64 años la prevalencia de consumo de cocaína en los 12 meses previos a la encuesta es de 2,7%. Este consumo es mayor en la población de 15 a 34 años.

Según el estudio de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, *Jóvenes y estilos de vida*, realizado con sujetos de 15 a 24 años las tipologías de los consumidores de cocaína son por grado de prevalencia de consumo: a) marchosos:

charlan con amigos, toman copas, escuchan música, es decir, están muy centrados en las actividades de ocio; b) consumistas: van de compras a tiendas, practican deportes, realizan trabajos domésticos y estudian, articulándose alrededor de un ideal consumista ; c) trabajadores: que trabajan, pero que no estudian y tampoco van mucho de marcha.

La cocaína es una droga psicoestimulante cuyo consumo agudo o crónico ocasiona diversos efectos en el organismo tales como contracción de los vasos sanguíneos, infartos cerebrales y hemorragias intracerebrales y subaracnoideas, trastornos del ritmo cardiaco, edema pulmonar, insomnio, amnesia, supresión del apetito, trastornos del estado de ánimo, amotivación, ataques de pánico, delirios paranoides y una desinhibición del consumidor que puede conllevarle a cometer actos violentos, agresiones sexuales y gastos compulsivos. Asimismo, la abstinencia de estimulantes del sistema nervioso central como la cocaína o las anfetaminas produce en ocasiones síntomas parecidos a la depresión que pueden ser graves e incluso inducir al suicidio. Una de las problemáticas más graves es la psicosis cocaínica, que suele estar precedida de un periodo de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico, y cursa habitualmente con un importante componente de agresividad y agitación. Es de este modo como se acaba relacionando el abuso de cocaína con la presencia de comportamientos violentos.

A nivel cerebral la adicción a la cocaína tiene su repercusión sobre el circuito de recompensa y produce diferentes alteraciones en el cerebro como: alteraciones en los sistemas de neurotransmisión y principalmente en el sistema dopaminérgico, alteraciones en los sistemas de memoria del hipocampo, amígdala y estriado, reducción y alteración del *cortex orbitofrontal* y *girus cingulado anterior*. Mediante técnicas de neuroimagen se observa reducción de la transmisión dopaminérgica y serotoninérgica, y en la Resonancia Magnética Funcional se detecta una disminución de la densidad neuronal de las regiones frontales.

Otro aspecto a tener en consideración es el consumo combinado de alcohol y cocaína pues en el organismo se produce un nuevo metabolito denominado cocaetileno el cual mantiene por más tiempo el efecto simpaticomimético de la cocaína, aumentando la competencia con la serotonina e incrementando la acción negativa sobre el corazón; además puede ocasionar convulsiones, daños hepáticos y disminución de la función del sistema inmunológico.

Por todo lo comentado, los objetivos de esta mesa redonda son aportar nuevos conocimientos sobre el perfil sociológico de los consumidores de cocaína, exponer qué consecuencias tiene dicho consumo a nivel psicológico y su relación con la violencia y qué daños ocasiona a nivel cerebral la administración de cocaína.



# “CONSUMO DE COCAÍNA Y PSICOPATOLOGÍA”

---

**Carlos Roncero, M<sup>a</sup> Victoria Trasovares, Eugeni Bruguera, Ángel Egido, Miquel Casas.**

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

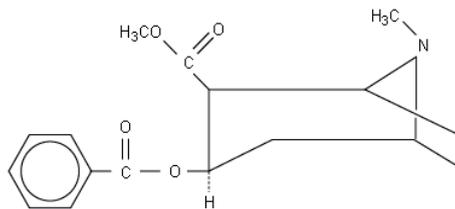
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal.

Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra.

## INTRODUCCIÓN.

La cocaína se obtiene de las hojas del arbusto de coca (*Erythroxylon coca*), originario de Perú, Ecuador, Bolivia y Colombia. En la actualidad, también se cultiva en Indonesia y en zonas de África. Durante más de 2.000 años, las tribus y civilizaciones de indios nativos americanos la han utilizado como estimulante, ahorrador de energías y protector del hambre (Ramos-Quiroga et al. 2005).

Es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto, el esterbenzoil de Metilecgonina, de aspecto cristalino, de color blanco y sabor amargo. Su fórmula química es C<sub>17</sub>, H<sub>21</sub> N O<sub>4</sub>.



Formula de la cocaína

La cocaína es un estimulante del Sistema Nervioso Central con una incomparable capacidad de recompensa o refuerzo positivo. Su mecanismo de acción es por bloqueo de la recaptación presináptica en las sinapsis noradrenérgicas, dopaminérgicas y en menor medida serotoninérgicas. Su potencialidad adictiva se relaciona con la transmisión dopaminérgica a través de los receptores D1 y D2 (Ochoa, 1999).

Existen diferentes patrones de consumo de cocaína: experimental, recreativo o circunstancial, intensificado o regular y compulsivo. La vía de consumo más frecuente es la intranasal, aunque también se consume por vía intrapulmonar y vía intravenosa, entre otras.

La cocaína se puede consumir sola, aunque con frecuencia se combina con alcohol, con heroína (la denominada speed-ball), con otros psicoestimulantes, como compuestos anfetamínicos y/o sedantes como las benzodiazepinas.

En la actualidad, según datos de la Fiscalía Antidroga, el 2,6% de la población española consume cocaína (El País, 6.09.2005), lo que sitúa a España en el primer puesto por consumo de esta sustancia a nivel mundial.

Según el Informe Nº 6 del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo (Noviembre 2003), la cocaína es la segunda droga ilegal en España en cuanto al volumen de problemas generados. En los últimos años, ha aumentado tanto el consumo como los problemas asociados al mismo.

Dicho informe señala que, la prevalencia de consumo en los 12 meses previos a la encuesta entre los estudiantes de 14-18 años pasó de 2,6% en 1996 a 6,0% en 2002. Por otra parte, el número de pacientes tratados por primera vez por dependencia a esta sustancia pasó de 1.892 en 1996 a 5.977 en 2001. La proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas en que se menciona cocaína pasó de 26,1% en 1996 a 44,4% en 2001. El número de muertes por reacción aguda a drogas en que se detecta sólo cocaína representa el 8,3% en 2001. Además, se ha descrito que podría estar aumentando el uso problemático de cocaína fumada (generalmente, cocaína-base o crack). En este sentido, entre 1991 y 2001 los tratamientos por crack pasaron de 188 a 2.296 casos anuales, y la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas con mención de cocaína pasó de 4,3% en 1991 a 12,3% en 2001.

## **EFFECTOS AGUDOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA.**

El consumo de cocaína, además de los efectos anestésicos locales, produce una sensación de marcada euforia, un incremento del estado de alerta, hiperactividad motora, disminución de la sensación de fatiga, anorexia, e insomnio (Tabla I). Cuando desaparecen los efectos de la droga, la persona queda en un estado pseudodepresivo denominado crash.

Tras el consumo de la sustancia (especialmente cuando se administra por vía intravenosa, fumada o en los denominados "atracones"), se puede producir un estado similar a la manía, con ideas de grandiosidad, desinhibición eufórica, hipersexualidad, generosidad exagerada, irresponsabilidad, agitación extrema y suelen ser frecuentes las alucinaciones, las ideas de referencialidad y los pensamientos paranoides (Roncero et al., 2001).

**Tabla I: Efectos agudos del consumo de cocaína.**

Alteraciones conductuales	<b>Efecto estimulante</b>
Aumento actividad motora	Euforia – disforia
Aumento actividad sexual	Ideas sobrevaloradas de grandiosidad
<b>Aumento de la comunicación verbal</b>	Insomnio
<b>Anorexia</b>	Mejoría autoconfianza
<b>Efecto anestésico</b>	Reacciones paranoides

Cuando se produce una reacción paranoide durante la intoxicación, existe más riesgo de desarrollar psicosis. Los episodios psicóticos cursan con alucinaciones auditivas, aunque también se pueden presentar alteraciones senso-perceptivas con alucinaciones auditivas, visuales o táctiles. Dichas alucinaciones pueden presentarse incluso una hora después del consumo. La presencia de síntomas psicóticos se ha asociado con la presencia de episodios de violencia. Por otra parte, en esquizofrénicos, el consumo de estimulantes se ha asociado también a la presencia de conductas violentas (Miles et al., 2003).

## **PSICOPATOLOGÍA INDUCIDA POR COCAÍNA.**

El consumo de cocaína se asocia con la aparición de distintos trastornos y/o alteraciones neuro-psiquiátricas:

- Alteraciones de la motivación.
- Alteraciones de la introspección.
- Desinhibición.
- Deterioro cognitivo global.
- Inestabilidad emocional.
- Trastornos de atención.

Los síntomas pueden presentarse en el contexto tanto de síndromes de intoxicación o abstinencia aguda, como de intoxicación crónica o abstinencia tardía. Las características clínicas varían en función de estos síndromes (Tabla II).

<b>Tabla II: Síntomas y trastornos psicopatológicos presentes en las distintas fases del consumo de cocaína.</b>	
<b>INTOXICACIÓN AGUDA</b>	Crisis de angustia. Reacciones paranoides. Conductas agresivas. Ideación suicida.
<b>SÍNDROME DE ABSTINENCIA AGUDO</b>	Inhibición psicomotriz. Profunda anhedonia. Desinterés generalizado. Sintomatología depresiva.
<b>INTOXICACIÓN CRÓNICA</b>	Sintomatología ansiosa. Sintomatología depresiva. Sintomatología paranoide Sintomatología delirante.
<b>SÍNDROME DE ABSTINENCIA TARDÍO</b>	Sensación de malestar. Desinterés-aburrimiento. Craving condicionado. Alexitimia.

Cuando se detectan trastornos psicopatológicos en pacientes consumidores el clínico debe plantearse si, éstos, son trastornos puramente inducidos por la cocaína o, al contrario, están relacionados con la existencia de trastornos psiquiátricos previos, lo que se ha denominado la hipótesis de la Automedicación. Según esta hipótesis, el paciente consume tóxicos para intentar paliar los síntomas de su enfermedad o los inducidos por los tratamientos psicofarmacológicos (Casas, 2000).

En consumidores sin psicopatología previa, el trastorno más frecuente en el contexto de intoxicación aguda, es la crisis de ansiedad. Aunque es importante destacar la aparición de reacciones paranoides, conductas agresivas y la ideación suicida en una proporción no despreciable de casos. Reacciones e ideaciones difíciles de valorar, pues suelen presentarse en el contexto de crisis psicóticas.

En los pacientes con una intoxicación aguda y sin presencia de sintomatología psicótica, no son frecuentes las conductas violentas. Tal y como señala J. A. García Andrade (2002), el dependiente eleva su peligrosidad en los síndromes de abstinencia. El delito suele ser impremeditado, violento, de escasos beneficios, tosco, y todo ello dentro de un cuadro de impulsividad.

## **SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA.**

En la actualidad no se conoce con exactitud, la prevalencia y las características clínicas de los síntomas psicóticos que presentan los consumidores de cocaína. Sin embargo, se ha planteado que hasta el 65-70% de los consumidores compulsivos pueden presentar sintomatología paranoide cuando están intoxicados y entre el 53% (Brady et al, 1991) y el 68% (Satel et al, 1991) pueden presentar paranoia inducida por cocaína. En nuestro medio, los estudios realizados son escasos.

Se han propuesto distintos factores que influirían en la aparición de sintomatología psicótica (Roncero y cols. 2001; Floyd y cols. 2005):

1. Vía consumo: presentándose con mayor facilidad cuando las vías son la intravenosa e intrapulmonar, especialmente cuando se usa la base libre.
2. Cantidad consumida.
3. Modo consumo: siendo especialmente peligrosos el patrón de consumo compulsivo o por atracones.
4. Edad inicio del consumo: cuanto menor es la edad de inicio del consumo, mayor riesgo.
5. Tiempo de evolución del consumo.

## **PSICOSIS COCAÍNICA.**

La clínica típica que aparece tras el consumo de cocaína, cede habitualmente a las 24-48 horas de la abstinencia. Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones graves más habituales producidas por el consumo de cocaína. La psicosis suele estar precedida de un periodo de suspicacia, recelo, conductas compulsivas y ánimo disfórico. En este sentido, la paranoia es el síntoma más característico, aunque pueden aparecer también alucinaciones.

Es conocido que, una vez aparece la sintomatología psicótica inducida por cocaína, aumenta la probabilidad de que ésta repita con cuadros psicóticos de mayor gravedad y con dosis menores. Este hecho, se relaciona con un fenómeno de sensibilización,<sup>1</sup> que también podría ser responsable de la desregulación del sistema dopaminérgico, del craving y de las alteraciones del aprendizaje (Kalivas et al. 1988; Hyman et al 2005).

La presencia de síntomas psicóticos, debe explorarse y valorarse en todos los consumidores de cocaína (Ver Tabla III), con la finalidad de determinar la severidad de la dependencia y el plan terapéutico.

1. Sensibilización: Incremento del efecto de un fármaco y/o droga, después de su administración repetida.

Las características clínicas de la psicosis cocaínica son muy similares en los

sujetos que la padecen. En un primer momento, hay un período en el que se objetiva suspicacia, recelo, hipervigilancia, conductas compulsivas y ánimo disfórico.

Más tarde, aparecen ideas delirantes, cuya característica principal es su transitoriedad. En general no hay alteraciones formales del pensamiento, el delirio es poco extravagante y es congruente con las actividades de consumo.

Son muy habituales las ideas delirantes paranoides, en las que aparecen contenidos de perjuicio y ocasionalmente celotípicos. En este caso, el delirio más frecuente suele estar relacionado con el hecho de sentirse rodeado por policías o por personas que quieren robarles la droga. En este sentido, los síntomas delirantes y las alucinaciones que les acompañan están directamente relacionados con el consumo. También es habitual la presencia de alteraciones en la esfera afectiva y con frecuencia, presentan estereotipias motoras que recuerdan tareas o gestos sin sentido, como buscar la droga inexistente en la zona que les rodea o pellizcarse la piel.

Finalmente, también es común la presencia de vívidas alucinaciones aisladas en el contexto del consumo, que se catalogarían como alucinosis cocaínica (y no de auténtica psicosis), porque el individuo es capaz de hacer una crítica de las mismas.

Cuando aparecen auténticas alucinaciones, estas no son extrañas y generalmente son congruentes con el sistema delirante. De todas ellas, las alucinaciones auditivas son las más habituales (ruidos de gente que les sigue...), seguidas, en menor frecuencia, por las visuales (espías por las ventanas...) y en una menor proporción de alucinaciones táctiles. Asimismo, son muy típicas, aunque poco frecuentes, las alucinaciones cenestésicas de formicación, en las que el paciente cree tener parásitos o larvas en su piel o debajo de ésta. Dichas alucinaciones pueden llevar al rascado intenso que, en ocasiones, llega a producir lesiones cutáneas. El paciente puede llegar a “cazar” y a almacenar los animales, como prueba de su existencia.

**Tabla III: Síntomas característicos de la psicosis cocaínica.**

1. Disforia e irritabilidad.
2. Alteraciones anímicas.
3. Ideas delirantes paranoides, con contenidos de perjuicio y celotípicos.
4. Alucinaciones no extrañas que suelen ser congruentes.

## **MUESTRA DE PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALLE HEBRÓN DE BARCELONA.**

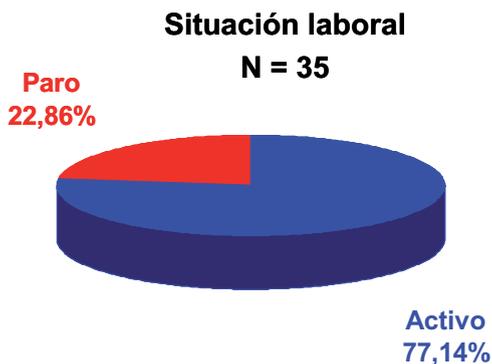
Se describe una muestra de 35 pacientes que acuden de forma voluntaria al Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron para tratamiento de su dependencia de cocaína. En el estudio, se recoge la sintomatología psicótica.

### **1. DATOS DEMOGRÁFICOS.**

La muestra está compuesta por 35 sujetos, con una edad media de 31.14 años (DS +/- 6.8). En cuanto a la distribución por sexos, 28 sujetos eran hombres (80%) y 7 eran mujeres (20%).

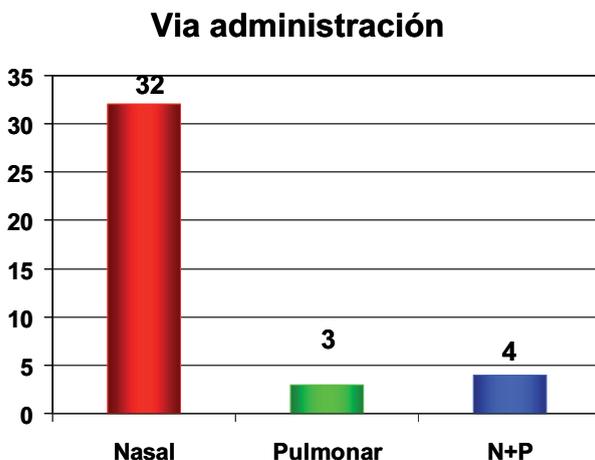


En cuanto a la situación laboral, en el momento de la entrevista, el 77.14% de los participantes (N=27) estaban trabajando, frente al 22.86% (N=8) que estaban en paro.

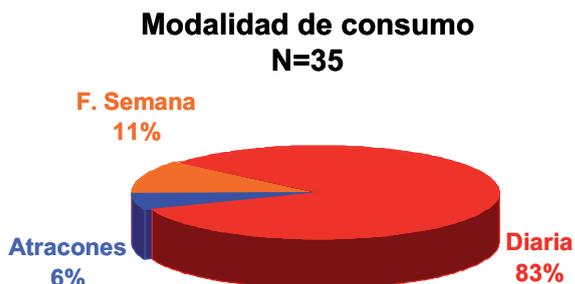


## 2. TIPOLOGÍA

La edad media de inicio del consumo de cocaína de la muestra es de 19.32 años (DS +/- 6.23). En cuanto a la vía de administración, el 80% de los casos (N=28) utilizan la vía nasal, un 8.57% (N=3) utilizan la vía pulmonar, y un 11.43% (N=4) utilizan de manera predominante la vía nasal y esporádicamente la vía pulmonar.



En lo que se refiere a la modalidad del consumo, el 83% (N=29) de los casos, utiliza dicha sustancia diariamente, consumiendo de manera regular un promedio de 1 gr./día y un máximo de 2.7 gr./día. El 11% (N=4) de los consumidores, la consumen los fines de semana de 0.6 gr./día hasta 2 gr./día. Finalmente, el 6% (N=2) hacen atracones de forma puntual, del rango de 1.75 gr./día, hasta un máximo de 12 gr./día.

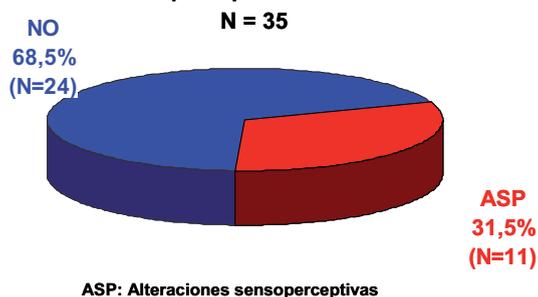


### 3. SÍNTOMAS PSICÓTICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA.

De los 35 pacientes estudiados, 21 (60%) refieren haber presentado síntomas psicóticos, y 11 (31.5%) presentaron alteraciones sensorio-perceptivas. Todo ello en el contexto de consumo.



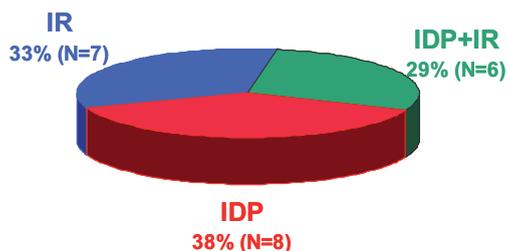
### Alteraciones sensorceptivas asociadas al consumo



De los 21 pacientes que presentaron síntomas psicóticos, el 38% (N=8) refirieron ideación delirante paranoide, un 33% de los casos (N=7) relataron ideas referenciales y un 29% (N=6) presentaron ambas sintomatologías a la vez.

### Síntomas psicóticos

N = 21

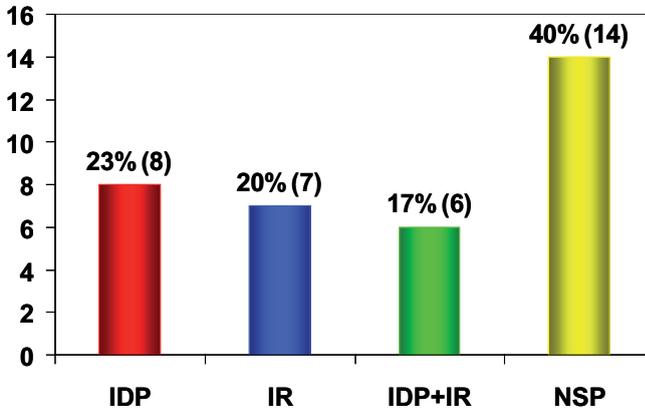


IDP: Ideación delirante paranoide; IR: Ideas referenciales

Del total de la muestra (N=35), un 23% de los pacientes (N=8) presentó ideación delirante paranoide, un 20% (N=7) ideas referenciales, un 17% (N=6) ambas sintomatologías: ideación delirante paranoide e ideas referenciales, y un 40% de los casos (N=14) no refería ningún síntoma psicótico.

## Síntomas psicóticos sobre el total de la muestra

N = 35

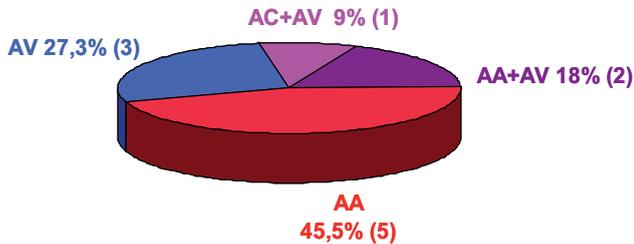


IDP: Ideación delirante paranoide; IR: Ideas referenciales; NSP: No SP

De los 11 pacientes que presentaron alteraciones sensorceptivas, el 45.5% (N=5) refirió alucinaciones auditivas, un 27.3% (N=3) alucinaciones visuales, un 18% (N=2) alucinaciones auditivas y visuales, y un 9% (N=1) alucinaciones cenestésicas y visuales.

## Alteraciones sensorceptivas

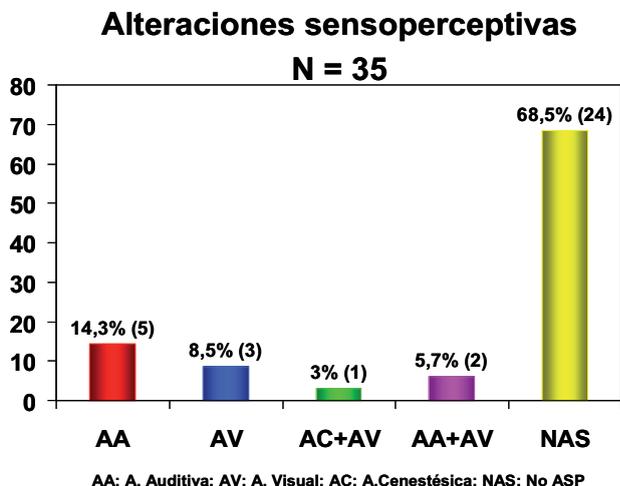
N = 11



AA: A. Auditiva; AV: A. Visual; AC: A. Cenestésica

Finalmente, en relación al total de la muestra, el 14.3% (N=5) refirió alucinaciones auditivas, un 8.5% (N=3) alucinaciones visuales, un 5.7% (N=2) alucinaciones auditivas y visuales, un 3% (N=1) alucinaciones cenestésicas y

visuales y un 68.5% de los pacientes (N=34) no presentó ningún tipo de alteración sensorceptiva.



## CONCLUSIONES.

El consumo de cocaína produce frecuentemente alteraciones psicopatológicas, predominando la disforia e irritabilidad. Asimismo, produce con frecuencia sintomatología psicótica.

Los resultados del estudio realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, ponen en evidencia la presencia de síntomas psicóticos en el 60% de los pacientes y alteraciones sensorceptivas en un 31.5% en el contexto de consumo de cocaína.

Las conductas violentas no son frecuentes en la intoxicación aguda, a no ser que vayan acompañadas de sintomatología psicótica. Son más frecuentes durante el síndrome amotivacional, cuando la obtención de la droga es lo que impulsa la acción del sujeto.

## BIBLIOGRAFÍA.

Brady K.T., Lydiard R.B., Malcolm R., Ballenger J.C. (1991). "Cocaine-Induced Psychosis". Journal of Clinical Psychiatry; Dec;52(12):509-12.

Casas M. (2000) "Trastornos Duales". En: Vallejo J., Gastó C. (ed.) Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Editorial Masson, p. 894.

Floyd A.G., Boutros N.N., Struve F.A., Wolf E., Oliwa GM. (2005) "Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use: A preliminary report". Journal of Psychiatric Research. Vol Jul 25.

Garcia-Andrade J.A. (2002). Psiquiatría Criminal y Forense. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

Hyman S.E. (2005). "Addiction: a disease of learning and memory". American Journal of Psychiatry. Aug;162(8):1414-22.

Kalivas P.W., Weber B. (1988). "Amphetamine injection into the ventral mesencephalon sensitizes rats to peripheral amphetamine and cocaine". The Journal of Pharmacology and Experimental Therapies. Jun;245(3):1095-102.

Miles H, Johnson S, Amponsah-Afuwape S, Finch E, Leese M, Thornicroft G. (2003). "Characteristics of subgroups of individuals with psychotic illness and a comorbid substance use disorder". Psychiatric Services. 2003 Apr;54(4):554-61.

Ochoa E. (1999) "Anxiety disorders and substance-related disorders". Actas Españolas de Psiquiatría. Jan-Feb;27(1):56-63.

Plan Nacional sobre Drogas. (2003). Informe Nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas. [fichero en línea]. (Consulta:14 de noviembre 2005).

Ramos-Quiroga J.A., Collazos F., Casas M., (2004). "Adicciones a sustancias químicas. Psicoestimulantes (III)". En: Vallejo J., (ed). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L. Vol I, p. 786.

Roncero C., Ramos J.A., Collazos F., Casas M. (2001). "Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína". Adicciones; 13 supl 2, 179-89.

Satel S.L, Edell W.S. (1991) "Cocaine induced paranoia and psychoses proneness". American Journal of Psychiatry; Dec;148 (12):1708-1711.



**Maria-Jesús Romero\*†, Vanesa Meseguer\*\*, Alfonso Barros-LoCERTALES\*\*, César Ávila\*\*, Francisco Bosch-Morell†, Amparo Sánchez+, Carmina Palau+, Vicente Belloch\*, Samuel Aasensio † y Francisco Javier Romero†.**

\*Hospital Arnau de Vilanova, Eresa, Valencia.

†IDYCA, UCH-CEU, Moncada.

\*\*Universidad Jaime I, Castellón.

+UCA Paterna.

La adicción como enfermedad crónica, recurrente y tratable constituye un serio e importante problema de salud pública. La diana de todas las campañas es la prevención, ya desde edades muy tempranas, entre la población más joven y la adolescente.

La neuroimagen puede llegar a identificar las regiones cerebrales dañadas en los procesos relacionados con la dependencia a sustancias adictivas (alcohol, cocaína, etc.), teniendo en cuenta que la Adicción constituye una verdadera enfermedad con un sustrato neurobiológico y con un gran componente social. Los problemas conductuales y cognitivos en el abuso crónico de drogas tienen una expresión morfológica cerebral que consistiría en una alteración estructural y funcional de las áreas cerebrales implicadas.

Hoy en día la resonancia magnética (RM) se ha establecido como un método eficaz de diagnóstico por imagen, cada vez con mayor resolución espacial, temporal y de contraste tisular, y con nuevas aplicaciones clínicas (Ferreirós, 2004).

La RM como técnica no invasiva de la imagen cerebral es importante para identificar los circuitos neuronales que se alteran en el consumo crónico ó agudo de drogas. La RM permite llevar a cabo estudios con técnicas específicas, como la RM funcional, el DTI (Imagen de Tensor de Difusión) y estudios de volúmenes cerebrales con técnicas morfométricas.

### **ESTUDIO FUNCIONAL**

La RM funcional, una técnica específica de RM, utilizando los principios generales que relacionan estrechamente la actividad neuronal con el metabolismo y el flujo sanguíneo (Ogawa, 1990), permite poder valorar los cambios neurobiológicos y su representación por neuroimagen en pacientes con problemas de drogadicción. Muchos de estos cambios neurobiológicos implicados en la adicción aún no

están del todo esclarecidos. Antes de disponer de la metodología necesaria para la obtención de la neuroimagen, se creía que únicamente estaba implicado el circuito límbico, hoy se conoce que áreas como el cortex frontal tienen un papel princeps (Goldstein & Volkow, 2002). La metodología de la RM funcional se basa en la sustracción entre las señales emitidas en la RM obtenidas durante diversos momentos de la actividad neuronal (Rosales, 2003).

Por medio de la elaboración de mapas cerebrales por RM funcional para medir la respuesta del nivel de oxigenación sanguínea, se ha demostrado la activación de la corteza prefrontal y del cíngulo anterior en la intoxicación con cocaína (Virgen-Montelongo, 2002), sugiriendo que estas regiones estarían implicadas en el proceso de intoxicación y que estas respuestas en parte estén relacionadas con experiencias previas de uso de drogas. La realización de este tipo de estudios y exámenes requiere un equipo multidisciplinario de profesionales, entre otros neurorradiólogos que interpreten las imágenes, neuropsicólogos que diseñen las tareas específicas para la activación de una determinada área cerebral, conocimiento de las bases físicas de resonancia magnética y de la bioquímica y la fisiología del sistema nervioso central. La elaboración del paradigma a aplicar debe ser cuidadosa en su diseño para poder obtener una estimulación exclusiva del área neuronal de interés que queramos estudiar. La interpretación y post-procesado de los datos con un sistema complejo de análisis, hace necesaria la colaboración también con expertos en el ámbito de la informática y análisis matemático. En resumen, la aplicación de la RM funcional es bastante complicada y al mismo tiempo multidisciplinaria, implica y requiere:

- Un conocimiento exhaustivo de las bases físicas de la resonancia magnética.
- Análisis estadístico de los resultados para evitar falsos positivos.
- Un buen diseño del estudio psicológico y de las tareas específicamente y cuidadosamente diseñadas para obtener la respuesta neuronal requerida.
- Una resolución espacial moderadamente buena y relativamente poca resolución temporal.
- La integración de la neuroanatomía, neurobiología, neuroquímica y neuropatología.

Dentro del Proyecto de Investigación “Neuroimagen y Neurobiología en Drogadicción”, auspiciado por la Fundación FEPAD (Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias) y dirigido por el IDYCA (Instituto de Drogas Y Conductas Adictivas, UCH-CEU) el cual abarca toda un área de investigación en ciencia básica experimental en el ámbito de la neurofisiología, bioquímica, farmacología y neurobiología de las sustancias adictivas (alcohol, cocaína...), también tiene como uno de sus objetivos estudiar las funciones

superiores y emocionales en pacientes con adicción a drogas (vg. cocaína, alcohol...) y así poder evaluar y evidenciar por imagen, las áreas implicadas en el mecanismo que impulsa a estos pacientes a ingerir nuevamente la droga aún cuando llegados a un punto ya no exista respuesta placentera sino sólo necesidad inevitable y deseo irrefrenable de consumir droga, ya no tanto para obtener el efecto placentero, sino para evitar el efecto adverso de su no consumo. Para este estudio nos basamos en los conocimientos ya existentes de las principales áreas cerebrales implicadas en el sistema de recompensa en humanos y en resultados de algunos estudios experimentales en animales. Todo este trabajo es el resultado de un deseo unánime de encontrar respuestas y nuevos tratamientos a esta seria enfermedad llamada Adicción.

Fruto de un trabajo multidisciplinario y coordinado por el IDYCA de las diferentes áreas de conocimiento ha sido posible lo que consideramos los primeros pasos de este proyecto de investigación con resultados esclarecedores en algunos aspectos relacionados con el procesamiento emocional de pacientes con adicción a la cocaína.

El presente estudio se ha centrado en un grupo homogéneo de pacientes (12) con consumo crónico de cocaína esnifada, adulto, varón, de edades comprendidas entre 25 y 45 años, sin antecedente de enfermedad psicológica ni orgánica conocida, que acude a la Unidad de Conductas Adictivas de Paterna (Valencia) para comenzar tratamiento y que participan en el proyecto de forma voluntaria. Simultáneamente se selecciona un grupo de similares características en cuanto a edad y sexo, sin antecedente de consumo de drogas, sin enfermedad psiquiátrica ni orgánica conocida, y que llamaremos grupo control (12). Con un equipo de RM de alto campo (Siemens 1.5 Tesla, Eresa) en el Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, y mediante un complejo sistema de presentación de imágenes (Visua Stim XGA, Resonance Technology, Inc.) se estudia la respuesta de la actividad cerebral a la presencia de estímulos con contenido emocional y también a estímulos condicionados, es decir, estímulos asociados al consumo de cocaína. Se les presenta a cada uno de los participantes como grupo control y grupo de pacientes una tarea que consistirá en la visualización mediante unas gafas, ya en el interior del imán de la RM, de una serie de imágenes de las que ya se conoce que generan reacciones apetitivas, aversivas y neutras en individuos adultos (escenas de sexo, muerte, violencia, paisajes, naturaleza, animales, elementos inertes...) tomadas del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS), adaptado al español por Moltó y cols. en 1999. Y en un segundo tiempo, se les presenta un video con fragmentos de escenas de diversas películas relacionadas con el consumo de cocaína y del mundo asociada a la droga.

¿Cómo se procesa la estimulación positiva y la negativa? ¿Qué efectos provoca en el sistema emocional el consumo crónico de cocaína? Para ello debemos recordar el sustrato anatómico cerebral del sistema emocional y afectivo: el sistema límbico. Los circuitos relacionados con la emoción tienen como sustrato anatómico el núcleo accumbens, los ganglios basales (estriatum) y la corteza orbitofrontal, entre otros, para el sistema apetitivo; las regiones cerebrales implicadas en el sistema aversivo incluyen la amígdala, el hipocampo y el cíngulo anterior. Áreas de recompensa específica son el n. accumbens y el giro orbitofrontal.

Nuestros resultados en el grupo control ante imágenes positivas han sido una activación de la amígdala y cíngulo anterior como en estudios previos y además una activación específica de áreas de recompensa como el núcleo accumbens. Ante imágenes negativas el grupo control activa las dos amígdalas. El estudio comparativo entre grupos (control y paciente) ante imágenes apetitivas, muestra en el grupo de pacientes una hipoactivación, es decir una menor activación del n. accumbens, la amígdala, cíngulo anterior y corteza orbitofrontal. El grupo de personas con adicción a cocaína en comparación a los controles, ante imágenes aversivas, muestran también una hipoactivación del cíngulo anterior.

Así pues, las personas que consumen de forma crónica una sustancia adictógena como la cocaína (esnifada) muestran una alteración en las áreas relacionadas con el procesamiento emocional de estímulos no relacionados con la adicción.

Como resultado de la presentación de estímulos condicionados, es decir, estímulos relacionados con el consumo de droga se ha podido evidenciar cuando comparamos las áreas de activación entre los dos grupos, es decir, el grupo de pacientes (adictos) y el grupo control (no adictos) una diferencia significativa en la activación del cíngulo anterior (Fig. 1). En el grupo de los adictos hay una mayor activación de este área, lo que implica que el tema de la droga es importante e interesante para ellos, puesto que el área cerebral llamada cíngulo anterior es entre otras, una parte de la anatomía cerebral que está relacionada con el procesamiento de la información que para uno es importante y relevante. Por el contrario en el grupo control (no adicto) el tema del consumo de droga y toda la parafernalia asociada a este fenómeno es procesado como algo no tan relevante, aparentemente carente de interés aunque no de curiosidad. El sujeto adicto procesa el estímulo condicionado a las drogas como algo realmente relevante en su vida.

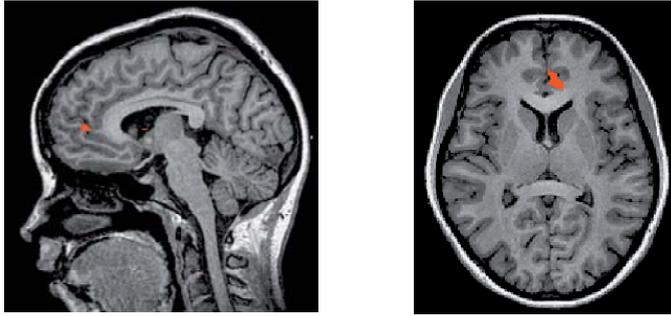


Fig. 1 Imagen RM funcional plano sagital (A) y plano axial (B), resultado del estudio comparativo (adicto vs no adicto) entre sujeto adicto y sujeto no adicto ante la visualización de escenas relacionadas con el consumo de drogas, evidenciándose una mayor activación del cíngulo anterior izquierdo en el sujeto adicto.

De todo ello se puede inferir que en el paciente adicto, comparativamente con el sujeto control, al procesar los estímulos relacionados con la droga de forma tan relevante, por la activación evidenciada en el cíngulo anterior, y presentar una hipoactivación en aquellas áreas implicadas en el procesamiento emocional de estímulos naturales (positivos y negativos), es precisamente la droga quien modula el sistema emocional del adicto en el consumo crónico de cocaína. Estudios preliminares han evidenciado una activación del cíngulo anterior durante el craving de cocaína por lo que se cree que juega un papel importante en la integración del proceso cognitivo y afectivo-emocional. En nuestro estudio, la visualización del video relacionado con el consumo de cocaína despierta interés en el sujeto adicto, probablemente por el recuerdo evocado por el video sin llegar a provocarles craving de cocaína. En el craving hay muchos elementos a tener en cuenta, el entorno, el deseo de consumir, la influencia externa, el recuerdo de lo aprendido y vivido, y también el reflejo de una lucha interna, de un conflicto (Wexler et al., 2001).

## ESTUDIO MORFOLÓGICO

Estudios morfométricos muestran una disminución de volumen en la sustancia gris de regiones tales como el cíngulo anterior, corteza prefrontal y orbitofrontal (Franklin et al. 2000). En base a estudios previos hemos analizado con técnicas de imagen basadas en la RM, Morfometría y DTI, la integridad de la sustancia gris y sustancia blanca en algunas áreas cerebrales implicadas en la recompensa y control cognitivo. Ha mejorado significativamente nuestro entendimiento sobre la estructura cerebral y conectividad neural, permitiéndonos cuantificar la orientación tisular y estructura cerebral de la sustancia blanca y tractos fibrosos neurales (Warren y cols, 2003). Actualmente tiene aplicación muy reciente en patología psiquiátrica y

constituye una herramienta importante en la investigación neuropsiquiátrica (Taylor et al., 2003), concretamente en esquizofrenia (Lim et al, 1999).

La imagen del DTI, Difusion Tensor Imaging (Imagen de Tensor de Difusión) por RM se ha convertido en una modalidad de imagen médica alternativa y complementaria de la Resonancia Magnética convencional y en una técnica cada día más utilizada para el análisis de patologías neurodegenerativas: isquemia, esclerosis múltiple, ELA, leucoencefalopatía, Alzheimer (Bozzali et al., 2002, Small, 2004), demencia (Rose et al., 2000), conectividad neuronal...

DTI son las siglas en inglés que designa una técnica que usa el tensor de difusión para crear imágenes: Difusion Tensor Image. Es la técnica de elección para representar las vías neuronales del encéfalo "in vivo". Esta técnica se basa en la forma tridimensional de la difusión del agua. La difusión libre es uniforme en todas las direcciones. Si el agua se difunde en un ambiente que tiene barreras, la difusión no es uniforme; las barreras pueden ser muchas cosas, membranas celulares, axones, mielina, etc.; pero en el caso de la sustancia blanca cerebral, la barrera principal es la membrana de mielina de los axones. La medida del tensor de difusión asociado al movimiento browniano de las moléculas de agua en la sustancia blanca cerebral permite describir su estructura. El DTI puede estudiar la densidad, viabilidad y difusividad axonal mediante lo que llamamos fracción anisotrópica. Mediante esta técnica se ha podido valorar cambios en la conectividad cerebral en algunas áreas relacionadas con el sistema emocional (sustancia blanca frontal y giro cingular); y un análisis morfométrico ha permitido demostrar que el consumo crónico de cocaína provoca atrofia selectiva de determinadas áreas relacionadas con la recompensa y control cognitivo, comparativamente con el sujeto control, evidenciándose de forma muy selectiva una pérdida de sustancia gris a nivel del cortex orbitofrontal y putamen (sustancia gris profunda que forma parte de los ganglios basales del cerebro, también implicados en el sistema de la recompensa) (ver Fig. 2).

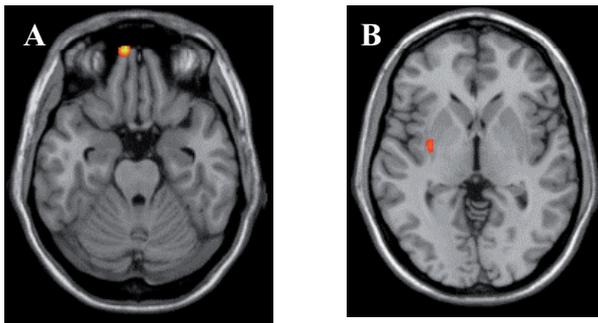


Fig. 2 Imagen RM morfométrica plano axial (A y B) donde se pone de manifiesto en color el área con atrofia selectiva: en A sustancia gris orbitofrontal derecha y en B putamen derecho.

Ya en estudios previos se ha demostrado una alteración de los valores de la difusión del agua en la sustancia blanca cerebral (medido con el DTI) de algunas áreas implicadas en el sistema de recompensa, como es la sustancia blanca frontal, en individuos con adicción a cocaína, apoyando la idea de una alteración en la conectividad orbitofrontal (Lim y cols. 2002), hecho que hemos analizado en nuestro estudio (Fig. 3), donde se ha podido determinar una disminución significativa del valor de la fracción anisotrópica en la sustancia blanca frontal, comparativamente con el grupo control.

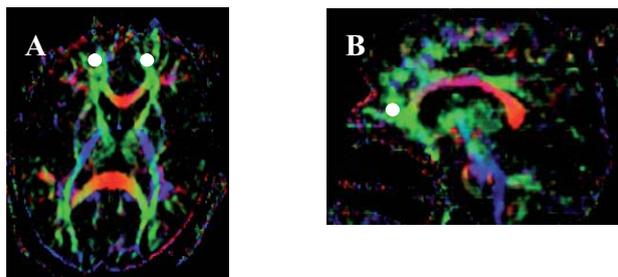


Fig. 3 Imagen RM DTI 2D plano axial (A) y plano sagital (B). Se marca con puntos blancos la zona de la medida del tensor, en este caso sustancia blanca frontal derecha e izquierda.

En el giro cingular anterior (cingulado anterior) nos encontramos, paradójicamente a lo teóricamente esperable, con un aumento de la fracción anisotrópica, lo que se podría interpretar como un aumento de la conectividad y densidad axónica, hecho que se podría explicar en relación con la llamada plasticidad neuronal. Estudios previos publicados han demostrado un aumento de la densidad dendrítica a largo plazo en determinadas áreas cerebrales en el consumo crónico de cocaína (Nestler, 2005). Esto implicaría no sólo cambios morfológicos, sino una posible adaptación neuronal y/o molecular en la adicción.

Cuando investigamos acerca de la utilidad de la tractografía (Fig. 4) de los axones por DTI, nos damos cuenta no sólo de las enormes aplicaciones clínicas y científicas, sino también de las limitaciones de la técnica. De ahí que entender la función cerebral de determinadas áreas debe incluir también estudios de resonancia magnética funcional y tests neuropsicológicos (Lim y Helpenr 2002).

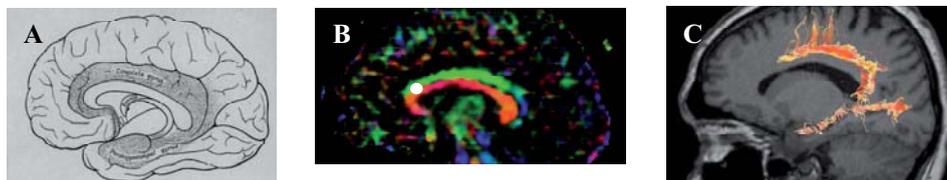


Fig. 4. A, B y C son la representación morfológica en esquema (A), RM DTI 2D (B) y RM DTI 3D tractografía (C) del giro cingular. Se marca en B con punto blanco la zona del cingulado anterior donde se ha realizado la medida del tensor.

## CONCLUSIÓN

Durante la adicción, el valor sobresaliente de la droga en el sistema de recompensa-motivación-memoria supera el control inhibitorio ejercido por el cortex prefrontal (Volkov, 2004).

La drogadicción es un tema de abordaje multidisciplinario. Conocer un poco más los mecanismos responsables del desarrollo de la adicción, significaría un mejor control y prevención del deterioro emocional y cognitivo de estos pacientes. Todo ello nos va a permitir abrir nuevas perspectivas tanto en la evaluación y diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias como en lo que es más importante para una unidad de carácter asistencial, el tratamiento aplicado.

Los resultados estructurales (DTI), morfométricos (Volumetría 3D) y funcionales obtenidos mediante la resonancia magnética funcional en nuestro trabajo, revelan la existencia de una alteración de la sustancia blanca a nivel orbitofrontal (cuantificado por medio del Tensor de Difusión), una disfunción en el procesamiento de las emociones en áreas del circuito emocional y afectivo (valorado por RM funcional), y una pérdida selectiva de sustancia gris, también en el área anatómica orbitofrontal de los sujetos con adicción a cocaína, lo que podría explicar en parte las bases neurobiológicas, psicológicas y el comportamiento de estos sujetos en el complejo proceso de la adicción.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ávila, C.; Barrós-Loscertales, A.; Parcet, M.A.; Belloch, V.; Campos, S.; Feliu-Tatay, R.; González-Darder, J.M. (2003) Aplicaciones de la resonancia funcional en pacientes prequirúrgicos: funciones motoras, de memoria y lingüística. *Rev. Neurol.* 37: 567-578.
- Bozzali, M.; Falini, A.; Franceschi, M.; Cercignami, M.; Zuffi, M.; Scotti, G.; Comi, G.; Filippi, M. (2002) White matter damage in Alzheimer's disease assessed in vivo using diffusion tensor magnetic resonance imaging. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 72: 742-746.
- Ferreirós Dominguez, J. (2004) Impacto de la imagen por resonancia magnética (IRM) en la práctica médica. *An. R. Acad. Nac. Farm.*,70: 33-39.
- Goldstein, R.Z.; Volkow, N.D. (2002) Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry* 159, 1642-1652.
- Li, S. J., (2000) Cocaine administration decreases functional connectivity in human visual and motor cortex as detected by functional MRI. *Magn. Reson. Med.* 43: 45-51.

- Lim, K.O.; Choi, S.J.; Pomara, N.; Wolkin, A.; Rotrosen, J.P. (2002) Reduced frontal white matter integrity in cocaine dependence: A controlled diffusion tensor imaging study. *Biol. Psychiatry* 51: 890-895.
- Lim, K.O.; Hedehus, M.; Moseley, M.; De Crespigny, A.; Sullivan, E.V.; Pfefferbaum, A. (1999) Compromised white matter tract integrity in schizophrenia inferred from diffusion tensor imaging. *Arch. Gen. Psychiatry* 56: 367-374.
- Lim, K.O.; Helpert, J.A. (2002) Neuropsychiatric applications of DTI-A review. *NMR Biomed.* 15: 587-593.
- Nestler, E.J. (2005) Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience* 8: 1445-1449.
- Ogawa, S.; Lee, T.M.; Kay, A.R.; Tank, D.W. (1990) Brain Magnetic Imaging with contrast dependent on blood oxygenation. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 87: 9868-9872.
- Ogawa, S.; Lee, T.M.; Kay, A.S.; Glynn, P. (1990) Oxygenation-sensitive contrast in magnetic resonance imaging of rodent brain at high magnetic fields. *Magn. Reson. Med.* 14: 68-78.
- Rosales, M.R. (2003) Resonancia magnética funcional: una nueva herramienta para explorar la actividad cerebral y obtener un mapa de su corteza. *Rev. Chil. Radiol.* 9: 86-91.
- Rose, S.E.; Chen, F.; Chalk, J.B.; Zelaya, F.O.; Strugnell, W.E.; Benson, M.; Semple, J.; Doddrell, D.M. (2000) Loss of connectivity in Alzheimer's disease: An evaluation of white matter tract integrity with colour coded MR diffusion tensor imaging. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 69: 528-530.
- Small, G.W. (2004) Neuroimaging as a diagnostic tool in dementia with Levy bodies. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 17 (suppl. 1): 25-31
- Taylor, W.D.; Hsu, E.; Krishnan, R.R.K.; Macfall, J.R. (2003) Diffusion tensor imaging: Background, potential and utility in psychiatric research. *Biol. Psychiatry.* 3: 23-30.
- Virgen-Montelongo, R. (2000) La adicción a las drogas y sus bases neurobiológicas fundamentales: de las estructuras subcorticales a la corteza frontal. *Investigación en Salud.* Madrid.



### **D<sup>a</sup>. María José Torrijo Rodrigo.**

Coordinadora Técnica. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD).

### **D<sup>a</sup>. Julia Aguilar Serrano.**

Técnico Prevención. Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias (FEPAD).

Desde la FEPAD, consideramos que la línea principal de trabajo que debería desarrollarse en este momento en relación a la cocaína, es la preventiva, en su doble vertiente; tanto para evitar nuevos consumos, como para reducir los daños ocasionados por los mismos.

Desde este planteamiento preventivo y para entender la lógica que sustenta el consumo de una determinada droga, necesitamos dejar definidos como mínimo;

1. Las características básicas de la sustancia a la que nos referimos, incidiendo en los efectos que el consumidor busca y experimenta con dicha sustancia (en nuestro caso cocaína), y,
2. El tipo de consumo o consumidor sobre el que se pretende trabajar.

Esto porque, la puesta en marcha de cualquier intervención preventiva sin tener claramente definidos estos dos elementos, tan sólo provoca que nadie se dé por aludido. Se habla de cocaína (y me refiero fundamentalmente a los medios de comunicación) en términos tan genéricos y abstractos que el no consumidor interpreta que el problema está muy lejos de él y, casi seguro, que nunca le afectará. Mientras que, por su parte, el consumidor no se ve reflejado en los patrones de consumo que se muestran, reales en todo caso, pero minoritarios la mayoría de veces (programas televisivos en los que solo se reflejan los dos extremos o posiciones antagónicas sobre una cuestión, sin mostrar todo el continuum que discurre entre ellos).

Dicho esto me gustaría dejar clara mi posición frente a estas cuestiones. No debemos olvidar que, la preocupación actual sobre la cocaína, además de por el aumento del número de personas admitidas a tratamiento, viene motivada fundamentalmente por el aumento del consumo en población muy joven (14 – 22 años) y lo que es más importante a nivel preventivo, por población adolescente-juvenil integrada socialmente.

Hablamos de un uso fundamentalmente recreativo, en el que pocas veces las motivaciones al consumo se relacionan con actos reivindicativos o como salida a situaciones de enorme deterioro personal y social. Estamos frente a una sustancia, la cocaína, que probablemente sea una de las drogas, cuyos efectos mejor cumplan con las expectativas del consumidor.

Aumenta el consumo (aunque si lo comparamos con otras sustancias en términos absolutos, no resulta tan llamativo), al tiempo que disminuye la percepción de riesgo sobre la sustancia y aumenta la percepción de disponibilidad o acceso a la misma (siendo estas últimas cuestiones las que sí deberían llamar nuestra atención).

Y por último, lo que desde la práctica preventiva resulta imprescindible tener en cuenta es que, la cocaína sigue arrastrando toda una serie de mitos que, aunque muy antiguos y en muchos casos simplistas, constituyen los pilares sobre los que se sustenta la desinformación tanto de consumidores como de no consumidores, generando una situación de riesgo basada en la desinformación, que desde la prevención debería constituir una de las primeras tareas a abordar.



Desde luego, información hay, pero puede ser que no sea el tipo de información que debería. Puede ser que estemos ofreciendo una gran cantidad de información, pero que no sea la más adecuada.

Nos planteamos pues, tres puntos básicos de intervención:

1. Intensificar la investigación cualitativa, incorporando el **punto subjetivo del consumidor**, en pro de saber qué tipo de información es la que manejan. Hay que saber lo que ellos saben y lo que no, lo que perciben, lo que les convence y lo que no, para, a partir de esto, poner en marcha una estrategia informativa dirigida a crear una base informativa sólida, objetiva y veraz.

2. Definir el **tipo de consumidor** al que nos dirigimos, y las **motivaciones para el consumo**, en pro de delimitar de qué grupo tenemos que extraer la información que necesitamos y a qué grupo dirigir nuestro trabajo.
3. Desarrollar, una **estrategia informativa** centrada prioritariamente en los medios de comunicación de masas, como mecanismo más efectivo para ampliar los resultados.

### NUESTRA PROPUESTA.....

- Hay que intensificar el **trabajo de campo** e incorporar el **punto subjetivo del consumidor**.
- Hay que definir las **motivaciones para el consumo** y el **tipo de consumidor** al que nos dirigimos.
- Frente a la triada de Estrategias Preventivas a desarrollar, la **estrategia informativa** es la que cabe impulsar en este momento.

Respecto a la intensificación de la investigación cualitativa debería ahondarse en cuáles son esos beneficios que a nivel personal y social se persiguen y encuentran con el consumo de cocaína y mantienen el consumo. Más allá de que sea un consumo para divertirse, hay que dar un salto cualitativo desde un enfoque cultural que explique el concepto de diversión que jóvenes y adolescentes tienen, otorgar a los factores de riesgo comunitarios la importancia que cobran en los consumos actuales dado que lo que parece claro en este momento, es que, el consumo de cocaína no se realiza en la mayoría de los casos para superar carencias a nivel personal, relacional, familiar, sino que se utiliza desde un punto de vista instrumental “para conseguir algo” (probablemente capital social, entendido como dotación de habilidades sociales, relacionales, posición de prestigio dentro del grupo, etc....).



Lo que no se puede negar es que, en un primer momento, el consumo de cocaína por grupos de adolescentes y jóvenes produce los efectos característicos de un potente estimulante del sistema nervioso central; locuacidad, sensación de euforia, aumento de la confianza personal,....., que ofrece un mecanismo de integración social dentro del mismo grupo (aumento de la sociabilidad) y de movilidad social o puerta de entrada a otros. Desde luego el ir a pillar, hacerse unas rayas juntos en el coche o el cuarto de baño, utilizar la excusa del “¿quieres una rayita?” para ligar, o el presentarte en un grupo nuevo con unos gramos en el bolsillo, resulta bastante efectivo en los contextos de ocio, públicos o privados, en los que los consumos se desarrollan.

En relación a los **tipos de consumidores**, dentro de las múltiples clasificaciones que se han realizado de los consumidores de cocaína, nos quedamos en este momento con la propuesta por IREFREA (Adicciones, 2001), ya que permite diferenciar aquellos grupos que serían objeto directo del trabajo preventivo, de aquellos que formarían parte de un trabajo más asistencial. En este caso proponen 3 grupos:

- **Aristocráticos:** son los que generan el discurso imperante en torno a la cocaína y por tanto una de las fuentes principales de transmisión de mitos. Es ese grupo social que cuenta con una imagen (potenciada por los medios de consumidor) de prestigio social, de triunfadores, tan deseada por otros grupos sociales:
  - Hay un consumo más exclusivo de cocaína y alcohol.
  - Marcan las diferencias con otros consumidores como los de éxtasis.
  - Practican una diversión más alejada del baile y las discotecas.

- **Recreativos:** conformarían el grupo objeto de prevención por excelencia, ya que es el grupo de riesgo al que le llega la información sesgada. Encontraríamos dos subgrupos en función del tipo de drogas que consumen:
  - o Grupo 1; consumidores de psicoestimulantes de forma preferente y cocaína de manera secundaria.
  - o Grupo 2: mantienen la cocaína como droga principal y éxtasis como droga ocasional.

Por supuesto añadiríamos a estos dos grupos, el consumo de drogas legales y cannabis.

- **Atrapados:** en este grupo las drogas ocupan un lugar central en la vida del sujeto, tanto en su vida recreativa como en la diaria. Son policonsumidores compulsivos y buscan en las drogas una solución a sus intereses emotivos, económicos y sociales. Están la mayoría de ocasiones insertos en circuitos marginales de tráfico de drogas, de delincuencia y violencia. Este grupo sería ya población objeto de circuitos asistenciales.



Esta clasificación nos permite:

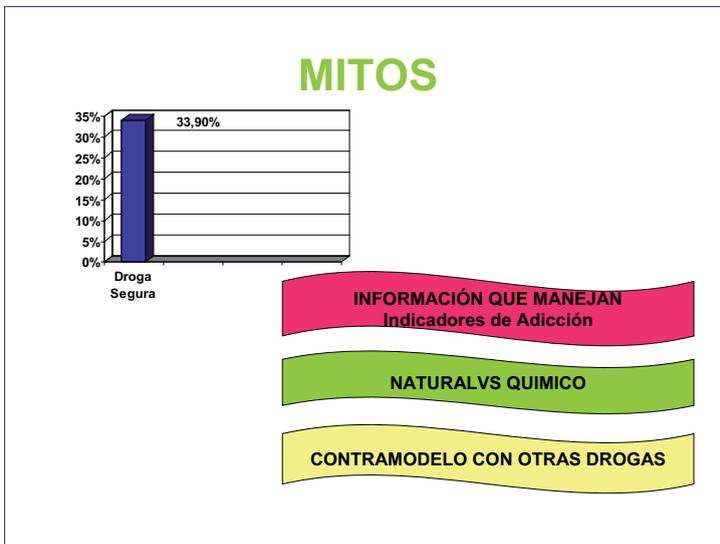
- Observar la dirección de las líneas de difusión de información. Quiénes son los emisores (aristocráticos) y los receptores de la información circulante alrededor de la cocaína (recreativos).
- Vislumbrar que el grupo de consumidores aristocráticos, como grupo generador de información, debería ser objeto de intervención tanto a nivel teórico como práctico (actualmente no tenemos acceso a ellos).

- Delimitar los dos grupos prioritarios a los que dirigir la acción informativa (aristocráticos y recreativos).

Pero sobre todo destacar que, en el juego bidireccional entre estos dos grupos lo que se manejan son elementos simbólicos (prestigio, ascenso social, capacidad de relacionarse). Un capital que unos creen que poseen y los otros desean, en un espacio, el de ocio, importante para adquirir relaciones de poder importantes para el sujeto en ese momento de su vida.

Pero probablemente, uno de los temas de mayor importancia a la hora de diseñar una estrategia preventiva de carácter informativo, sea conocer y tener presentes los mitos que giran entorno a la información disponible sobre la cocaína. Ya que, como he mencionado anteriormente, constituyen los pilares sobre los que se sustenta la desinformación tanto de consumidores como de no consumidores

Desde los años 80, la cocaína empieza a ocupar un lugar importante como droga recreativa y elitista asociada al éxito y el prestigio, generadora de un halo de expectación y misterio que arrastramos hasta la actualidad.



En el conjunto amplio de todos esos mensajes que se transmiten de unos grupos a otros (de aristocráticos a recreativos) destacamos tres grupos:

Aquellos que hacen referencia a **síntomas que indican la presencia de un trastorno adictivo**. Indicadores que el consumidor utiliza para determinar si su consumo es normal o patológico, si controla o si “se le ha ido de las manos”. Me refiero a conceptos básicos como el de dependencia, tolerancia o uso y abuso, que en el caso de la cocaína requieren de matizaciones propias. Teniendo en cuenta los argumentos que maneja el consumidor resulta bastante normal que la mayoría

de ellos interprete que ejercen un control sobre su consumo y que los problemas solo se manifiestan en los tipos de consumos que hacen los “atrapados”.

Diferentes argumentos, extraídos de grupos de discusión con consumidores ponen de manifiesto toda una serie de falsas creencias muy típicas entre estos grupos y que circulan abundantemente a través de circuitos informales. El sujeto suele interpretar que:

- a. Su consumo habitual de fin de semana es un patrón de uso porque entre semana no consume y lo realiza para divertirse, de hecho hay algunos fines de semana que no consumo puedo aguantarme.
- b. La dependencia psicológica es una cuestión de control de uno mismo, de su mente, y lo verdaderamente preocupante es la dependencia física y el síndrome de abstinencia, que no está muy claro que la cocaína lo produzca.
- c. “Yo controlo porque llevo consumiendo mucho tiempo y siempre utilizo las mismas dosis”.

Frente a esto cabría plantearse que es necesario que lleguen a los chavales informaciones más claras sobre los conceptos de:

- a. **Uso/Abuso de una sustancia;** delimitando claramente cuáles son los patrones de uso circunstancial o experimental de la cocaína, y cuáles son aquellos que se definirían como patrones de abuso y se sitúan a las puertas de poder convertirse en trastornos adictivos.
- b. **Dependencia generada por la cocaína.** A este respecto resaltar tres datos importantes:
  - A-priori la existencia de una dependencia física inducida por el consumo de cocaína y la aparición de un síndrome de abstinencia clásico, como el del alcohol u opiáceos, parece que no aparece con la cocaína. Esto no implica que el consumidor deba saber que aunque pueda abandonar el consumo por un periodo de tiempo (de hecho la mayoría de ellos lo interrumpen tras un periodo de abuso), sean incapaces de controlar el deseo patológico instaurado en un círculo de atracones de cocaína e interrupción del consumo.
  - Por otra parte, la dependencia psicológica a la cocaína no debe subestimarse por el hecho de que haga referencia a estados mentales que supuestamente el consumidor interpreta siempre que puede controlar.
  - Y por último, la gran olvidada, la dependencia de contexto, la primera en manifestarse en los consumidores abusivos de fin de semana. El hecho de asociar determinados contextos de ocio (bien sean discotecas, bares

o fiestas en casa) con el consumo de cocaína o de otras drogas, ya debería ser indicador suficiente para poner al consumidor en un estado de alerta.

- c. **Tolerancia:** como indicador de la existencia de un posible problema relacionado con el consumo de cocaína, cabría que los grupos de adolescentes y jóvenes supieran que dentro del consumo de cocaína se ha descrito clásicamente la inducción de TAQUIFILAXIA, que se corresponde con un incremento en la frecuencia de la administración (el gramo de cocaína que antes te duraba toda la noche, ahora solo te dura hasta mitad de noche), pero no de la cantidad de cocaína de cada dosis.

Por último, referirnos a la presencia de Tolerancia Inversa con el consumo crónico de cocaína, la cual implicaría la aparición de efectos antagónicos a los que se experimentaban anteriormente (inhibición conductual, paranoias, agresividad....)



En segundo lugar encontramos aquellos mitos o informaciones que sirven para realizar una **clasificación de las sustancias en base a su composición** y atribuirles en base a esto su grado de peligrosidad.

Se trata de la siempre presente clasificación errónea de **drogas naturales y drogas artificiales**, que lleva al consumidor a pensar que dentro de los posibles consumos de drogas que puede realizar, el de cocaína tiene un alto margen de seguridad.

Esta clasificación realizada en base, exclusivamente, al origen de la droga (extraída de una planta natural o fabricada en un laboratorio clandestino) simplifica la cuestión a:

- a. **Drogas naturales:** entre las que se encontraría el cannabis, la cocaína y probablemente la heroína.
- b. **Drogas artificiales:** entre las que se encontrarían las anfetaminas, éxtasis y en general todas las drogas de diseño.

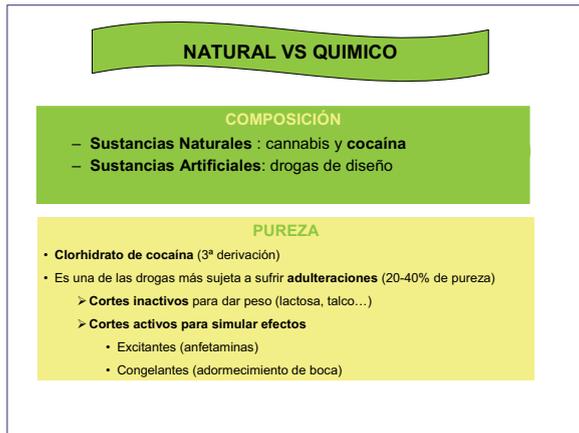
Por alguna razón, la cocaína da sensación de pureza, de que no existe tanto riesgo de adulteración como puede ocurrir con las pastillas. Argumento que procede de fuentes informales y que se refuerzan por la imagen de aquellos que sí son consumidores. Nada más lejos de la realidad, la cocaína es una de las drogas más sujetas a sufrir adulteraciones, no encontrándose en el mercado una pureza superior entre el 20% y el 40%. Cortes para aumentar su peso y para generar la sensación buscada de adormecimiento de la boca, que el consumidor interpreta como pureza.

Si a esto le añadimos que el consumidor realmente lo que ingiere es la 3ª derivación sintética extraída de la hoja de coca (Hoja de coca, Pasta de coca o Sulfato de cocaína, Clorhidrato de cocaína y Cocaína base), la cuestión se complica bastante.

Por último, otra de las percepciones que manejan jóvenes y adolescentes, no sólo con la cocaína, sino en general con todas las drogas es la **comparación o creación de un contramodelo con la heroína**.

Frente a la imagen social creada del consumidor “snob” de cocaína, ambicioso, que está presente en fiestas privadas y que conoce a todo el mundo, se contrapone la imagen del acabado, del carente, del solitario, sin caer en la cuenta de que tras esta construcción social sólo se esconde una cuestión farmacológica, ya que la cocaína es un estimulante del sistema nervioso y la heroína un depresor. Pero además, en el caso de la cocaína, ésta se compara con las drogas de diseño, para de nuevo separar a los grupos de consumidores en “pastilleros” y “consumidores de drogas de club”.

Por supuesto estamos frente a procesos de diferenciación social que persiguen contenidos simbólicos de refuerzo de la propia identidad grupal (Romaní, 2002). Pero, debemos considerar que dichos procesos también se producen en el grupo de adultos a través de otros elementos de distinción basados en el consumo de coches, ropa de marca etc. Con esto quiero decir que, casi seguro, el origen del problema esté originariamente en la cultura que los adultos hemos creado, en los valores que trasmitimos a las nuevas generaciones como prioritarios. Y que, en la mayoría de los casos, niños, adolescentes y jóvenes tan sólo realizan una adaptación a su formato juvenil.



En todo este panorama en el que se entremezclan percepciones, deseos,..... nuestra propuesta es afianzar la estrategia informativa emprendida, pero desde parámetros más realistas y objetivos, delimitando el grupo poblacional al que queremos dirigirnos a partir de las características, demandas y carencias informativas que detectemos.

La prevención universal, dirigida al total de la población, debe dejar paso a una estrategia selectiva que tenga en cuenta las interpretaciones diversas que cada colectivo da a su consumo, en cada momento y para cada sustancia (Romani, 2002).



En todo esto, los medios de comunicación social juegan un papel primordial. Los investigadores, técnicos, profesionales de las drogodependencias, tenemos un instrumento para llegar a los jóvenes, para dar salida a nuestro trabajo, a las informaciones científicas con las que contamos. Pero para ello, primero deberían revisarse los mensajes que desde éstos se transmiten. Hay que situar el problema de la cocaína en el lugar que corresponde pero sin alarmismos. La sensación de descontrol que actualmente se ha generado, responde en su esencia a una diversificación del tipo de consumidores y a nuestra incapacidad de entender las especificidades del consumo de cocaína, dentro de la generalidad del consumo de drogas en su conjunto, ya sean legales o ilegales.

Hay que dejar de tratar a los jóvenes como un grupo homogéneo en el que, el consumo de drogas solo responde a caprichos propios de la edad, y ofrecerles los instrumentos necesarios para que su decisión de consumir o no una sustancia, se haga desde el conocimiento y la responsabilidad. Y sobre todo, cabe que los adultos ejerzamos ese espíritu auto-reflexivo y crítico para repensarnos la sociedad que estamos creando y los valores que cada uno de nosotros transmitimos a nuestros hijos. Pero sobre todo, analizar y prever cuál es la situación de salud con la que nos vamos a encontrar en un futuro con las nuevas generaciones.

Invito desde aquí a unificar esfuerzos entre todos los que nos sentimos implicados en el desarrollo de la prevención con una actitud más práctica y esperanzadora

## BIBLIOGRAFÍA

- Adicciones. (2001). Monografía Cocaína .13; 2. Ed: Francisco Pascual, Meritxell Torres, Amador Calafat.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Ed: Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Romaní, O. (2002). «Criterios de prevención: un debate necesario». En: M. Hopenhayn, Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar (pp. 9-14). Serie Políticas Sociales. Organización de Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Moncada. S. (1997). « Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas». En Plan Nacional sobre Drogas (Ed), Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación (pp. 85-101). Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

## MESA REDONDA

### “LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UN ENFOQUE DIVERSIFICADO”

Moderador:

Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral.

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias.

Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.

D<sup>a</sup>. Beatriz Pestaña.

Responsable de Prensa de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

**“Jóvenes, drogas y comunicación”.**

D. Javier Tovar.

Jefe de Sociedad, Sanidad y Comunicación de la Agencia EFE

**“Los medios de comunicación frente a las drogas:**

**Una perspectiva de servicio público”.**

D. Rodrigo Gutiérrez.

Subdirector del diario ABC.

**“Los medios de comunicación como creadores de estereotipos”.**

# “LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UN ENFOQUE DIVERSIFICADO”

## MODERADOR

### **Dr. D. Francisco J. Bueno Cañigral.**

Jefe de Servicio. Plan Municipal de Drogodependencias.

Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Valencia.

En la anterior mesa redonda se han alcanzado ampliamente todos los objetivos planteados a su inicio, gracias a las acertadas ponencias expuestas, que se han desarrollado con un gran nivel científico.

En esta segunda y última mesa redonda de esta Jornada, nos planteamos profundizar en el conocimiento de las funciones que realizan en nuestra sociedad los medios de comunicación, y más concretamente respecto a los jóvenes, sus hábitos de consumo, así como la labor social de los medios y la creación de estereotipos en la sociedad actual; todo ello desde un enfoque diversificado.

Tarea ésta compleja, pero sin lugar a dudas apasionante, donde no caben dogmas, sino exposiciones de la realidad que circunda a cada uno de los excelentes ponentes de esta mesa, visión de su entorno y relato de sus experiencias profesionales.

Porque parece un hecho generalizado que muchas personas se planteen que con la diversidad de medios de comunicación que hay, la calidad media no es muy buena. O que determinados temas sociales se divulguen más que otros, llegando incluso a ocupar espacios de tiempo muy extensos.

Quizá habría que plantearse si en la sociedad actual los medios de comunicación tienen la obligación de informar, entretener y formar a los ciudadanos; o tienen que adoctrinar, atontar, incitar al consumo continuo y adormecer a los lectores y a la audiencia.

Lo que parece muy claro es que los medios de comunicación se configuran en nuestra sociedad como referente indiscutible en la transmisión de modelos de comportamiento, valores y actitudes y ocupan un lugar central en muchos procesos sociales generales. Tanto es así, que para una gran parte de la población solo existen los mensajes de los que los medios se hacen eco, “desapareciendo” aquellos otros que, por motivos de diversa índole, no se abordan. Lo que se publica o lo que se dice en los medios, existe y además existe como verdad y como valor.

De esta forma, los medios contribuyen a la construcción de “realidades sociales” que van a tener una repercusión directa en el desarrollo del comportamiento de los agentes sociales y por tanto de todas las personas.

Este fenómeno se hace especialmente visible en el caso de la población infanto-juvenil, que se ha convertido en los últimos tiempos en el segmento de la población diana para una buena parte de las estrategias de marketing, que inundan sus espacios con ofertas mediáticas para la ocupación del tiempo libre juvenil.

Además, desde los medios de comunicación en ocasiones se recrean unas representaciones sociales peligrosas acerca de las culturas juveniles, ya que pueden consolidarse y llegar a servir como referencia al colectivo grupal. Me refiero a las representaciones sociales que identifican lo “juvenil” con la trasgresión a la norma, el pasotismo, la diversión insana, la consecución inmediata de las cosas, etc. Esta inmediatez hace que muchos jóvenes no valoren el esfuerzo o el trabajo para conseguir metas a medio o largo plazo. Se quiere todo y se quiere ya.

Según el “Informe de Juventud en España” realizado por el INJUVE en el año 2000, un 53% de los jóvenes eran usuarios de ordenadores y un 22% de internet, dato que avala la importancia que adquieren los canales de comunicación tecnológicos en la configuración de las realidades mediáticas juveniles.

Si bien es cierto, tal y como apuntaba Martín Serrano (1989), que los jóvenes resuelven sus necesidades más concretas de información de forma directa a través de los grupos primarios (amigos, familia,...), más que a través de los medios de comunicación. Pero la influencia de los medios es innegable a la hora de elaborar pautas de conductas guiadas por la rapidez que ofrece la tecnología, que trasladada a los quehaceres diarios, propios de su formación y desarrollo, coloca a los jóvenes en una continua contradicción.

Contradicción en la que muchas veces los jóvenes tiendan hacia lo cómodo, fácil, accesible, lo que hace el grupo mayoritariamente, sobre todo en actividades de ocio y tiempo libre, donde el consumo de diversas sustancias ocupan un lugar importante.

En el caso concreto del tratamiento informativo que otorga la prensa al fenómeno del consumo de drogas entre la población adolescente durante el tiempo de ocio, se puede hablar de varios acercamientos:

1. El que caracteriza el consumo y a sus protagonistas en un contexto de ocio determinado, donde interesa conocer quiénes son los usuarios, dónde consumen, qué consumen, cuándo y por qué. (*Ejemplo: “Confesiones de una cocainómana. El primer rulo lo probé con 13 años”, Magazine, 2005*).

2. Aquel que relata las consecuencias devastadoras que produce el consumo

a nivel físico y psicológico (*Ejemplo: “La cocaína dispara la agresividad”, Levante, 21/04/05; “La cocaína inyectada puede conllevar un elevado índice de enfermedades mentales” Diario Médico, 13/02/04*).

3. O el que nos informa sobre las prevalencias de consumo tanto a nivel nacional como autonómico (*Ejemplo: “Los adolescentes españoles son los que toman más coca de la UE”, El Periódico, 27/03/05; “La edad media de inicio al consumo de cocaína desciende a los 15’7 años”, La Vanguardia, 23/07/04; “El consumo de cocaína desciende en la Comunidad Valenciana un 2’4%”, La Razón, 11/02/05*).

Además, es frecuente encontrar noticias en las que se enfatiza la constante preocupación social, en instituciones y familias y que describen las actuaciones que las autoridades competentes toman para abordar el problema (*“El Plan Municipal de Drogodependencias del año 2004 ha desarrollado un programa para menores que han sido detenidos por tenencia de drogas”, La Razón, 11/02/05; “La FAD recupera la imagen del gusano en su campaña contra la cocaína”, El País, 23/07/04*), y otras, aunque las menos, en las que se alude a las causas potenciales que originan el comportamiento problemático.

La importancia que cada día más tienen los medios de comunicación, su influencia en la sociedad, la labor actual de los medios, las nuevas propuestas tanto conceptuales como técnicas que deberían tener los medios, la labor de servicio público, etc., son temas de candentes y que nos interesan a todos

Sin lugar a dudas, los tres ponentes de esta mesa redonda van a abordar todos estos aspectos con mayor conocimiento y experiencia. Les agradezco a los tres su presencia en esta Jornada, que también sirve para intercambiar opiniones que nos ayuden a todos en esta tarea conjunta de la prevención de las drogodependencias.

## “JÓVENES, DROGAS Y COMUNICACIÓN”

---

### **D<sup>a</sup>. Beatriz Pestaña.**

Responsable del Departamento de Prensa.

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Hoy en día resulta indiscutible la correlación existente entre los consumos de drogas y el contexto cultural en el que se producen.

Las modas, los estilos de vida, los estereotipos y los valores de una sociedad resultan determinantes para definir actitudes proclives o contrarias a los consumos. Este contexto dicta las “normas”; la aceptación o rechazo del consumo, la peligrosidad percibida de cada sustancia o incluso cuáles de ellas son consideradas drogas, ya que este concepto ha ido evolucionando con el tiempo, las mismas sustancias que hoy consideramos drogas no lo eran en el pasado, y viceversa.

En la configuración de este contexto sociocultural, los medios de comunicación de masas tienen una importancia decisiva. Se han convertido en mucho más de lo que preconizaba Walter McCombs en los años sesenta cuando desarrolló su *teoría de la agenda-setting* o “establecimiento de agenda” y afirmó que “los medios de masas no dicen a la gente qué pensar, pero sí sobre qué pensar”, configurando así la agenda pública.

Hoy podríamos afirmar que ésa es solo la punta del iceberg y llegar más lejos al aseverar que lo que no aparece en los medios de comunicación, no existe.

Además de esta labor delimitadora de lo real, los medios poseen una enorme capacidad de influencia en el cambio y/o asentamiento de hábitos, patrones y conductas. En el cumplimiento de su función de difundir noticias y fenómenos sociales, contribuyen a la cristalización de distintos estados de opinión, de imágenes y representaciones sociales que condicionan la dinámica y evolución de dichos fenómenos ya que refuerzan, justifican y legitiman prejuicios y estereotipos ya existentes. A través de ellos se construye en buena medida la realidad, y se institucionalizan verdades.

Por este motivo, los profesionales de la comunicación deben ser siempre, y en cada momento, conscientes del impacto de su trabajo porque de qué y cómo se hable depende en gran parte el posicionamiento del conjunto de una sociedad frente a un fenómeno. Las drogas no son una excepción en este sentido.

En los últimos años, los problemas derivados de los consumos de drogas han ido desapareciendo progresivamente de los medios de comunicación. Pero, paradójicamente, los datos nos indican que nos encontramos en el momento histórico en el que más drogas se consumen en España. Salvo en el caso de la heroína, existe un claro incremento de consumo en todas las sustancias, especialmente de cannabis y cocaína y, sobre todo, entre adolescentes y jóvenes.

Sin embargo, tal y como afirma el director general de la FAD, Ignacio Calderón, “son problemas que se han metido debajo de la mesa”, que la sociedad -y los medios de comunicación- ya no ve con alarma y que, en definitiva, ya no preocupan en exceso más allá de las manifestaciones políticamente correctas. Las drogas han llegado a convertirse en un producto de consumo más, sintónico con los valores presentistas imperantes y cuyo uso en los tiempos de ocio está normalizado. Sin duda, estamos muy lejos de la alarma social que existía en los años 80 frente a la heroína.

Aparte de esta aparente invisibilidad de las drogas en la sociedad y, por ende, en la comunicación -¿o viceversa?- también es importante el tratamiento que sobre esta cuestión realizan los profesionales de la información.

En muchos casos, cuando se abordan estos temas se hace de forma superficial, genérica, primando lo novedoso o exclusivamente la vertiente jurídico-policial y con un enfoque estereotipado de “el mundo de la droga”. Y aunque, evidentemente, los medios no pueden, ni deben, convertirse en agentes “moralizantes” de la prevención del consumo de drogas, sí deben ser conscientes de que la visión de las drogas que ofrecen acaba formando parte del discurso social y, por lo tanto, deben extremar la precaución al abordar estos temas.

Conscientes de esta realidad, y siempre desde el respeto al desempeño autónomo de la labor informativa, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción en colaboración con el Instituto Oficial de Radio Televisión Española y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, impulsó en marzo de este mismo año la puesta en marcha del foro “Jóvenes, drogas y comunicación” cuyo objetivo fue elaborar un documento sobre el tratamiento informativo que se dispensa a esta materia incluyendo una serie de recomendaciones básicas que deberían tenerse en cuenta al abordar cuestiones relacionadas con el consumo de drogas, sus consecuencias y circunstancias asociadas.

El principal aval de este documento es que se trata de un trabajo consensuado en el que han participado decenas de periodistas de numerosas empresas de comunicación, expertos en drogodependencias e instituciones.

Se trata de la primera vez que en España se elabora un trabajo de estas características encaminado a resultar útil para los periodistas y, por tanto, útil para la sociedad en su conjunto.

El texto final se articula en tres apartados básicos; propuestas de actuación dentro del ámbito conceptual, propuestas en el ámbito técnico periodístico y un listado de expresiones que deberían evitarse.

## **PROPUESTAS EN EL ÁMBITO CONCEPTUAL:**

1. Extremar la precaución en la información contextual, dado que indirectamente se pueden estar asentando valores y actitudes favorables al consumo.
2. No generar una imagen alarmista que afecte de manera global a la juventud. La mayoría de los jóvenes no son consumidores de drogas. No confundir “adicto” con “persona que ha probado determinada droga en alguna ocasión”.
3. Evitar las asociaciones inadaptados-drogas, marginados-drogas, rebeldes-drogas, jóvenes-drogas, clases dirigentes-drogas o los estereotipos heroína-marginalidad, cannabis-normalidad, etc. Son modos de dar carta de naturaleza, de legitimar el consumo de drogas en virtud de la pertenencia a un estrato, condición o categoría social.
4. Evitar el trato de favor que se dispensa, por inercia o desconocimiento, a determinadas drogas (drogas lúdicas).
5. Incluir en las informaciones los problemas relacionados con los consumos de drogas: violencia, accidentes, VIH, etc.
6. Informar de los efectos negativos de las drogas pero también de las actividades positivas que instituciones y ciudadanos realizan para frenar su consumo y ayudar a los consumidores.
7. Analizar los hechos desde todos los puntos de vista. No es suficiente la visión exclusivamente judicial y/o policial.
8. Procurar evitar que el paradigma del joven con éxito aparezca vinculado, ni siquiera indirectamente, con las drogas. Tampoco cabe establecer visualmente como vínculo indisoluble el de la juventud con las drogas.
9. Discernir en cada momento las características del debate y quiénes deben ser los protagonistas. No usurpar el debate a los verdaderos especialistas.
10. Fomentar los canales de comunicación entre empresas de comunicación, periodistas, instituciones y expertos en drogodependencias para conocer las inquietudes, dinámicas de trabajo y necesidades de los demás.

## **PROPUESTAS EN EL ÁMBITO TÉCNICO:**

1. Usar adecuadamente el lenguaje y las expresiones relacionadas con las drogodependencias.
2. Reflexionar sobre la deriva adoptada por vocablos cuyo significado inicial y connotaciones se han ido alterando: “flipar”, “alucinar”, etc. No otorgar valores positivos a estas expresiones que emulan sensaciones vinculadas al consumo de drogas.
3. Evitar la mezcla de datos procedentes de estudios relevantes con otros de escasa relevancia.
4. Moderar el hábito de centrar una información en datos y cifras, olvidando que tras las cifras hay personas.
5. Adecuar la información y el modo de ser contada, incluido el lenguaje, al público afectado.
6. Las imágenes deben corresponderse con la noticia de la que se está informando.
7. No abusar de imágenes de archivo para hablar de drogas, menos aún de imágenes macabras, sensacionalistas o de gran impacto visual.
8. Vigilar la emisión de imágenes en las que se asocian las drogas con la diversión o con el éxito.
9. Vigilar el orden de emisión o colocación de la noticia para evitar el “efecto contaminación” o “efecto dominó” relacionado con la noticia anterior o posterior.
10. Contrarrestar la posible superficialidad de determinadas informaciones sobre drogas, debido a la brevedad, con piezas o informaciones complementarias.

## **EXPRESIONES QUE DEBERÍAN EVITARSE:**

- Evitar usar “la droga”, en singular y genérico, porque le da un carácter total y confuso. No todas las drogas son iguales, conviene particularizar al máximo.
- Evitar usar combinaciones como “alcohol y drogas” o “tabaco y drogas”, ya que se puede inducir a la interpretación errónea de que ni alcohol ni tabaco son drogas.
- Evitar denominar los consumos de drogas y su contexto como “el mundo de la droga” porque se percibe como algo ajeno y lejano cuando, en realidad, el consumo de drogas es próximo y cercano.

- Evitar designar los consumos de drogas y sus consecuencias con términos de carácter moral y catastrofista como “la lacra de las drogas”, “el azote de las drogas”, “el infierno”, etc.
- Evitar frases como “caer en el pozo de la droga”, “meterse en la droga”, “caer en la droga”, porque implican una atribución de accidentalidad que elimina en el sujeto su implicación consciente en la decisión de tomar drogas.
- Evitar la fácil asociación drogas – juventud. Ni todos los jóvenes consumen ni todas las personas que consumen son jóvenes.
- Evitar el tratamiento del consumo de drogas como algo normalizado y plenamente integrado en la cultura juvenil. Debe evitarse afianzar el estereotipo de que para “sentirse” joven hay que consumir drogas.
- Evitar incluir informaciones (reportajes o imágenes) que hablando de cualquier consumo de drogas hagan referencia a la heroína. El uso habitual de imágenes o informaciones referidas a esta droga resta importancia a otros fenómenos y afianza el estereotipo del consumidor “yonqui”.
- Evitar la asociación directa entre determinadas drogas y supuestos perfiles específicos de usuarios: “cocaína / ejecutivos”, “éxtasis / discotecas”, “heroína / marginados”, etc.



## **“LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN FRENTE A LAS DROGAS: UNA PERSPECTIVA DE SERVICIO PÚBLICO”.**

---

### **D. Javier Tovar.**

Jefe de Sociedad, Sanidad y Comunicación de la Agencia EFE.

Empezaré diciendo que, en mi opinión, el problema de las drogas ha perdido protagonismo en los últimos años en los medios de comunicación, y ha pasado de ser uno de los grandes asuntos sociales a ocupar un lugar menos frecuente, menos destacado y más secundario, y la verdad es que no comprendo por qué.

Dentro de las tradicionales dificultades de los temas sociales para destacar en los medios, el de las drogas ha sido habitualmente un asunto estelar, tanto desde el punto de vista de la prevención, la política sociosanitaria, los hábitos y consumos de estas sustancias, las opiniones de los afectados y las ONG involucradas, la influencia perjudicial en la salud, la sanidad y la sociedad, como de los aspectos relativos a la delincuencia de las drogas, las actuaciones policiales, y la lucha contra el tráfico de estupefacientes.

Todo lo relativo a las drogas genera mucha información, y así sigue sucediendo, al menos si se acude al banco de datos de la Agencia EFE, pero la presencia mediática ha descendido mucho y creo que este es un hecho preocupante. La sociedad que oculta sus problemas no suele resolverlos.

No se que está sucediendo, pero creo que las drogas, como fenómeno y problema social, se “ha caído” de la agenda de los medios, al menos de las primeras páginas y de las prioridades periodísticas; destaca la información de operaciones policiales, detenciones, incautación de drogas. La delincuencia de las drogas, como suceso, no ha perdido tanto auge, pero sus efectos y consecuencias sociales, que sinceramente es lo más grave, no tienen continuidad ni un seguimiento continuo en los medios.

Sin embargo, el problema no ha menguado, ni en España ni en Europa ni en el mundo, creo que ha aumentado, a juzgar por muchos datos, indicadores y estudios.

En las encuestas del CIS, las drogas siguen figurando entre los principales problemas que observan los ciudadanos.

El Ministerio de Sanidad, de quien depende ahora el Plan Nacional sobre Drogas, ha alertado sobre el aumento de las cifras de consumo, especialmente

entre los jóvenes y los muy jóvenes, pero algo no funciona bien, porque los responsables de la política contra las drogas no son tan conocidos ni aparecen tanto ni tienen tantos actos como los de inmigración o mujer, por poner algún ejemplo.

Este es un primer trazo del panorama general de las drogas en los medios, pero debo decir que desde la Agencia EFE –aunque nos podemos estar resintiendo de esta tendencia- pretendemos e intentamos no bajar la guardia respecto a las drogas.

Para un medio de comunicación como EFE –una agencia de noticias, de titularidad estatal, que no difunde directamente a los lectores, sino a los periódicos, radios, televisiones, revistas, instituciones, organismos sociales, entidades financieras, asociaciones, ONG, etc., en todo el mundo- el sentido de servicio público es central, básico y esencial, tanto desde el punto de vista informativo como desde los criterios profesional y periodísticos que rigen la empresa.

Desde estos planteamientos, los temas sociales de gran trascendencia y repercusión son de obligado tratamiento.

La información que EFE proporciona sobre drogas, como no puede ser de otra manera, obedece por tanto a su sentido de servicio público. Y es aquí donde se enmarcan nuestros esfuerzos, tanto de ofrecer cantidad como calidad.

Yo soy el jefe de la sección de Sociedad, Sanidad y Comunicación de EFE, y por este departamento pasan numerosas informaciones sobre drogas, no las policiales, pero sí todas las demás, las sociales, que son realmente las más importantes.

Y desde mi criterio profesional, que es el de EFE, tratamos de situar las drogas en el núcleo central de las prioridades informativas.

He de decir que el flujo de información, convocatorias de prensa, comunicados, y muchos otros actos presumiblemente noticiosos, ha crecido de forma vertiginosa en las áreas de mi competencia, pero debo señalar también que en materia de drogas ese incremento no se ha producido como ha sucedido en otros asuntos.

Aún así, daré algún dato sobre nuestro trabajo respecto a las drogas: en cantidad, EFE, desde sus departamentos y secciones en Madrid, más las delegaciones de España y del extranjero, en los tres últimos años, 2003-2005, ha proporcionado a sus clientes unas 5.000 noticias relacionadas con drogas de una u otra manera, desde una u otra parte del mundo, con uno u otro enfoque, con mayor o menor extensión.

Y una amplia parte de estas noticias alude al problema social que generan las drogas.

En este periodo, he contabilizado unas 90 noticias de la FAD, algo así como una cada 15 días, de media.

Haré ahora dos precisiones importantes sobre el sentido de servicio público de un medio como EFE, una atañe a la cantidad de la información, y otra a su calidad.

La primera, EFE tiene más facilidad que otros medios para ofrecer amplia información a los medios, ya que no tenemos la limitación de un telediario, un informativo radiofónico, las escasas páginas de sociedad de un periódico, muy dependiente de la publicidad y del resto de los contenidos informativos.

Nosotros somos un flujo continuo de información, que acoge casi todo lo que se produce, o al menos, que puede dar salida a un volumen de información superior al de otros medios. Sirva esto como dato explicativo y característica de nuestras posibilidades.

Ello no quiere decir que nuestras noticias sean recogidas con seguridad, ni mucho menos, solo unas cuantas pueden tener un interés general, muchas otras interesan a sectores o medios determinados.

Nuestro impacto en los medios es seguro, pero difícil de cuantificar y evaluar; a veces una noticia no tiene repercusión inmediata, pero su eco se extiende días después, e incluso a veces recibimos llamadas de particulares que han visto la nota en un medio determinado y nos piden directamente a nosotros más información o contactos de asociaciones o especialistas mencionados.

La segunda precisión se refiere a la calidad, o al menos al intento de calidad, que debe entenderse como rigor, pluralismo y objetividad.

Una de las líneas de la identidad de EFE es no interpretar la información, como mucho puede hacerse si esa interpretación es consecuencia directa de un informe o una declaración, pero poco más y con mucha precaución.

No somos un medio privado, somos un medio público con sentido de servicio público, y la neutralidad, el equilibrio y el contraste informativo, la identificación de la fuente, en definitiva, la credibilidad, y también la rapidez, son nuestras aportaciones fundamentales.

Este es el objetivo que no es nada fácil de cumplir, porque además aplicamos estas premisas a las noticias buscando lo novedoso, lo relevante, lo realmente importante, destacando el dato, que suele ser el mejor reflejo de una realidad.

Somos una agencia estatal pero no oficial, manejamos todo tipo de fuentes, valoramos la información con libertad e independencia, contrastamos informaciones, recogemos otras opiniones, elaboramos documentaciones que contextualizan los

hechos importantes, y lo hacemos con declaraciones, informes, ruedas de prensa, comunicados, datos oficiales y de organizaciones especializadas, expertos, partidos políticos, y con noticias más cortas, más largas, resúmenes, entrevistas.

En definitiva, tratamos de desarrollar un periodismo vivo desde estos principios de servicio público, al servicio de toda la sociedad.

Yo he comprobado para preparar esta ponencia algunas de las últimas noticias de EFE sobre drogas, noticias en muchos casos de marcado contenido social.

Aquí tengo indicadores del Ministerio de Sanidad con datos preocupantes sobre drogas, alcohol, juventud y accidentes de tráfico; alertas de informes de diferentes instancias sobre el riesgo de perder la batalla contra el aumento del consumo de cocaína, cannabis y éxtasis; estudios que vinculan drogas y ocio; datos del Observatorio Europeo de Drogas que hablan de efectos devastadores; multiplicación por 4 del consumo de cocaína, según datos de la Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias; padres que se reconocen en un 33 por ciento incapaces de educar a sus hijos, atemorizados por las drogas; ONG y expertos que piden más prevención; cifras sobre enfermedades mentales y uso de drogas; campañas de prevención, sobre todo para jóvenes; aumentos de hasta el 420% en la última década en cuanto a ingresos hospitalarios por consumo de drogas; aumento de las llamadas a los organismos competentes en relación con la cocaína.

Recojo aquí una de las ideas centrales de una entrevista que EFE hizo en junio pasado al director de la FAD, Ignacio Calderón, titulada: “La FAD defiende una profunda reflexión ante las rotundas cifras de consumo”.

Advierte Calderón que la sociedad ha pasado de enfrentarse toda unida y con todas sus fuerzas al fenómeno de la drogadicción, en décadas pasadas, cuando “había una evidencia de lo devastadora que era la heroína”, a un momento de confusión, donde no se adoptan posiciones claras.

Parece, y esto lo digo con un añadido a estas declaraciones, que cocaína suena mejor que heroína.

Termino con tres conclusiones o apreciaciones:

1. Existe una “invisibilidad”, al menos parcial, del problema de las drogas, sus consecuencias, arraigo del consumo, hábitos en los jóvenes e influencia en los equilibrios familiares, que es urgente subsanar; quizás desde las asociaciones, como la FAD, conviene contactar con el Gobierno, los partidos políticos, los medios de comunicación, e incluso instancias judiciales, para poner remedio a esta deficiencia.
2. Superada esa fase, es necesario reavivar el debate para sensibilizar a

la sociedad de que el problema de las drogas es tan grave como el de la violencia doméstica o los efectos nocivos del tabaco, por poner dos ejemplos de temas que sí están en la agenda de los medios.

3. De todas formas, aunque el problema de las drogas vuelva a ser una de las grandes prioridades, sociales y mediáticas, buena parte de la solución del problema supera al Gobierno, al Parlamento y a las propias asociaciones de afectados, y la clave seguirá estando en las familias, su capacidad de cohesión y de confianza, la transmisión de valores, la seguridad y confianza de los padres en sí mismos y con sus hijos. El mensaje central debe ser el rechazo frontal a unas sustancias que, si en otras épocas evocaban paraísos perdidos, ahora debemos lograr que los jóvenes, y los no jóvenes, lo desvinculen del ocio, de la libertad, de la felicidad, y los relacionen con conceptos totalmente detestables, como por ejemplo, la tortura, el maltrato a las mujeres o la pederastia. No sé si esto puede sonar muy radical, pero ante las ambigüedades y la confusión de ahora, creo que sólo hay lugar para una reacción contundente. Y en este cometido, los padres y las madres no pueden esperar que la solución venga únicamente del Gobierno o de los medios; las explicaciones, los controles y la educación de los hijos depende fundamentalmente de la propia familia.



## “LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO CREADORES DE ESTEREOTIPOS”

---

**D. Rodrigo Gutiérrez.**

Subdirector Diario ABC

Creo necesario distinguir dos formas distintas de entender el fenómeno de la comunicación, aunque los dos puedan utilizar un mismo soporte o un mismo canal: los medios de información general y los medios de entretenimiento social. Normalmente los primeros tratan de informar y los segundos de distraer. Unos suelen estar dirigidos por periodistas y otros por showman.

La prensa escrita no incita al consumo de drogas. Los telediarios y los boletines de noticias de las emisoras de radio, tampoco. Al contrario, se hacen eco de campañas contrarias a este fenómeno, como son las de prevención y las de información de las consecuencias de su uso y abuso. Además, las imágenes que ilustran el mundo y el entorno que rodea al toxicómano no suelen representar nunca un mundo feliz y paradisiaco.

En los últimos años, el tratamiento informativo de las drogas ha abandonado el carácter de “prejuicio” y el análisis superficial para volcarse en una labor de concienciación y sensibilización de la sociedad, eco del esfuerzo de las instituciones que han reconducido el debate en la sociedad y en los medios.

De las calificaciones de “negocio criminal” y “vicio” y de la marginalidad del problema vinculado a la delincuencia, propio de las secciones de sucesos de los periódicos, se ha pasado a un tratamiento informativo, sin dramatismos, de patología susceptible de diagnóstico objetivo. Además se ha creado conciencia de que las drogas legales (alcohol y tabaco), las más consumidas, pueden crear los mismos prejuicios personales y sociales que las ilegales.

Ningún periódico español de difusión nacional, ni en su página editorial, ni en el conjunto de sus informaciones, hacen apología del consumo de sustancias psicotrópicas. Los diarios audiovisuales, tampoco. La influencia de la prensa escrita y de los noticiarios de radio y TV en el estado de opinión de cualquier sociedad occidental es muy grande. En España, también.

Otra cuestión, es lo que hacen otro tipo de publicaciones no diarias, programas de radio y televisión cuyo principal objetivo no es la información, sino el ocio y el entretenimiento, así como películas de cine y algunas webs.

También prescindimos en esta breve exposición de los mensajes publicitarios, que nos presentan casi continuamente elementos y situaciones en los que el consumo es el único objetivo: exaltación de lo agradable o lo útil, como medida de la felicidad.

Es habitual en la publicidad asociar el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) a lo más moderno, a la belleza, a la sofisticación, al éxito social, sexual o profesional.

Por concretar, nos deberíamos fijar en los denominados medios de información general tradicionales, dejando al margen los otros que ofrecen ocio y entretenimiento.

Según el último informe del Estudio General de Medios (Abril 2004- Marzo 2005), sobre una población de 37 millones de españoles mayores de 14 años, los periódicos tienen 15 millones de lectores como audiencia diaria, la radio generalista alcanza los 11 millones de oyentes y la televisión 33 millones de espectadores (con un consumo de 230 minutos por persona y día), siendo los programas de entretenimiento los que acaparan la máxima audiencia.

Evidentemente, la influencia de los medios informativos está demostrado que es muy grande, porque como hemos visto están muy presentes en la vida cotidiana.

Es verdad que la prensa, sin ser su objetivo, induce a determinadas formas de vida, que casi siempre sirve de patrón a lo “políticamente correcto”. Conforma estereotipos, imágenes o ideas aceptadas comúnmente por la sociedad como modelo de cualidades o conducta. En este sentido puede también favorecer el consumo de drogas al promover escenarios, situaciones o personajes que necesitan estimularse para “vivir bien” o “disfrutar el momento”.

Pero los principales estereotipos que han existido tradicionalmente en los medios los podríamos describir, brevemente, en cinco preceptos:

El primero se basaba en el propio concepto de droga. El estereotipo no respondía a la lógica científica y otorgaba relevancia a algunas sustancias (cocaína, cannabis, opiáceos) en tanto excluía o consideraba mucho menos relevantes a otras (alcohol, tabaco, psicofármacos). Era fundamentalmente la diferenciación entre drogas legales e ilegales.

El segundo de los estereotipos correspondía a lo que se ha llamado el “fetichismo de la sustancia”. La droga se identificaba con un ente mágico, se le asignaban poderes y capacidades contaminantes y se la explicaba como algo externo a la sociedad: una amenaza a la población “sana”.

El tercero identificaba la droga como expresión de una actitud individual o colectiva de oposición a la sociedad, de no aceptación de las normas sociales, actitud que se asociaba a la juventud. Este análisis de hace décadas ha perdido vigencia. El uso de drogas se asocia cada vez con mayor frecuencia con los sectores sociales vinculados al poder y al prestigio social.

Un cuarto estereotipo nos remite a la imagen del “consumidor”.

Como resultante del efecto represivo de las normas sociales, el consumidor de drogas es considerado un individuo que ha perdido toda capacidad de control.

El quinto se asocia, todavía en la actualidad, a una modificación de la imagen social del toxicómano, vinculado ahora como culpable de diseminar el VIH/SIDA.

Siendo todo esto cierto, la formación y la especialización de los profesionales de las noticias han solventado en gran medida la difusión de estos preconceptos.

Porque el verdadero objetivo de la prensa es servir de contrapoder y ser, al margen de las consultas electorales, la voz de la opinión pública en las sociedades desarrolladas. Informar, ser notarios de la actualidad, y opinar para controlar a los poderes políticos, económicos, sociales y religiosos.

El mensaje de los medios libres en las sociedades libres nunca busca el adoctrinamiento, sino la información. Y al ejercer esa misión se hace portador de mensajes. “El medio es el mensaje”, decía el célebre McLuhan.

El periódico al informar o denunciar cuenta, fundamentalmente, lo que les pasa o dicen otros. Sólo se reserva una página para expresar su opinión sobre la actualidad. Esto quiere decir que el periódico escrito, hablado o audiovisual es el mensajero, el medio que amplifica los hechos. No es el origen de la información.

La circunstancia de que la prensa es un factor que influye en el fenómeno de la drogadicción no la podemos obviar, pero siempre compartiendo cargas con otros factores de tipo social, familiar e individual. Los medios de información general no son la mano que mece la cuna. No tiene la culpa el mensajero. Las responsabilidades son, en primer lugar, de la persona afectada, del consumidor, y después: de los padres, de los hermanos, del médico, del docente, del compañero, del psicólogo, del gobernante, del periodista, del farmacéutico, del publicista, del sacerdote, del juez, del vecino, del funcionario, del traficante, del vendedor... y del amigo.



# CLAUSURA

**Ilmo. Sr. D. Ramón Isidro Sanchis Mangriñán.**

Concejal de Sanidad y Consumo.  
Ayuntamiento de Valencia.

Hoy, se han cumplido ampliamente todos los objetivos que nos planteamos desde el Plan Municipal de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, cuando decidimos realizar la XIV Jornada sobre Drogodependencias para abordar desde diferentes puntos de vista los problemas que ocasiona la cocaína en nuestra sociedad.

Felicito a todos los ponentes y moderadores por su participación y por sus brillantes exposiciones realizadas en el transcurso de esta Jornada, en la que todos hemos aprendido mucho, teniendo la confianza de poner en práctica estos conocimientos para la adecuada prevención de las drogodependencias, en la que como he dicho en reiteradas ocasiones estamos todos involucrados y debemos aunar nuestros esfuerzos para conseguir objetivos comunes, en beneficio de toda la sociedad.

Las tareas preventivas son continuas en nuestra ciudad, deseando abarcar cada vez más actividades en la prevención comunitaria, en la prevención familiar, en la prevención escolar y en las ofertas de alternativas de ocio y tiempo libre, para informar y formar a todas las personas e involucrarlas cada día más en estas actividades.

Felicito a todos los profesionales del Plan Municipal de Drogodependencias de la Concejalía de Sanidad y Consumo, del Ayuntamiento de Valencia por la excelente organización de esta XIV Jornada.

Agradezco un año más a la Consellería de Sanidad, a la Consellería de Cultura, Educación y Deportes y a la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) su permanente colaboración en la realización de estas jornadas anuales.

Les agradezco a todos ustedes su asistencia a esta Jornada y les emplazo para la Jornada del próximo año 2006.

En nombre de la Excma. Sra. D<sup>a</sup> Rita Barberá Nolla, Alcaldesa de Valencia queda clausurada la XIV Jornada sobre Drogodependencias "Cocaína".

Muchas gracias a todos ustedes por su asistencia y muy buenas noches.



PLAN MUNICIPAL DE  
DROGODEPENDENCIAS



**AJUNTAMENT DE VALENCIA**

CONCEJALIA DE SANIDAD Y CONSUMO



**GENERALITAT VALENCIANA**  
**CONSELLERIA DE SANITAT**

