

Las conductas adictivas: análisis critico y porpuestas para su prevencion.
Octavio Gárciga Ortega y Felicia Alburquerque Fernández

RESUMEN

Se realiza un análisis crítico de la situación actual de las conductas adictivas, a partir de los informes más recientes emitidos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Global de Políticas de Drogas, haciendo énfasis en los datos más relevantes y las principales consecuencias para el bienestar humano. Se sugieren algunos enfoques hacia los cuales se deben dirigir los esfuerzos para lograr mejores resultados y se indican algunas propuestas dentro del campo de la Reducción de la Demanda, específicamente para lograr una prevención más eficaz mediante variantes conceptuales y clasificatorias que permitan un diagnóstico precoz, en la etapa que peligra el estilo de vida saludable del ser humano, para lograr intervenciones tempranas que eviten el desarrollo de la enfermedad.

Palabras clave: conductas adictivas, informes sobre drogas, propuestas preventivas.

INTRODUCCIÓN

Desde hace años se sabe que la problemática de las adicciones es un serio problema para toda la humanidad, mucho se ha publicado alertando sobre la magnitud y terribles consecuencias de este incontenible flagelo, que para su estudio y enfrentamiento se divide en Reducción de la Oferta y Reducción de la Demanda. Es más cómodo y productivo para la mayor parte de los gobiernos que combaten el problema de las drogas concentrar su acción en la oferta, que es sólo una de las vertientes del problema. Si bien con ello se pueden obtener resultados a corto plazo que pueden llegar a ser muy destacados, incluidas grandes incautaciones de drogas ilícitas, no se logran efectos a largo plazo, y no es posible lograrlos porque pronto surgen nuevas fuentes para satisfacer una demanda continua. Lamentablemente, no existen formas rápidas de reducir la demanda; para ello se requiere una intervención preventiva sostenida. Las estrategias integradas a todos los niveles, que combinan componentes de Reducción de la Oferta con Reducción de la Demanda en programas holísticos y multidisciplinarios, tienen un efecto sinérgico.^{1, 2}

La Reducción de la Demanda ha sido siempre la menos favorecida de los pocos

recursos que se destinan a estos menesteres y dentro de la misma la prevención ha corrido igual suerte, a pesar de lo mucho que se ha investigado y publicado, demostrando irrefutablemente que la prevención es el mejor tratamiento que existe para erradicar este terrible fenómeno.³⁻⁷

Los últimos informes publicados sobre las drogas dados a conocer por la Oficina de Naciones Unidas Sobre Drogas y Delito (ONUDD), el Informe Global sobre Políticas de Drogas, los relacionados con el Consumo Nocivo de Alcohol demuestran que la situación ha alcanzado una envergadura que requiere la máxima atención y ocupación por parte de todos, por los daños de todo tipo que produce a los seres humanos e inclusive a las estructuras sociales de los países, por lo tanto es hora no sólo de analizar, sino de buscar y aplicar soluciones efectivas para frenar el desarrollo de esta pandemia.

Su gravedad es tal que marcha a la par de las peores tragedias que afectan a la humanidad: las guerras, las hambrunas y los grandes desastres naturales, etc.⁸ Pero también es cierto que en la actualidad, a pesar de los grandes avances obtenidos, aún no existe un tratamiento radical que garantice una curación absoluta⁹, el consumo crece irrefrenablemente⁹⁻¹² lo cual se empeora con factores como que la poli adicción se ha convertido en el patrón más frecuente de consumo^{3,9-14} y la edad de comienzo de la adicción, alarmantemente desciende a nivel mundial^{10,11,15,16} a esto se añade el incremento en el uso de drogas con mayor poder adictivo y destructor^{10,11,16} el aumento en el uso de las sintéticas^{17,18-20} la incorporación de drogas de uso médico que usualmente no recibían la atención por parte de los adictos,^{19,20} así como el llamativo fenómeno comprobado hoy en día, de que la mujer se está iniciando en mayor medida en el consumo de sustancias.^{21,22}

DESARROLLO

Informes

Conductas Adictivas (Drogas ilegales)

Un resumen de los dos últimos informes de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito^{19,20} no deja lugar a dudas de la gravedad de la situación actual, se citan los aspectos de mayor importancia:

El informe del año 2010 empieza enfatizando que se cultiva menos la adormidera y la coca, en los últimos dos años ha descendido el consumo en Estados Unidos, pero en el último decenio se ha duplicado en Europa, El total de personas que consumen estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) -cifra que se estima entre los 30 y 40 millones- probablemente no tarden en superar el número total de consumidores de opiáceos y de cocaína. También hay pruebas de un creciente uso indebido de los medicamentos vendidos con receta.

El secretario ejecutivo Antonio María Costa expresó: "No habremos resuelto el problema mundial de las drogas si simplemente trasladamos la adicción de la

cocaína y la heroína hacia otras sustancias adictivas- y existen cantidades ilimitadas de estas sustancias, producidas en laboratorios de mafias por un costo insignificante”

“Las fuerzas del mercado ya han configurado las dimensiones asimétricas de la economía de la droga; los mayores consumidores del veneno en el mundo (los países ricos) han impuesto a los pobres (principales lugares de la oferta y el tráfico) el daño mayor”,

“No resolveremos el problema mundial de las drogas trasladando el consumo del mundo desarrollado al mundo en desarrollo”,

“Existe una grave carencia de instalaciones que brinden tratamiento a la drogodependencia”

Exhortó a que la salud fuese el elemento central de la fiscalización de drogas.

“La drogodependencia es una enfermedad que se trata y no una condena a cadena perpetua. Los toxicómanos deben ser enviados a centros de tratamiento y no a la cárcel. El tratamiento de la drogodependencia debe formar parte del marco general de la atención de salud”.

En el informe del año 2011 se mantienen las tendencias antes explicadas y ratifica que el número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales del decenio de 1990.

La tendencia estable o descendiente del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve contrarrestada por un aumento en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta.

El consumo de estos medicamentos con fines no médicos parece ser un problema sanitario cada vez mayor en algunos países desarrollados y en desarrollo.

Por otra parte, en los últimos años han aparecido varios compuestos sintéticos nuevos en mercados establecidos de drogas ilícitas.

Muchas de esas sustancias se comercializan como “colocones legales” y sustitutos de drogas estimulantes como la cocaína y el éxtasis.

Dos ejemplos de ello son las piperazinas y la mefedrona, que no están sometidas a fiscalización internacional.

Algo similar se ha observado respecto al cannabis: en algunos países ha aumentado la demanda de cannabinoides sintéticos (“spice”). Se venden en Internet y en tiendas especializadas, y se les describe como “alternativas legales” al cannabis, porque no están sometidos a fiscalización internacional.

Otro reciente informe con conclusiones más alarmantes, fue el emitido por la Comisión Global de Políticas de Drogas²³ que expresa: “la guerra global a las drogas ha fracasado, con consecuencias devastadoras para individuos y sociedades alrededor del mundo”.

“Los inmensos recursos destinados a la criminalización y a medidas represivas orientadas a los productores, traficantes y consumidores de drogas ilegales, han fracasado en reducir eficazmente la oferta o el consumo”.

“Terminar con la criminalización, la marginalización y la estigmatización de las personas que usan drogas pero que no hacen ningún daño a otros. Desafiar los conceptos erróneos comunes acerca de los mercados de drogas, el uso de drogas y la dependencia de drogas en lugar de reforzarlos”.

De lo cual se desprende que deberán hacerse acciones proporcionales y efectivas tanto en la Reducción de la Oferta, como en la Reducción de la Demanda. En lo concerniente a la Reducción de la Demanda debe focalizarse en algunas cuestiones como es el acercamiento de las acciones terapéuticas al funcionamiento cerebral, fundamentalmente al “cerebro adicto”^{24, 25}, la prevención que incluya una reformulación de conceptos y clasificaciones que viabilicen su aplicación^{26, 27} y procederes terapéuticos cuya efectividad haya sido demostrada por la medicina de evidencia.²⁶⁻²⁹

Conductas Adictivas (Alcohol)

El alcohol causa casi el 4 % de las muertes en todo el mundo, más que el sida, la tuberculosis o la violencia.³⁰

El alcohol es un factor causal en 60 tipos de enfermedades y lesiones, según indica el primer informe de la OMS sobre el alcohol desde el 2004.

Su consumo ha estado vinculado a la cirrosis del hígado, la epilepsia, las intoxicaciones, los accidentes de tránsito, la violencia y varios tipos de cáncer, incluidos el colorrectal, el de mama, el de laringe y el de hígado.^{30,31}

Aproximadamente 2,5 millones de personas mueren cada año de causas relacionadas con la ingesta de alcohol.¹⁶

“El perjudicial consumo de alcohol es especialmente fatal para los grupos más jóvenes y el alcohol es el principal factor de riesgo en el mundo de las muertes de varones entre 15 y 59 años”.³⁰⁻³²

En los últimos años se ha acumulado un *corpus* sustancial de conocimientos sobre la viabilidad, la eficacia y la costo-eficacia de diferentes opciones de política e intervenciones encaminadas a reducir el uso nocivo del alcohol. La mayor parte de esos datos proceden de países de altos ingresos, aunque el número de estudios referentes a los países de ingresos bajos y medios no cesa de crecer. Como grandes logros pueden calificarse la reunión de los ministros de Salud de los 193 estados miembros de la OMS, los cuales acordaron enfrentar enérgicamente el consumo nocivo de alcohol, así como la aprobación del documento *Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol*: proyecto de estrategia mundial, que comprende 10 objetivos o esferas que sirven de guía para el trabajo a realizar por cada país acorde con sus características específicas.³⁰⁻³²

Prevención (Conductas Adictivas)

Conceptos y Clasificaciones

Los conceptos actuales tienen un enfoque nosológico, por ejemplo el establecido por la OMS para definir la farmacodependencia es un excelente concepto¹⁷, ya que delimita aspectos claves de la enfermedad, pero sólo aplicable cuando la

misma está establecida.

Lo cual complica el tratamiento porque generalmente sólo mucho tiempo después que la víctima ya ha sido esclavizada, que la enfermedad ha erosionado grandemente el organismo y posiblemente ya estén presentes algunas complicaciones, es que la persona aceptará el tratamiento.

De igual manera las clasificaciones más utilizadas (Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV),^{33,34} también tienen un enfoque nosológico.

Por lo que se hace imprescindible la búsqueda de nuevos conceptos y clasificaciones que permitan realizar la labor preventiva, dotando al personal de salud con concepciones funcionales que viabilicen el diagnóstico precoz apoyado en medios diagnósticos eficientes y de esta forma aplicar intervenciones tempranas que eviten el desarrollo de la enfermedad.

Sería más conveniente denominar al fenómeno de manera que no se limite solamente al consumo de drogas (farmacodependencia, drogodependencias, toxicomanías), por lo que se sugieren los términos de adicciones, conductas o trastornos adictivos.

El concepto antes mencionado de la OMS precisa que la farmacodependencia es: el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Se propone el siguiente, sin invalidar el precedente, pero para ampliar el perfil diagnóstico hacia el consumo de riesgo cuando se transgreda el estilo de vida saludable:

Enfermedad crónica no transmisible por agentes biológicos, pero muy contagiosa por vía psicosocial, al hacer abuso de sustancias legales o actividades de cualquier índole, así como el uso de sustancias ilegales, que se conviertan en el eje fundamental del Estilo de Vida de esa persona, ocupe en exceso su tiempo de vida y cree disfuncionamiento en áreas esenciales de su existencia, con manifestaciones o síntomas en las siguientes esferas: física, psíquica, social, cultural y espiritual.

Este concepto posibilita el diagnóstico precoz partiendo del estilo de vida de la persona,^{35,36} el cual es el factor que más influye en la salud humana³⁷, incluye cualquier conducta adictiva (adicciones sociales), enfatiza en la importancia del tiempo de vida, ya que su debida ocupación es una eficaz barrera contra el mal, especificando que cualquier esfera de la vida de un ser humano puede sufrir por la enfermedad. Además certifica el carácter crónico de la enfermedad y alerta sobre su contagio por vías no biológicas.

En relación con el alcohol:

En cuanto a la adicción modelo, debe consensuarse por regiones clasificaciones que se adapten a las condiciones específicas poblacionales, geográficas, culturales, etc., siguiendo las estrategias globales orientadas por la OMS y la OPS para las Américas. Dado el importante problema que supone el consumo excesivo de alcohol en la población general sería conveniente la detección sistemática de bebedores de riesgo en el sistema sanitario y, en especial, en la Atención Primaria de Salud.³⁸ Sin embargo, las tasas de detección actuales de bebedores de riesgo en la Atención Primaria suelen ser muy bajas.³⁹⁻⁴¹

Por lo cual hay que dotar al personal de la primera trinchera de batalla de instrumentos válidos y funcionales, por ejemplo algunos países como Australia proponen unos límites más restrictivos para un consumo de bajo riesgo de alcohol⁴², limitado a 2 unidades de bebida estándar (20 gramos de alcohol) al día para hombres o mujeres adultos. Recomiendan además la no ingestión de bebidas alcohólicas a los menores de 15 años, mujeres embarazadas, personas que hacen actividades de riesgo y personas que toman drogas ilegales. Consideran como personas de riesgo a los jóvenes, ancianos y personas que tienen antecedentes familiares de alcoholismo y recomiendan pedir consejo, al médico tratante, a las personas que toman medicamentos y a las que sufren algún trastorno médico o psiquiátrico que pudiera ser empeorado por el consumo de alcohol.⁴²

España sitúa el consumo de riesgo en un consumo casi diario superior a 40gr de etanol al día (más de 4 UBEs - en varones-) y superior a 24 gr de etanol al día (más de 2 UBEs- en mujeres-), equivalente a un consumo semanal superior a 28 UBEs (280 gramos) para varones y a 14 UBEs (140 gramos) para mujeres.⁴³,
⁴⁴

El consumo ocasional de riesgo se produce cuando una persona hace un consumo concentrado de varias consumiciones alcohólicas en pocas horas. Se considera consumo ocasional de riesgo el que supera los 50 gramos de etanol por ocasión, para los hombres, o 40 gramos de etanol por ocasión, para las mujeres.^{43,44}

Para las Américas existe el excelente manual Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas,⁴⁵ que es una adaptación de Maristela G Monteiro, asesora regional de la OPS, del texto Alcohol y atención primaria de la salud: Criterios clínicos para la identificación y las intervenciones breves. Departamento de Salud del Gobierno de Catalunya: Barcelona, producido como parte del “Proyecto Europeo de Atención Primaria y Alcohol” (PHEPA), de los autores Anderson P., Gual A., Colom J. (2005).

Se recomienda utilizar los parámetros inferiores que aparecen para la clasificación de consumo social y de riesgo, una sola cifra para evitar el “margen paternalista”, especificando frecuencia semanal, teniendo en cuenta la tendencia usual de los consumidores de manipular las cantidades reales de consumo, con

vistas a lograr enfoques más reales del verdadero consumo por parte de los evaluadores.

Comportamientos Normales ante el Alcohol

Abstinencia

Consumo Social (Consumo social discreto y consumo social moderado)

Comportamientos Anormales ante el Alcohol

Consumo No Social²⁹: consumo nocivo

Consumo nocivo²⁹: consumo de riesgo, el uso irresponsable o inoportuno, el consumo perjudicial y dependencia alcohólica.

Enfermedad alcohólica²⁹: Consumo perjudicial + Dependencia alcohólica (sin complicaciones, complicada y en fase terminal)

La Organización Mundial de la Salud⁴⁶ propuso los siguientes valores para las *bebidas estándar*:

- 330 ml de cerveza al 5 %
- 140 ml de vino al 12 %
- 90 ml de vinos fortificados (por ejemplo jerez) al 18 %
- 70 ml de licor o aperitivo al 25 %
- 40 ml de bebidas espirituosas al 40 %

Por su gravedad específica, un mililitro de alcohol contiene 0.785g de alcohol puro; por lo tanto, la definición de la OMS con respecto a las *bebidas estándar* es de aproximadamente 13 g de alcohol (trago). Se debe recordar que en Europa, una *bebida estándar* contiene aproximadamente 10g de alcohol.⁴⁷

Abstinencia: Ausencia total de consumo etílico.

Histórica: durante toda la vida.

Actual: en los últimos 6 meses.

Consumo social: califica el ajustado a normas adecuadas de cantidad, frecuencia y momento de ingestión: consumo discreto (sin riesgo): 1 o 2 tragos en situaciones excepcionales, que no pasan de 5 veces al año, sin llegar jamás a la embriaguez.

Consumo de bajo riesgo, establecido por la OMS,⁴⁸ es inferior a 20 gramos (2 UBE) de alcohol al día, cinco días de la semana, y recomienda que, al menos, haya dos días sin consumo (10 UBE o 7.6 tragos semanales).

El consumo moderado (con riesgo)

Bebedor Social:

Hombre: 2 tragos por día (3 veces por semana). (78 gramos semanales)

Mujer: 1 por día (3 veces por semana). (39 gramos semanales).

CONSUMO NO SOCIAL: Consumo nocivo

Consumo nocivo: consumo de riesgo, uso irresponsable o inoportuno, consumo perjudicial y la dependencia alcohólica.

ENFERMEDAD ALCOHÓLICA: consumo perjudicial + dependencia

Consumo de Riesgo

Cuando sobrepasa lo expresado anteriormente para el bebedor social, en cuanto a cantidad y frecuencia de consumo.

Hombre: 4 tragos por día (3 veces por semana) o 12 tragos a la semana. (156 gramos a la semana).

Mujer: 3 tragos por día o 9 a la semana. (117 gramos a la semana).

Que este patrón se mantenga al menos por 6 meses.

Para el consumo ocasional de riesgo se comparte el criterio de la OMS (50 g), 43,44 el mismo puede amortiguararse si el consumidor utiliza aproximadamente una hora para el consumo de una UBE, acompañando la ingestión con otros líquidos, alimentos y actividad física (baile).

Consumo irresponsable o inoportuno: consumo con fines embriagantes, consumo en enfermos (portadores de epilepsia, trastornos mentales, etc.), en embarazadas, en menores, en conductores profesionales de vehículos.

Consumo Perjudicial: se identifica con la presencia de efectos dañinos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

Síndrome de dependencia alcohólica.

La aparición de complicaciones y al final la evidencia de deterioro marcado de la personalidad, sumados a los criterios expresados, delimitan las fases avanzadas de dependencia, que conducen finalmente al alcohólico vagabundo que puede presentar graves trastornos de comorbilidad (alucinosis alcohólica, estado paranoide alcohólico, delirium tremens, síndrome amnésico y demencia).

Además hay que incluir el alcohol definitiva e inobjetablemente dentro de las drogas duras, por la afectación de la conciencia que produce en el que haga un uso nocivo del mismo (en cualquier persona), con las múltiples y gravísimas consecuencias que se pueden derivar de este acto.

CONCLUSIONES

Las contundentes pruebas recopiladas por años en todo el mundo indican que el enfrentamiento realizado a la problemática de las adicciones ha fallado, no se ha logrado el nivel de involucramiento requerido, no se han destinado los recursos necesarios, ni se han distribuido proporcionalmente en la Reducción de la Oferta y la Demanda acorde con los requerimientos demostrados; se ha estigmatizado al adicto y poco se le ha brindado en atención a sus necesidades. Deben incrementarse las acciones que competen a la Reducción de la Oferta y de la Demanda con aquellas medidas que han resultado efectivas en la práctica, y para esta última hay que ampliar y fortalecer las acciones de promoción, concienciación, prevención, tratamiento, rehabilitación e investigativas. Para apoyar el diagnóstico precoz y las intervenciones tempranas, se deben

promover variantes conceptuales y clasificatorias de las conductas adictivas a ser desarrolladas fundamentalmente en la Atención Primaria de Salud.

Additive behaviors: critical analysis and proposals for prevention.

SUMMARY

It is made a critical analysis of the current situation of addictive behaviors, from the most recent reports issued by the United Nations Organization (UNO), World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO) and the Global Drug Policy, focusing on the most important and major implications for human welfare. Some approaches are suggested which should lead efforts to achieve better results and some proposals are indicated in the field of demand reduction, specifically to achieve a more effective prevention through conceptual variants and qualifiers that will allow an early diagnosis in the jeopardizing stage of a healthy lifestyle of human beings to achieve early intervention to prevent development of disease.

Key words: addictive behaviors, reports on drugs, preventive proposals

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE-ONU) Informe Mundial 2008 Disponible en:
http://www.incb.org/pdf/s/ar/2008/incb_report_2008_notes_es.pdf
Consultado: 27 de Febrero de 2010.
2. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE-ONU) Informe Mundial 2009 Disponible en:
http://www.incb.org/pdf/s/ar/2009/incb_report_2009_notes_es.pdf
Consultado: 22 de Marzo de 2011.
3. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
4. Gárciga O. ¿Cómo Evitar Ser Un Adicto? 2da. ed. Tegucigalpa MDC. : Producciones Peniel; 2009.
5. González R. Prevenir, detectar y vencer las adicciones. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.
6. National Institute on Drug Abuse (NIDA) Algunos programas basados en las investigaciones para la prevención del abuso de drogas. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/Prevention/Spanish/programas.html>
Consultado: 4 de Junio de 2007.
7. Gárciga O. Prevención en Adicciones. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana 2006; 3 (3).
8. González R. Las adicciones ante la luz de las ciencias y el símil. La Habana: Editora Política; 2009.

9. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. New York, 2003. Disponible en:http://www.unodc.org/pdf/report_2002-11-30_1_es.pdf Consultado: 18 de Enero de 2006.
10. Gárciga O. Fármaco dependencia. Reflexiones sobre las tendencias actuales que dificultan su atención. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana 2006; 3 (1).
11. Berterame S. ONU: consumo en aumento. ONUDC BBC.com 6-8-03 Disponible en:
http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2003/drogas_el_problema_del_consumo/newsid_3121000/3121459.stm Consultado: 18 de Noviembre de 2004.
12. Gárciga O. Proyecto Victoria. Una comunidad terapéutica hondureña. Tegucigalpa MDC. : Producciones Peniel; 2002.
13. Gárciga O. Como Tratar al Adicto & Marero. 2da. ed. Tegucigalpa MDC. : Producciones Peniel; 2009.
14. Bausela E. Neuropsicología y adicciones. Revista Chilena de Neuropsicología 2007; 3:1 – 3.
15. Cruz DA. Alarmante consumo de alcohol en niños. El Heraldo, viernes 22 de Noviembre de 2002. Al Frente: 2,3.
16. Banco Mundial (BM). El potencial de la juventud: políticas para jóvenes en situación de riesgo en América Latina y el Caribe. Washington: Banco Mundial; 2007.
17. González R. Significación médico social y ético humanística de las drogas. Rev Cubana Salud Pública. Ene 2007; 33: 1-8.
18. DOYMA Las drogas sintéticas reemplazarán a los cultivos de opio y cocaína en los próximos 10 años. Jano On-line y Agencias 5-05-03. Ediciones DOYMA S.L. Disponible en: <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=26306> Consultado: 18 de Enero de 2006.
19. Informe Mundial sobre Drogas 2010: el consumo de drogas se está desplazando hacia los nuevos medicamentos y nuevos mercados. Disponible en:
<http://www.consumodrogas.info/informe-mundial-sobre-drogas-2010-el-consumo-de-drogas> Consultado: 20 de Julio de 2011.
20. UNODOC presenta el informe mundial sobre las drogas 2011. Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/index.php?op=InfoNoticia&idNoticia=28654> Consultado: 20 de Julio de 2011.
21. Crece uso de drogas en mujeres mexicanas. MujeresHoy. Vida cotidiana/Salud 2 de Febrero de 2003. Disponible en:

- http://www.mujereshoy.com/secciones/243.shtml Consultado: 2 de Febrero de 2004.
22. Las adolescentes se drogan más que sus homólogos hombres. Washington Febrero 9/ 2006 AFP Disponible en: Infomed 14 de Febrero de 2006 <http://www.sld.cu> Consultado: 16 de Febrero de 2006.
23. Informe 2011 de la Comisión Global de Políticas de Drogas (CGPD).]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/prevention/spanish/capitulo4.html> Consultado: 15 de Junio de 2011.
24. Kandel E R. [The biology of memory: a forty-year perspective.](#) J Neurosci. 2009 Oct 14; 29 (41):1248-56.
25. Bausela E. Neuropsicología y adicciones. Revista Chilena de Neuropsicología 2007; 3. pág. 1 – 3
26. Tirapu J, Lorea I, Landa N. Addictive behaviour: from neurobiology to evolutionary perspective. Addictions 2003; 15 (3) p. 255.
27. Gárciga O. Adicciones. Situación actual. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010; 7(1).
28. Gárciga O. La Juventud y sus Riesgos. Tegucigalpa MDC.: Editorial Guardabarranco; 2009.
29. González R. Tácticas psicoterapéuticas con pacientes adictos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
30. González R, Galán G M. La declaración de Brasilia: reflexiones sobre sus pautas para el enfrentamiento a los problemas relacionados con el alcohol. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana 2007; 4 (1).
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Global sobre el Alcohol y la Salud. Abril de 2010. Disponible en:<http://es.shvoong.com/authors/informe-global-sobre-el-alcohol-y-la-salud/>. Consultado 15 de Abril de 2011.
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol: proyecto de estrategia mundial. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf) Consultado 15 de Abril de 2011.
33. Colectivo de Autores. Glosario Cubano de la Décima Revisión de la clasificación internacional de Enfermedades. Capítulo V. GC-III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
34. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales (DSM IV R). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%A1stico_de_los_trastornos_mentales Consultado: 18 de Abril de 2011.
35. Gárciga O. Estilo de Vida Saludable. Tegucigalpa MDC.: Producciones Peniel; 2006.

36. Becoña E, Oblitas L. Promoción de estilos de vida saludables. En: L. Oblitas. Psicología de la salud y calidad de vida. 2 da. ed. México: 2006. p. 83-109.
37. DOYMA. [El estilo de vida es el factor que más condiciona la salud](http://www.opensportlife.es/el-estilo-de-vida-el-factor-que-mas-condiciona-la-salud). Jano On-line y Agencias 1-04-10. Ediciones DOYMA S. L. Disponible en:<http://www.opensportlife.es/el-estilo-de-vida-el-factor-que-mas-condiciona-la-salud>. Consultado: 18 de Abril de 2011.
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. Consultado: 18 de Junio de 2011.
39. Rumpf HJ, Bohlmann J, Hill A, Hapke U, John U. Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings?. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 133-137.
40. García H, Verdecia MR, Fernández A. Estrategias de sostén de la abstinencia de alcohol en un grupo de dependientes rehabilitados. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2011; 8(1). Disponible en:http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm.
41. Gárciga O, Surí C, Ávila V, Ugarte F. R. El perfil del adicto hondureño en la comunidad terapéutica “Proyecto Victoria”. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* 2010; 7(2). Disponible en:http://www.psiquiatricohph.sld.cu/revista/portal_revhph.htm.
42. National Health and Medical Research Council. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking. Draft for public consultation. Australian Government. 2007. Disponible en:http://www.nhmrc.gov.au/consult_files/draft_australian_alcohol_guide_lines.pdf Consultado: 22 de Junio de 2011.
43. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol. En: WHO (ed) Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva; 2004.
44. Guardia J, Jiménez MA, Pascual P, Flórez G, Contel M. Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDROGALCOHOL. Disponible en: http://www.ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf Consultado: 20 de Julio de 2011.
45. Monteiro, M G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS; 2008.

46. González R. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. 2da. Ed. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2006.
47. National Institute on Drug Abuse (NIDA). NIDA InfoFacts: Treatment Approaches for Drug Addiction September 2009. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/infofacts/treatmeth.html> Consultado: 24 de Julio de 2010.
48. De la Osa J. Alcoholismo. Granma 4 de Abril de 2011; Nacionales Consulta Médica: p.2.

Profesor Principal de la Asignatura de Psiquiatría de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana y de la FCM “Julio Trigo López”. Profesor e Investigador Titular. Doctor en Ciencias Médicas.

Profesor Instructor. Master en Educación Médica y en Medicina Natural y Bioenergética. CCSM, Arroyo Naranjo.