

# Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública

María Teresa Brugal / Alicia Rodríguez-Martos / Joan R. Villalbí  
Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

(New and old addictions: implications for Public Health)

## Resumen

Según algunos autores, cualquier conducta placentera podría ser susceptible de convertirse en hábito y, según las circunstancias, en dependencia. El objetivo de este trabajo es realizar un repaso de la situación de las adicciones en España y de las respuestas en políticas de salud que se han desplegado. En los últimos años España ha experimentado un notable cambio en el tipo y en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.

La evolución del consumo del tabaco sugiere que el pico de la epidemia ya ha pasado, aunque la prevalencia es aún alta. El consumo *per capita* de alcohol en los últimos 25 años se ha reducido en un 25%. Durante el mismo período, el patrón de consumo se ha modificado. El consumo esporádico, en episodios de «atracones» y la ingesta fuera de las comidas, se ha revelado como uno de los patrones en alza. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en España el 27,8% de la población comprendida entre los 15 y los 64 años ha consumido una droga ilícita al menos una vez en su vida y esta prevalencia era del 38% en la población de 15 a 34 años. El cannabis es la sustancia más consumida (29% de la población de 15-64 años), seguida por la cocaína (5,9%) y el éxtasis (4,6%). España es el tercer país de la Unión Europea en consumo de cannabis, éxtasis y anfetaminas y el primero en consumo de cocaína.

Con respecto a las denominadas adicciones comportamentales, no existe consenso en el campo de la psiquiatría. La única adicción psicológica con criterios diagnósticos claros es el juego patológico, el resto (Internet, sexo, etc.), probablemente por su novedad, sigue siendo objeto de controversia. Las nuevas adicciones, tanto las producidas por nuevas sustancias como las del comportamiento, van en paralelo al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio, al tiempo libre y a una nueva forma de vida. Éste es un nuevo reto para la salud pública.

**Palabras clave:** Adicción. Abuso de sustancias. Tabaco. Alcohol. Cocaína. Juego patológico. Políticas públicas.

## Abstract

According to certain authors, any pleasure giving behaviour may become a habit, and depending on the circumstances, an addiction. The objective of this study is to examine the situation of addictions in Spain and the responses generated by health policies. In recent years, both the type and pattern of drug consumption in Spain, has undergone a noticeable change.

Studies of the evolution of tobacco consumption suggest that the peak has passed, even though prevalence is still high. Alcohol consumption per capita has fallen by 25% in the last 25 years. During the same period, pattern of consumption has been modified. Sporadic drinking, in episodes of bingeing and drinking away from meals, is one of the patterns on the rise. According to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, in Spain, 27.8% of the population between 15-64 years old has consumed an illegal drug at least once in their lives, with the prevalence rising to 38% among the 15-34 year olds. Cannabis is the most consumed (29% among 15-64 age group), followed by cocaine (5.9%), and ecstasy (4.6%). Spain, comparing with other countries of European Union, is the third in cannabis, ecstasy, and amphetamine and the first in cocaine consumption.

With respect to the so-called behavioral addictions, no consensus in the field of psychiatry has been reached. The only psychological addiction with clear diagnostic criteria is gambling. The rest (Internet, sex, etc.), perhaps for their novelty, continue to be the object of controversy. New addictions, as much to addictive substances as to addictive behaviors, run parallel to the development of industrialized societies, leisure, free time, and a new way of life. This is the new challenge for Public Health.

**Key words:** Addiction. Substance abuse. Tobacco. Alcohol. Cocaine. Gambling. Public policies.

Correspondencia: María Teresa Brugal.  
Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Plaza Lesseps, 1. 08023 Barcelona.  
Correo electrónico: tbrugal@aspb.es

## Introducción

Según el diccionario etimológico del Oxford English Dictionary, la palabra *adicto* significaba entregado o devoto a algo (sustancia, persona o cosa), hasta que a principios del siglo xx empezó a utilizarse para los consumidores de morfina. Según algunos autores<sup>1</sup>, cualquier sustancia o conducta normal placen-

tera sería susceptible de convertirse en un comportamiento o sustancia adictiva. Es decir, se podrían convertir en sustancia o comportamiento adictivo en función de la intensidad, la frecuencia, la cantidad de dinero y tiempo invertidos para conseguirla y del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales que la sustancia, persona o cosa provoca en el individuo. Los componentes fundamentales de las adicciones comportamentales o por sustancias serían: la dependencia, la tolerancia y la pérdida de control.

La historia de las adicciones va unida al hombre. Mascar hojas de coca, fumar cigarrillos o marihuana, esnifar preparados psicoactivos, beber vino, etc. son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia y que son potencialmente adictivas. Más recientemente, junto con las anteriores, destacan las «nuevas adicciones». Unas, derivadas de sustancias y sus derivados químicos —es el caso del LSD, las drogas de diseño, las anfetaminas, la cocaína, el crack, etc.—, y otras sin sustancias —también llamadas adicciones comportamentales o psicológicas— que serían el resultado de una sociedad tecnológica, globalizadora y hedonística. Algunas de estas adicciones son los juegos de azar, Internet, el teléfono, el sexo, el trabajo o las compras.

Las adicciones por sustancias están bien clasificadas como trastornos psiquiátricos, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como en la DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y poseen criterios específicos para su diagnóstico<sup>2</sup>. Sin embargo, las adicciones comportamentales no están incluidas como tales, y se consideran trastornos del control de impulsos; el juego patológico es la única adicción psicológica tipificada y con criterios diagnósticos propios<sup>2</sup>. Para el resto de las adicciones comportamentales —Internet, teléfono móvil, sexo, trabajo, etc.— no existen estudios concluyentes que permitan determinar si se trata de una adicción real o no. De hecho, en la bibliografía encontramos críticos que piensan que no existen estos trastornos<sup>3</sup>, y también autores que consideran que se trata de unos trastornos con patrones de conducta similares al juego patológico<sup>4,5</sup>.

En los países ricos, la población del tercer milenio es heredera de una sociedad definida en términos de consumo y opulencia. La incorporación de la mujer en el mundo laboral ha provocado que los papeles y los valores de la familia tradicional hayan desaparecido. La falta de conciliación de la vida familiar y laboral ha ocasionado una disminución del tiempo que se dedica a los hijos y a su educación, con lo cual, los jóvenes de este milenio poseen una educación más permisiva, con menos normas y con un menor aprendizaje de la responsabilidad individual. Así, los jóvenes nacidos en la sociedad del bienestar, donde la competitividad, el ocio, la diversión y el consumo adquieren un valor hegemónico, han definido unos criterios de calidad de vida pro-

pios, en donde el consumo de cualquier producto —entre ellos las sustancias u objetos potencialmente adictivos— ha adquirido un papel preponderante. En este trabajo, pretendemos hacer un repaso de la situación en España de las principales adicciones y de las respuestas en políticas de salud desplegadas.

---

## Adicciones por sustancias

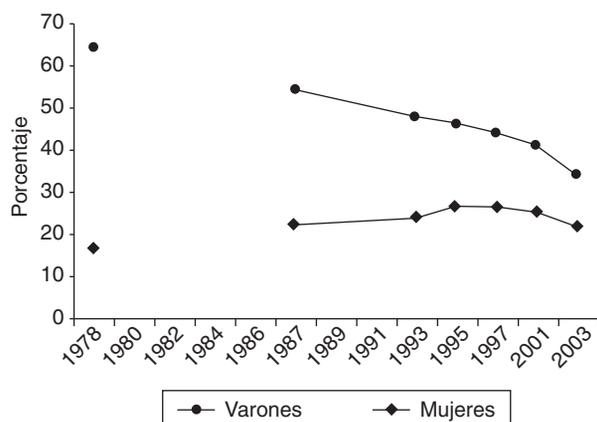
### *Tabaco*

Para analizar una vieja adicción como el tabaquismo hay que centrarse en tres grandes procesos en el conjunto de la población: la incidencia, la prevalencia y el abandono. También son relevantes los indicadores de consumo en poblaciones especiales, como los profesionales con papel modelo (sanitarios o docentes) y las gestantes. Otros fenómenos a estudiar son la exposición al humo ambiental de tabaco, y el efecto del tabaquismo en la salud de la población: para ambos tenemos aportaciones de interés<sup>6,7</sup>, pero su estudio sobrepasa los objetivos de esta sección.

El proceso de incidencia o inicio de la adicción se produce generalmente en la adolescencia, y se sustenta en episodios de experimentación en un contexto de intensa presión social externa. Pronto, muchos experimentadores se convierten en consumidores ocasionales, la mayoría de los cuales terminarán fumando diariamente. Para estudiar la evolución de las nuevas incorporaciones al hábito tabáquico, hemos analizado los estudios FRISC/FRESC de la ciudad de Barcelona por su metodología estable, su larga serie temporal y porque creemos que los datos son extrapolables al conjunto de España. Éstos sugieren que la pequeña proporción de fumadores diarios precoces (13-14 años) no presenta variaciones significativas en el tiempo, pero que se aprecian disminuciones sugestivas en el consumo de tabaco al final de la ESO (15-16 años)<sup>8</sup>. Estos datos son congruentes con los que proporciona la Encuesta Nacional de Salud (ENS) para mayores de 15 años y con la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (EESTUDES)<sup>9</sup>, que plantea el inconveniente de no ser totalmente representativa de la población de 14-18 años, ya que la escolaridad no es obligatoria a lo largo de toda esta franja de edad.

Con el precedente de un estudio aislado en 1978, la ENS es la fuente de datos de referencia para estudiar la prevalencia y los abandonos en España. Aunque los datos no siempre están accesibles con el detalle deseable<sup>10</sup>, algunos investigadores han realizado reconstrucciones muy útiles para el análisis de la evolución de esta adicción<sup>11-13</sup>. Se aprecia una fuerte y constante disminución de la prevalencia entre los varones

**Figura 1. Evolución de la prevalencia del tabaquismo en España, 1978-2003.**



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Sanidad (ENS) y Benegas et al<sup>6</sup>.

a lo largo de estos años, y recientemente parece emerger un principio de declive en las mujeres (fig. 1). Sobre la base de estos datos, los investigadores que han reconstruido las prevalencias históricas han obtenido imágenes congruentes con esta visión<sup>12</sup>; también han analizado los patrones de incidencia de forma retrospectiva<sup>13</sup>, confirmando lo expuesto en el párrafo anterior. El análisis de la encuesta domiciliar del Plan Nacional de Drogas<sup>14</sup> muestra que la gran diferencia tradicional entre varones y mujeres desaparece en las edades más jóvenes, lo cual acompaña el incremento global de la prevalencia del hábito tabáquico en la población femenina. Entre las mujeres, la generación más fumadora es la de las nacidas alrededor de 1960. Los datos sugieren que, incluso entre las mujeres, el pico de la epidemia ya ha pasado, pues las generaciones nacidas después de 1960 ya no han fumado tanto.

A partir de los 55 años, la mayoría de los fumadores ha dejado de fumar, tanto entre los varones como entre las mujeres. Entre los datos aportados por otros estudios<sup>15</sup>, hay que destacar la distribución por clases sociales, que muestra un gradiente social, de manera muy evidente desde los años ochenta en los varones, y de forma más incipiente en las mujeres.

Referente a las poblaciones de especial interés sanitario, como los médicos y las gestantes, hay disminuciones muy marcadas de la prevalencia del tabaquismo entre los médicos españoles –las mayores prevalencias corresponden a psiquiatras y obstetras-ginecólogos, y las más bajas a especialistas en neumología y cardiología<sup>16</sup>–. Entre las gestantes, se aprecia una disminución del consumo de tabaco, fruto de las disminuciones en la prevalencia entre las mujeres y de una mayor proporción de abandonos al conocer el em-

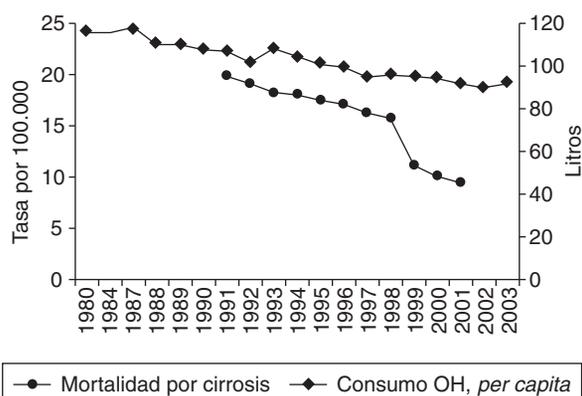
barazo –aunque la mayoría dura lo que la propia gestación<sup>17</sup>–.

### Alcohol

La relación entre consumo de alcohol y la salud es compleja y multidimensional y afecta a más de 60 enfermedades<sup>18</sup>. Se calcula que el alcohol causa el 6,8% de la carga de enfermedad en la Europa occidental. Se ha comprobado que el daño derivado del consumo de alcohol depende no sólo del volumen medio ingerido, sino también de las pautas de consumo. El consumo esporádico, en episodios de «atracones», así como la ingesta fuera de las comidas, se ha revelado como uno de los patrones de consumo más perjudiciales para la salud<sup>19</sup>.

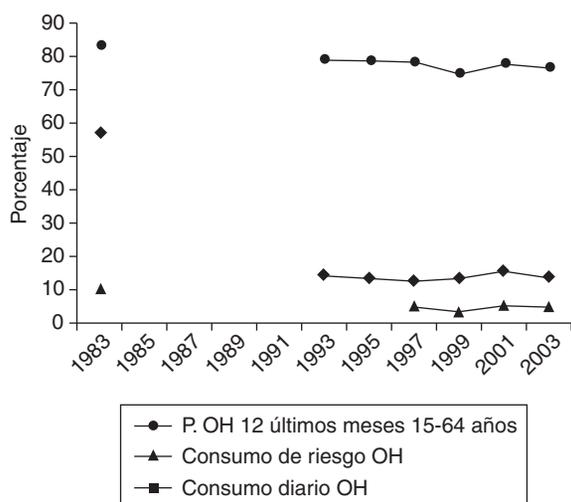
España ha experimentado grandes cambios con respecto al consumo de alcohol tanto en la prevalencia como en los patrones de consumo, y hoy son muy distintos de los de hace cuatro décadas. En los últimos 25 años, el consumo *per capita* de alcohol se ha reducido en un 25%, con lo que hemos cumplido los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de «Salud para todos en el año 2000» (fig. 2). Aunque nuestro consumo medio se ha estabilizado por debajo de los 10 l *per capita* y año<sup>20</sup>, sigue superando el nivel estimado como prudente –probablemente menos de 5 l *per capita* al año<sup>21</sup>–. Este descenso se ha traducido en una disminución paralela de la mortalidad por cirrosis hepática (fig. 2). También se aprecia una disminución de la prevalencia de consumo en el último año. Si en los años ochenta<sup>22</sup> era del 83,4% (fig. 3), en la última década es de alrededor del 77%. La prevalencia de consumo diario ha caído drásticamente en los últimos 20

**Figura 2. Evolución de la mortalidad por cirrosis y del consumo *per capita* de alcohol. España, 1980-2003.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Figura 3. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, consumo de riesgo y consumo diario. Población de 15-64 años. España, 1983-2003.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Domiciliaria Plan Nacional sobre Drogas y Encuesta ICESA del Ministerio de Sanidad y Consumo.

años (del 57% en 1983 al 14% en 2003) y el porcentaje de bebedores de riesgo también ha ido bajando del 11,2% en 1983 –con un criterio de > 76 ml de alcohol puro/día– hasta el 5,3% en 2003, con un criterio de 50 ml de alcohol puro/día para los varones y 30 ml para las mujeres (fig. 3).

En la población adolescente, se había reducido el porcentaje de consumidores a lo largo de la década de los noventa, repuntando según la EESTUDES en el año 2004<sup>9</sup> (fig. 4), que se ha doblado el porcentaje de menores que refieren haberse embriagado en el mes anterior, pasando del 19% en 2002 al 27% en 2004. El 13,4% de chicos y el 11,5% de chicas refieren consumo de riesgo, porcentajes superiores a los años anteriores y a los de la población adulta<sup>14</sup>.

El cambio de formas de vida, con jornadas laborales que dificultan una comida familiar, el auge de la cerveza, de menor graduación alcohólica y, en conjunto, el desplazamiento de los consumos de alcohol al fin de semana bien podrían explicar el descenso del consumo y de sus efectos crónicos desde los años ochenta. Posiblemente estamos asistiendo a una redistribución del consumo donde la pauta mediterránea de consumo va siendo desplazada o complementada por la pauta nórdica. En nuestro país, la mayor parte de la población de 15 o más años bebe alcohol (el 77% en 2003). La mayoría ha reducido su consumo con respecto a épocas anteriores, y unos pocos beben de forma arriesgada, sin que su consumo, concentrado en el fin de semana, se refleje en un aumento del consumo *per capita*.

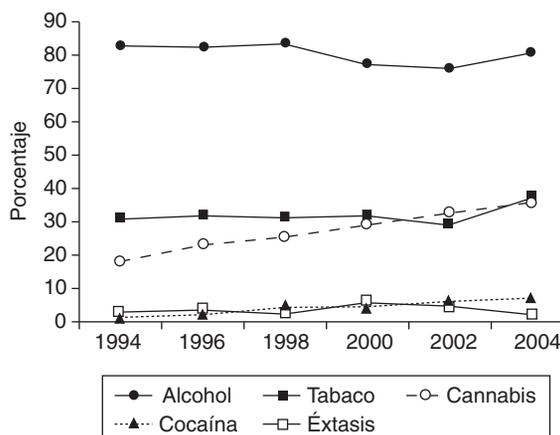
Asimismo, las afecciones asociadas al alcohol han cambiado; han descendido las afecciones crónicas como la cirrosis y aumentado las agudas como los accidentes de tráfico y las intoxicaciones alcohólicas.

*Drogas ilegales*

El consumo de drogas psicoactivas es un fenómeno muy plástico, sometido a cambios continuos derivados del contexto social y del mercado. En los últimos años, España ha experimentado un notable cambio en el tipo y los patrones de consumo de sustancias psicoactivas. Por un lado, la heroína ha dejado de ser la primera sustancia de consumo problemático, y la cocaína ha pasado a ocupar ese lugar<sup>23,24</sup>; y por otro, el consumo inyectado ha descendido notablemente circunscribiéndose a determinadas zonas de España<sup>25</sup>.

Todas las encuestas muestran que el consumo de drogas ilegales es más común en zonas urbanas o con mayor densidad de población. Según el informe del 2004 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías<sup>26</sup>, en España el 27,8% de la población comprendida entre los 15 y los 64 años había consumido una droga ilícita al menos una vez en su vida y esta prevalencia era del 38% en la población de 15 a 34 años. El cannabis es la sustancia ilícita más consumida en España –un 29% de la población de 15-64 años afirmó haber consumido cannabis alguna vez en su vida–, seguida por la cocaína (5,9%), el éxtasis (4,6%), las anfetaminas (3,2%) y los alucinógenos (3%)<sup>14</sup>. Si analizamos el consumo en los 12 últimos meses (figs.

**Figura 4. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años. España, 1994-2004.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta EESTUDES del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

4 y 5), observamos que tanto en la encuesta domiciliaria como en la encuesta escolar, el cannabis y la cocaína han experimentado un notable aumento desde 1999, y en 2004, en la población de 15-18 años la proporción que ha consumido cannabis casi iguala a la que consumió tabaco. Si realizamos comparaciones entre los distintos países de la Unión Europea (UE), observamos que entre la población de adultos jóvenes (15-34 años), España es el tercer país en consumo de cannabis, éxtasis y anfetaminas y el primero en consumo de cocaína<sup>26</sup>.

Con referencia al consumo de cannabis, un porcentaje reducido pero constante, en torno al 10% de los estudiantes varones de 15 años ha realizado un consumo intenso (más de 40 ocasiones en el último año). Este dato es preocupante por el mayor riesgo de este grupo de sufrir serias consecuencias negativas, como psicosis inducida o ataques de pánico agudos, accidentes al volante o en el trabajo y, entre los más jóvenes, un impacto negativo sobre el rendimiento escolar<sup>27</sup>.

España y el Reino Unido son los países de la UE con las prevalencias más altas de consumo de cocaína; el porcentaje del consumo reciente (durante el último año) entre adultos es superior al 2% (fig. 5); esta prevalencia es similar a la existente en los EE.UU.<sup>28</sup>. Este resultado es alarmante dadas las complicaciones sociosanitarias que los estadounidenses han sufrido con el uso problemático de cocaína. Estos problemas se asociaron básicamente al uso de crack (base de cocaína) y fueron principalmente: marginación, violencia, trastornos mentales graves y afección cardiovascular. En España se consume de forma fundamental clorhidrato de cocaína, presentación que ocasiona menos problemas que la base, dado que su consumo es básicamente esnifado. Sin embargo, en algunas zonas del

Estado hay una proporción no despreciable de consumo de crack (cocaína fumada) y cocaína inyectada<sup>24,25</sup>.

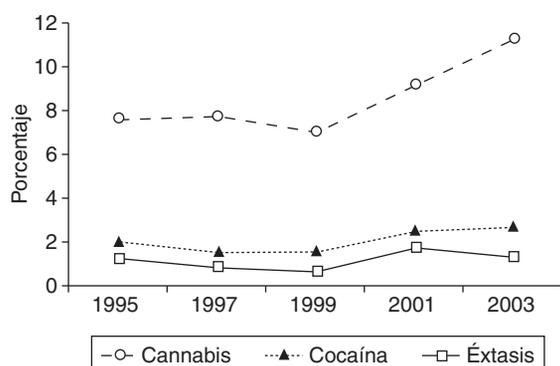
El aumento del consumo de éxtasis y preparados anfetamínicos que tuvo lugar durante los años noventa parece haberse estabilizado en los últimos años. Estudios en determinadas poblaciones han mostrado que el consumo de éxtasis y otros preparados anfetamínicos es más común entre los jóvenes que asisten a lo que se conoce como *raves* (fiestas que suelen durar entre 12 y 24 h, con mucho público, suelen ser al aire libre o en grandes locales, y en donde se escucha música *techno* o *trance* dirigida por un DJ), aunque algunos indicios recientes sugieran que este vínculo puede estar debilitándose y que cada vez está menos asociado a tribus urbanas concretas<sup>16</sup>.

### Adicciones comportamentales

Como ya hemos dicho, la adicción comportamental mejor descrita es el juego patológico o ludopatía. El resto de las adicciones psicológicas, probablemente por su novedad, sigue siendo objeto de controversia en el campo de la psiquiatría. Algunas de ellas, como las denominadas adicción al trabajo, al sexo o a las compras, podrían tratarse de trastornos del control de los impulsos o síntomas de otras enfermedades mentales<sup>2</sup>. Respecto a Internet, se ha demostrado que esta tecnología contribuye a reducir el círculo social y afecta al bienestar psicológico de la persona, desplazando la actividad social<sup>29</sup>; por ello puede ser potencialmente adictiva. Sin embargo, algunos autores<sup>1</sup> han señalado que Internet podría ser sólo un medio donde alimentar otras adicciones o trastornos psiquiátricos como la ludopatía o las parafilias.

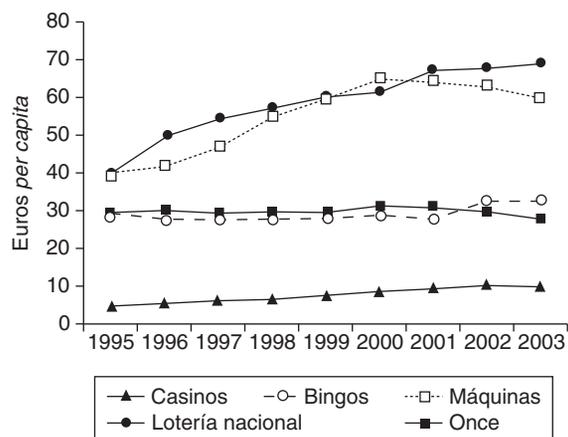
A partir de la legalización en España de algunas formas de juego a finales de los años setenta, éste experimentó un notable crecimiento durante los años ochenta y principios de los noventa. Sin embargo, según la Comisión Nacional del Juego, en los últimos años el volumen total de dinero destinado a juegos de azar se ha estabilizado a expensas de la disminución en máquinas tragaperras y ONCE, y la estabilización de casinos y bingos. Contrariamente, las loterías nacionales han experimentado un crecimiento ininterrumpido en los últimos 10 años (fig. 6). De todos los juegos de azar, máquinas tragaperras, los casinos y los bingos son los que más adicción provocan<sup>5</sup>. La disminución de las cantidades jugadas precisamente en este tipo de juegos de azar hace pensar que finalmente en España se ha estabilizado el juego y, por ende, el juego patológico. Sin embargo, algunos autores han alertado sobre el papel de las nuevas tecnologías en el incremento de la participación de los juegos de azar<sup>4</sup>, ya que muchas han incorporado el juego —y por extensión el juego pa-

**Figura 5. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis, cocaína y éxtasis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años. España, 1995-2003.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Figura 6. Evolución del gasto real por habitante y año en todos los juegos azar. España, 1995-2003.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de las memorias de la Comisión Nacional del Juego del Ministerio del Interior.

tológico— entre sus ofertas. Éste es el caso de los videojuegos y los cibercasinos de Internet, fenómeno que afectaría principalmente a los más jóvenes<sup>4</sup>.

Se estima que aproximadamente un 1% de la población adulta tiene problemas con el juego; este porcentaje es el doble o más en la población adolescente<sup>30</sup>. Uno de los principales problemas del juego patológico y de algunas de las adicciones comportamentales es que se asocian a otros problemas psiquiátricos, como los trastornos de la personalidad, la depresión y la adicción a drogas psicoactivas. Las sustancias principalmente implicadas en esta comorbilidad son el alcohol en la población adulta, y el cannabis, la cocaína y otros psicoestimulantes en la población juvenil<sup>31,32</sup>.

### Políticas y medidas de Salud Pública

Aunque la epidemia tabáquica muestra una tendencia esperanzadora, y la política lanzada por el Ministerio de Sanidad de extensión de los espacios sin humo son ventajosas, el proceso de cambio será relativamente lento. Por ello creemos que sería necesario adoptar políticas públicas de eficacia preventiva probada en el ámbito fiscal y de la publicidad encubierta<sup>33</sup>.

En los años noventa, el fenómeno del «botellón» y los accidentes de tráfico en jóvenes introdujeron el alcohol en la agenda política, y por primera vez, en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, se articularon objetivos específicos para alcohol. Se configuró como eje fundamental la prevención de la demanda (escolar, familiar, laboral, comunitario, sanitario, etc.) y respecto de las políticas de control —reducción de la ofer-

ta y la publicidad—, todavía hay demasiados huecos legales y una deficiente implementación de la ley.

En 2002, el Ministerio de Sanidad promovió una Ley de Prevención del Abuso de Alcohol, que no llegó a ver la luz, acosada por la industria que influyó en otros sectores de la administración con intereses que entraban en conflicto con ésta. En 1999 entró en vigor la reducción de la alcoholemia legal para conductores (de 0,8 a 0,5 g/l). En el último año, el considerable refuerzo de medidas legales con respecto a la conducción bajo los efectos del alcohol y el mayor control del cumplimiento empiezan a dar fruto y, desde una perspectiva de salud pública, el actual acento en medidas para frenar la siniestralidad viaria abre una línea esperanzadora.

En las dos últimas décadas, en España han tenido una enorme relevancia las políticas de salud pública dirigidas principalmente al consumo problemático de heroína y al consumo inyectado de drogas —programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas, etc.—. Esto ha sido así principalmente por la extensión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida entre los consumidores de heroína, por el gran aumento de afección infecciosa asociada a ese consumo y por el exceso de mortalidad que presenta esta población<sup>34</sup>. Como consecuencia, en los últimos 5 años se ha conseguido dar un vuelco a esta problemática. El VIH/sida ha dejado de ser la primera causa de mortalidad juvenil y los nuevos diagnósticos de VIH ya no corresponden mayoritariamente a sujetos que se inyectan drogas. Actualmente, la cocaína y el cannabis son las sustancias ilegales que más relevancia tienen entre la población general y juvenil, y con respecto a ellas no se ha llevado a cabo ningún tipo de estrategia especial más allá de acciones locales. Sólo se ha puesto énfasis en la prevención primaria dirigida al individuo o a la comunidad y basada en la información y sensibilización.

Tradicionalmente el juego, como otras adicciones comportamentales, no se ha visto como un problema de salud pública, y la investigación sobre su efecto en la salud, en la sociedad y en la economía sigue pendiente<sup>5</sup>. Sólo existen unos pocos estudios llevados a cabo en América del Norte y el Reino Unido<sup>35,36</sup>. Desde su legalización, en nuestro país no se ha llevado a cabo ninguna política de salud pública para la adicción comportamental que más problemas sociales ocasiona. Incluso, el tratamiento especializado de los pacientes con ludopatía sigue estando poco sistematizado y profesionalizado en el ámbito de la atención sanitaria pública.

### Conclusiones y recomendaciones

Las conductas adictivas —relacionadas con sustancias o comportamentales— constituirán probablemente

te uno de los grandes problemas de salud pública de siglo XXI, ya que cuantitativamente afectan de un cuarto a un tercio de la población adulta española. Todas las adicciones se han convertido en un problema de gran relevancia social y clínica en las sociedades desarrolladas, ya que muchas de ellas apenas existían hace cinco décadas y en el momento actual tienen un grado de prevalencia elevado, principalmente entre los jóvenes. Las nuevas adicciones, tanto las producidas por nuevas sustancias como las comportamentales –juego patológico, sexo compulsivo, Internet y otras–, van en paralelo al desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio, al tiempo libre y a una nueva forma de vida.

En el caso del tabaco, es previsible que en un futuro, con las nuevas normativas de espacios sin humo y la futura ley fiscal que grave el precio del tabaco, la tendencia a la disminución de la prevalencia será una realidad.

Como en el tabaco, para el del alcohol las medidas más efectivas para reducir su consumo y su efecto negativo en la salud son: medidas fiscales, restricciones de la disponibilidad, control de la publicidad encubierta, intervenciones para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol e intervenciones breves en atención primaria y otros contextos sanitarios inespecíficos<sup>37</sup>. En España no se ha puesto suficiente énfasis en estas estrategias de salud pública, mientras se ha invertido en estrategias educativas de efectividad poco probada, dirigidas al individuo (educación escolar) o a la comunidad (campañas informativas, campañas de conductor designado, etc.). Las estrategias preventivas no pueden limitarse a fomentar la reducción de la demanda y el consejo médico a los bebedores de riesgo, ignorando la prevención de la oferta, ya que las alcohólicas fomentan el consumo con un incremento de la inversión publicitaria y con mensajes poderosos que fomentan un modelo de vida donde el alcohol sería un lubricante social y eje de la diversión.

A pesar de la baja prevalencia de la heroína, y debido a que su consumo problemático está fuertemente ligado a situaciones de marginación y exclusión social, ésta sigue siendo la droga ilegal que más problemas de salud pública ocasiona. Por ello, no debemos bajar la guardia y se debe mantener los programas ya existentes, tanto de tratamiento como de reducción del daño. Asimismo, es necesario evitar la extensión de los patrones de consumo más peligrosos (inyección, cocaína fumada) haciendo intervenciones específicas que promuevan consumos de menor riesgo.

El aumento de los problemas ocasionados por el consumo de cocaína, cannabis y otros psicoestimulantes, y dada la naturaleza de estas sustancias y las afecciones asociadas a ellas, parece importante poner el acento de las nuevas políticas de salud pública en el campo de la psicología y la neuropsiquiatría y elaborar estra-

tegias de salud pública y educativas específicas para estas nuevas adicciones.

Después del auge del juego de azar, parece que en los últimos años éste se ha estabilizado, principalmente en sus formas más adictivas –máquinas tragaperras, bingos y casinos–. Sin embargo, queda por estudiar la extensión que han alcanzado los juegos de azar a través de Internet y su impacto en la salud de la población. Los resultados obtenidos hasta ahora apuntan a la existencia de un uso problemático de las nuevas tecnologías. Sin embargo, es preciso realizar más investigaciones con rigor metodológico, para poder dirimir la controversia sobre si el término adicción es apropiado para la mayoría de las denominadas «adicciones psicológicas», o se trata de alteraciones del comportamiento que expresan la existencia de otras alteraciones psicológicas o de la personalidad.

Con las nuevas situaciones, surgen también nuevas necesidades de investigación. Es importante conocer el nuevo perfil de consumidores –de sustancias, personas o cosas–, en especial los que acuden a los servicios de urgencias y centros de atención psiquiátrica, y realizar estudios de seguimiento de grupos de jóvenes para analizar los cambios que acontecen a lo largo de su consumo y las repercusiones sociosanitarias y del comportamiento que éstos comportan.

---

#### Agradecimiento

La investigación ha sido posible gracias a la ayuda parcial de las becas del Instituto de Salud Carlos III G03/05 y CO3/09 (redes de investigación cooperativa).

#### Bibliografía

1. Griffiths M. Internet addiction: does it really exist? En: Gackenbach J, editor. *Psychology and the internet: interpersonal, interpersonal and transpersonal implications*. New York: Academic Press; 1998.
2. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Versión española de la 4.ª ed. de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1995.
3. Mitchell P. Internet addiction: genuine diagnosis or not? *Lancet*. 2000;9204:632.
4. Griffiths M. Gambling technologies: prospects for problem gambling. *J Gambling Studies*. 1999;15:265-83.
5. Griffiths M. Betting your life on it. Problem gambling has clear health related consequences. *BMJ*. 2004;329:1055-6.
6. Banegas JR, Díez L, Rodríguez-Artalejo F, González-Enríquez J, Graciani A, Villar F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:692-4.
7. López MJ, Nebot M, Sallés J, Serrahima E, Centrich F, Juárez O, Ariza C. Medición de la exposición al humo ambiental de tabaco en centros de enseñanza, centros sanitarios, medios de transporte y lugares de ocio. *Gac Sanit*. 2004;18:451-7.

8. Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomas Z, Valmayor S. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gac Sanit.* 2003;17:190-5.
9. Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004 (EESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [Accedido 16 Agosto 2005] Disponible en: [www.msc.es/pnd](http://www.msc.es/pnd).
10. Gil E, González J, Villar F. Informe sobre la salud de los españoles: 1998. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; p. 182-91.
11. Banegas JR, Díez-Gañan L. Epidemiología del tabaquismo. Morbimortalidad. En: Jiménez-Ruiz C, Fagerstrom KO, editores. Tratado de tabaquismo. Madrid: Aula Médica, 2004. p. 11-27.
12. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc).* 2003;120:14-6.
13. Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *Am J Public Health.* 2000; 90:1459-62.
14. Encuesta Domiciliaria sobre Drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [Accedido 16 Agosto 2005] Disponible en: [www.msc.es/pnd](http://www.msc.es/pnd).
15. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona 2000-01. *Rev Clin Esp.* 2004;204:312-6.
16. Enquesta sobre hàbits i actituds respecte al tabaquisme en professionals sanitaris. Departament de Salut. [Accedido 16 Agosto de 2005]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/dadesfum.pdf>
17. Salvador J, Villalbí JR, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación: Barcelona, 1994-2001. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:139-41.
18. Room R, Babor T, Reh, J. Alcohol and public health. *Lancet.* 2005;365:519-30.
19. Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. En: Ezzati M, López AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative qualification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risks factors. Vol 1. Geneva: World Health Organization; 2004;959-1108.
20. World Drink Trends. Henley-on-Thames (United Kingdom): Productschap voor Gedistilleerde Dranken and World Advertising Research Center Ltd., 2004.
21. Skog OJ. Public health consequences of the J-curve hypothesis of alcohol problems. *Addiction.* 1996;91:325-37.
22. Estudio de los hábitos de consumo de la población adulta española. Encuesta ICESA-GALLUP. Diciembre 1980. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública; 1984.
23. Suelves JM, Brugal MT, Cayla JA, Torralba L. Cambio de los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2001;117:581-3.
24. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Diaz DQ, Torralba L. Prevalence of problematic cocaine consumption in a city of southern Europe, using capture-recapture with a single list. *J Urban Health.* 2004;81:416-27.
25. Observatorio Español Sobre Drogas. Informe n.º 6. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2003.
26. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2004. Lisbon: EMCDDA; 2004.
27. Hall W, Degenhardt L. y Lynskey M. The health and psychological effects of cannabis use. Monograph Series n.º 44, 2.ª ed. Canberra: Commonwealth de Australia; 2001.
28. SAMHSA, Office of Applied Studies. National Survey on Drug Use and Health. National findings. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Service Administration; 2004.
29. Krau R, Patteson M, Ludmark V, Kiesler S, Mukopahyay T, Scherlis W. Internet paradox: A social technology that reduce social involvement and psychological well-being? *American Psychologist.* 1998;53:1017-31.
30. Blume SB. Pathological gambling. *BMJ.* 1995;311:522-3.
31. Lesieur HR, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in the therapeutic community. *Br J Addict.* 1998;83:765-71.
32. Proimos J, Durant RH, Pierce JD, Goodman E. Gambling and other risk behaviours among 8th to 12th grade students. *Pediatrics.* 1998;102:e23
33. Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit.* 2001;15:265-72.
34. Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, De la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc).* 2004;123:775-7.
35. Korn DA. Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. *CMAJ.* 2000;163:61-4.
36. Sproston K, Erens R, Oxford J. Gambling behaviour in Britain: Results from the British gambling prevalence survey. London: National Centre for social research; 2000.
37. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2003.