

Adicciones y Abstinencia en Escenarios de Crisis: Tabaco, Alcohol y Medicamentos

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Comunicaciones sin Infraestructura

Etiquetas: Sin etiquetas

Adicciones y Abstinencia en Escenarios de Crisis: Tabaco, Alcohol y Medicamentos

Según la Encuesta Nacional de Salud de España (2020), el 19,8% de la población adulta fuma a diario, el 7,4% consume alcohol de riesgo y aproximadamente el 5% tiene prescripción crónica de benzodiazepinas. A nivel mundial, la OMS estima que 1.300 millones de personas consumen tabaco y 283 millones tienen trastornos por consumo de alcohol. Esto significa que en cualquier grupo de supervivencia de tamaño razonable, es estadísticamente seguro que uno o más miembros tendrán dependencia a alguna sustancia. Cuando esa sustancia deje de estar disponible —y en una crisis prolongada, dejará de estarlo—, el síndrome de abstinencia no es solo un problema individual: afecta al rendimiento, la toma de decisiones, la convivencia y, en el caso del alcohol y las benzodiazepinas, puede constituir una emergencia médica potencialmente mortal. La farmacología de la dependencia, los timelines de abstinencia y las estrategias de manejo sin recursos médicos son conocimientos esenciales para cualquier grupo preparado.

Neurobiología de la dependencia: el modelo de Koob y Volkow

George Koob (director del NIAAA) y Nora Volkow (directora del NIDA) publicaron en 2016 un modelo neurobiológico integrado de la adicción que describe tres etapas cíclicas, cada una mediada por circuitos cerebrales distintos. Este modelo explica por qué la abstinencia es mucho más que «fuerza de voluntad»:

Etapas 1: Intoxicación y refuerzo positivo (ganglios basales): La sustancia activa el sistema de recompensa dopaminérgico del núcleo accumbens. La nicotina lo hace estimulando receptores nicotínicos colinérgicos que disparan neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral. El alcohol actúa sobre receptores GABA-A (inhibición) y glutamato NMDA (excitación), además de liberar opioides endógenos y dopamina. Las benzodiazepinas potencian directamente la acción del GABA, el principal neurotransmisor inhibitorio del cerebro. Con la exposición repetida, el cerebro desarrolla tolerancia: necesita más sustancia para el mismo efecto.

Etapas 2: Abstinencia y afecto negativo (amígdala extendida): La retirada de la sustancia produce un estado de hiperexcitabilidad neuronal compensatoria. Los sistemas de estrés cerebral (CRF, noradrenalina, dinorfina) se sobreactivan mientras el sistema de recompensa se hipoactiva. El resultado subjetivo es disforia, ansiedad, irritabilidad y malestar físico —un estado que Koob denominó «alostasis hedónica»: el punto de equilibrio del placer se ha desplazado y ahora el estado basal es negativo.

Etapas 3: Preocupación y anticipación (corteza prefrontal): La corteza prefrontal, sede de la toma de decisiones y el autocontrol, muestra hipoactividad en personas con dependencia (Volkow et al., 2011). Simultáneamente, los circuitos de memoria condicionada vinculan señales ambientales (ver un cenicero, oler alcohol, sentir ansiedad) con el deseo de la sustancia. El craving no es debilidad moral: es un circuito

neurológico que hijackea la toma de decisiones.

Abstinencia de nicotina: timeline y manejo

La nicotina tiene la tasa de recaída más alta de todas las sustancias (70-80% en el primer año), pero su abstinencia no es médicamente peligrosa. El síndrome de abstinencia se debe a la desensibilización de los receptores nicotínicos acetilcolinérgicos tras la regulación a la baja de los sistemas colinérgicos:

Período

Síntomas

Mecanismo

Manejo sin medicación

4-24 horas

Craving intenso, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud

Caída brusca de dopamina en el núcleo accumbens. Sobreactivación de receptores nicotínicos desensibilizados

Ejercicio físico: libera dopamina y endorfinas. Respiración profunda cuando aparece el craving. Masticar raíces o palitos (sustitución oral). Mantenerse ocupado con tareas que requieran concentración

1-3 días

Pico de síntomas físicos: dolor de cabeza, estreñimiento, aumento de apetito, insomnio, sudoración

Reajuste de múltiples sistemas neuroquímicos. La nicotina afecta a más de 200 procesos fisiológicos

Hidratación abundante. Infusiones de hierbas con efecto calmante (manzanilla, valeriana si está disponible).

Reducir cafeína (la nicotina acelera su metabolismo; sin nicotina, la misma dosis de cafeína produce más ansiedad)

1-4 semanas

Irritabilidad persistente, dificultad de concentración, craving episódico, tos productiva (los pulmones empiezan a limpiar mucosidad)

Repoblación gradual de receptores nicotínicos. Restauración de la función ciliar bronquial

La intensidad del craving dura solo 3-5 minutos por episodio: surfear la ola sin ceder. Técnica de las 4D:

Demorar, Distraerse, agua profunda (Deep breathing), Discutir con otro

1-3 meses

Cravings esporádicos disparados por señales condicionadas (estrés, comida, socialización). Mejora progresiva de concentración y ánimo

Extinción gradual de las asociaciones condicionadas. Recuperación del sistema de recompensa

Los cravings condicionados se extinguen con la exposición repetida sin consumo. Cada craving superado debilita la asociación. Ejercicio regular como sustituto de recompensa dopaminérgica

Planificación para fumadores en el grupo: Si el grupo incluye fumadores, considerar almacenar parches de nicotina en el botiquín de emergencia (ocupan poco espacio y duran años). Alternativamente, stockpile de tabaco de liar como recurso de trueque y transición. Un fumador en abstinencia aguda los primeros 3 días tendrá su capacidad cognitiva y tolerancia interpersonal significativamente reducidas: planificar que no sea

asignado a tareas críticas ni a negociaciones durante ese período.

Abstinencia de alcohol: emergencia médica potencial

A diferencia de la nicotina, la abstinencia alcohólica puede ser mortal. El alcohol potencia crónicamente la inhibición GABAérgica y suprime la excitación glutamatérgica. Cuando se retira abruptamente, el cerebro queda en un estado de hiperexcitabilidad que puede producir convulsiones y delirium tremens. Victor y Adams describieron el síndrome completo en 1953:

Período

Síntomas

Gravedad

Manejo sin hospitalización

6-12 horas

Temblor de manos, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia, insomnio

Leve-moderada. Escala CIWA-Ar

Hidratación con sales de rehidratación oral. Ambiente tranquilo, poca estimulación. Tiamina (vitamina B1) si está disponible: 100 mg/día para prevenir encefalopatía de Wernicke. Monitorizar signos vitales

12-24 horas

Posibles alucinaciones visuales o táctiles (alcohólicas) con nivel de conciencia preservado. El paciente sabe que las alucinaciones no son reales

Moderada. CIWA-Ar 10-18

Reasegurar al paciente: las alucinaciones son temporales y no indican «locura». Mantener hidratación. Si hay benzodiacepinas disponibles, administrar según protocolo (ver abajo). NO dar alcohol para «cortar» la abstinencia: solo retrasa y empeora el cuadro

24-48 horas

Riesgo máximo de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. 3-5% de los alcohólicos crónicos las desarrollan. Pueden ocurrir en racimos

Grave. Potencialmente mortal

Posición lateral de seguridad si hay convulsión. Proteger la cabeza. NO introducir nada en la boca. Si hay benzodiacepinas: diazepam 10-20 mg oral, repetir cada hora si persisten síntomas. La convulsión en sí suele autolimitarse en 1-2 minutos

48-96 horas

Delirium tremens en 5-10% de casos: confusión severa, alucinaciones vividas, agitación extrema, fiebre, taquicardia, hipertensión, diaforesis profusa

Emergencia médica. Mortalidad 1-5% con tratamiento, hasta 37% sin tratamiento (Mayo-Smith, 1997)

El delirium tremens requiere idealmente tratamiento hospitalario. Sin acceso médico: benzodiacepinas a dosis altas (si están disponibles), hidratación agresiva, enfriamiento si hay fiebre, monitorización continua. La persona NO debe dejarse sola. Puede durar 3-7 días

El delirium tremens mata: Un alcohólico crónico (consumo diario de más de 8-10 unidades de alcohol

durante años) que deja de beber abruptamente tiene riesgo real de morir por delirium tremens. Esto NO es exageración ni moralismo: es farmacología. Si en el grupo hay alguien con dependencia alcohólica severa y se anticipa que el suministro de alcohol se cortará, planificar una reducción gradual (tapering) en vez de un corte abrupto. Reducir un 10-20% diario durante 7-10 días es más seguro que la abstinencia súbita.

Abstinencia de benzodiacepinas y opiáceos

Las benzodiacepinas (diazepam, alprazolam, lorazepam, bromazepam) prescritas para ansiedad e insomnio producen dependencia física tras 4-8 semanas de uso continuo. Su abstinencia, al igual que la alcohólica, puede producir convulsiones y es potencialmente mortal porque ambas sustancias actúan sobre el sistema GABA:

Timeline de abstinencia de benzodiacepinas: Las de acción corta (alprazolam, lorazepam) producen síntomas en 6-8 horas: ansiedad de rebote, insomnio, temblor, taquicardia, hipersensibilidad sensorial. Las de acción larga (diazepam) tardan 2-7 días en manifestarse. El pico ocurre a los 7-14 días. Los síntomas pueden durar semanas o meses (síndrome de abstinencia prolongado). La reducción debe ser gradual: el consenso médico (Ashton Manual, 2002) recomienda reducir un 10% de la dosis cada 1-2 semanas, sustituyendo primero por diazepam (vida media larga, más fácil de reducir).

Timeline de abstinencia de opiáceos: Los opiáceos (tramadol, codeína, morfina, oxicodona) producen un síndrome de abstinencia extremadamente desagradable pero raramente mortal en adultos sanos. Inicio: 8-24 horas tras la última dosis. Pico: 36-72 horas. Duración: 5-10 días. Síntomas: dolores musculares intensos, diarrea, vómitos, sudoración, insomnio, ansiedad extrema, piloerección («piel de gallina» — de ahí «cold turkey»). Riesgo principal: deshidratación por vómitos y diarrea. Manejo: hidratación agresiva, ibuprofeno para dolores, loperamida para diarrea si está disponible.

Riesgo cruzado: policonsumo: Muchas personas combinan sustancias: ansiolíticos con alcohol, opiáceos con benzodiacepinas, tabaco con todo. La abstinencia simultánea de múltiples sustancias es más peligrosa y difícil. Si hay que elegir, priorizar la desintoxicación segura de alcohol y benzodiacepinas (riesgo vital) sobre la de nicotina y opiáceos (malestar intenso pero sin riesgo mortal directo).

Inventario farmacológico del grupo: Al formar un grupo de supervivencia, realizar un inventario confidencial de medicación habitual de cada miembro. No para juzgar sino para planificar. Saber que alguien toma benzodiacepinas diarias permite almacenar reserva para tapering gradual. Saber que alguien consume alcohol diariamente permite planificar la reducción. Este inventario puede salvar vidas. El estigma de la dependencia es un lujo que en supervivencia no nos podemos permitir: la información médica compartida es seguridad compartida.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.