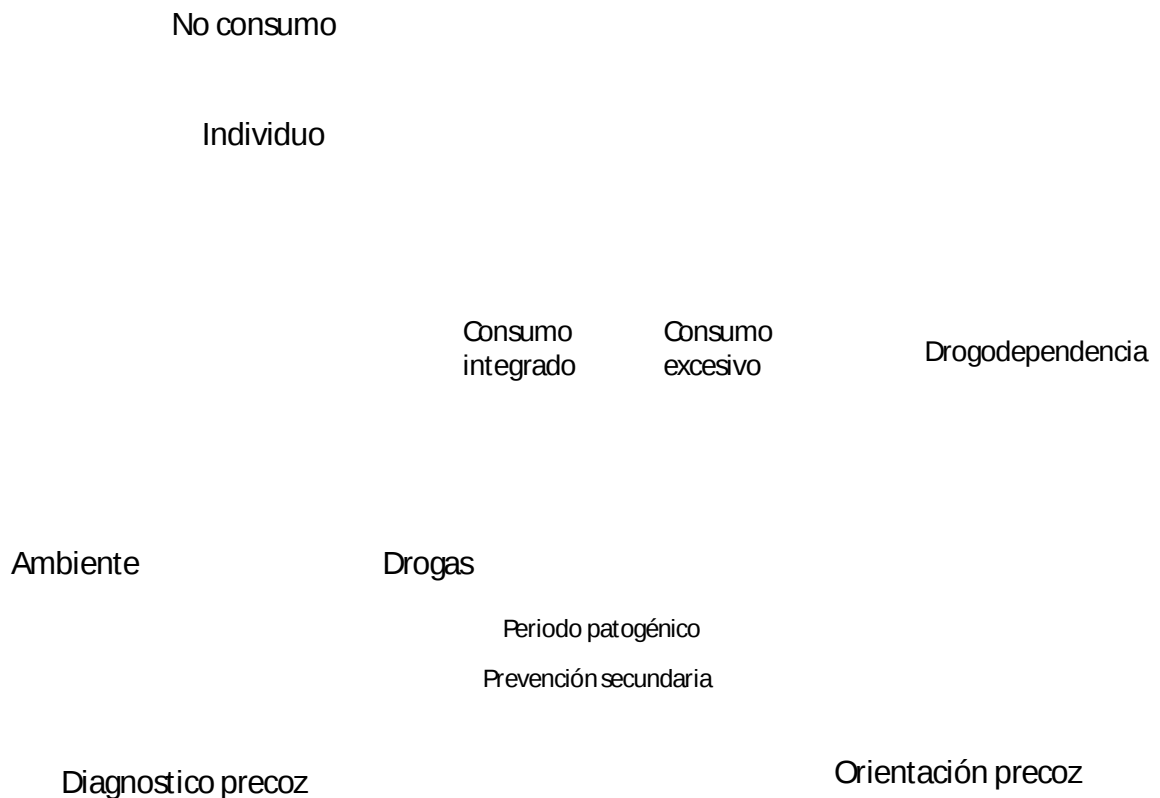




Terapia Ocupacional en Drogodependencias

CONCEPTOS BÁSICOS

- **Droga:** sustancia que administrada al organismo estimula, inhibe o perturba las funciones psíquicas, la salud y que pueden generar dependencia.
- **Dependencia:** estado psicofisiológico caracterizado por la necesidad del individuo de consumir droga para superar un malestar psíquico, físico o somático. La dependencia no tiene porque ser a droga.
- **Policonsumo:** consumo habitual de diversas drogas con diferentes potencialidades adictivas. Existen dependencias difusas a diversas sustancias en la práctica clínica.

Las personas dan función a las cosas con las que se relacionan. La dependencia no está siempre asociada a la droga, y existen dependencias sin clasificación.

Nunca ha existido una sociedad sin drogas. Han acompañado al hombre a lo largo de la historia, lo que da datos acerca de la naturaleza del hombre.

- **Prevención:** en términos comunes, nos referimos a intervenir antes de que aparezca algo de consecuencias negativas. Es un conjunto de acciones y medios. Existen diferentes tipos de prevención:
 - o Prevención primaria: eliminación o reducción máxima. Es subjetiva.
 - o Prevención secundaria: asistencia y tratamiento en los estados iniciales, lo antes posible y en el menor tiempo. En la práctica, algunos autores consideran que la detección precoz es el primer paso de la prevención secundaria, mientras otros piensan que debe ser el último de la primaria.
 - o Prevención terciaria: trata de paliar las secuelas de una enfermedad o trastorno. Su objetivo es la normalización social.

El proceso terapéutico o tratamiento tiene 3 fases:

- 1) **Desintoxicación:** busca que la persona supere la dependencia física. Aborda técnicamente el síndrome de abstinencia. Todas las drogas provocan dependencia psíquica, pero no todas producen dependencia física.
 - 2) **Deshabitación:** se encamina a vencer la dependencia psíquica.
 - 3) **Reinserción social:** progresiva integración o inserción del sujeto en el medio familiar y social, tratando de lograr una vida normalizada, autónoma y responsable. Es preferible el término de inserción, ya que reinserción hace referencia a volver a integrar, y algunos de estos sujetos nunca lo estuvieron.
- **Tolerancia:** está ligada a la dependencia física, ya que el organismo busca la homeostasis, incluido cuando se le incorpora una sustancia extraña.

- **UDVP:** usuarios de drogas por vía parenteral. Uso de inyección intravenosa para el consumo.
- **Síndrome de abstinencia:** ligado a la dependencia física, que se resuelve más fácilmente que la dependencia psíquica.

TIPOLOGÍAS DE CONSUMO

- 1) **Consumidor experimental:** el que toma una sustancia por primera vez.
- 2) **Consumo esporádico:** se da a partir del experimental. Se produce por factores del ambiente ajenos a la persona.
- 3) **Consumidor ocasional**
- 4) **Consumidor episódico:**

Algunos autores agrupan estos dos tipos de consumidores. Emplean las drogas en determinadas situaciones, para aspectos sexuales, etc. Sin las drogas, la situación no se desenvuelve igual, ya que funcionan como un refuerzo. Comienza a ser problemático el uso de las drogas. No implica una adicción estructural, pero sí un refuerzo psicológico.

- 5) **Consumidor problemático:** lo anterior, además de que el consumidor tiene problemas para hacer convivir sus hábitos de consumo con su vida normal. Ya es un caso problemático.
- 6) **Consumidor social:** emplea las drogas para abordar determinadas situaciones, de ocio, estrés, o una parte de sus relaciones sociales se vehiculiza mediante las drogas. Es problemático.
- 7) **Consumidor habitual:** las drogas interfieren gravemente en su vida y obligaciones.

- 8) **Consumidor dependiente:** la droga es el motor de la vida del consumidor, y se sitúa antes que cualquier otra cosa.

Factores de riesgo en el consumo de drogas

2. Factores psicológicos de vulnerabilidad del individuo:

2.1. Rasgos de personalidad:

Todos tenemos rasgos de personalidad diferentes, por ejemplo, en unos predominan aspectos más emotivos, y en otros aspectos más racionales.

No existe una personalidad pre toxicómana concreta, aunque la comunidad científica admite que si pueden existir comunidades de rasgos predisponentes.

- Las personas con rasgos de búsqueda de sensaciones, impulsividad e incapacidad para demorar las satisfacciones:
 - o Tienden a consumos precoces.
 - o Preferencia por estimulantes, psicodislépticos y alcohol.
- La baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración e inseguridad:
 - o Drogas depresoras y alcohol.
- Propensión a la desviación: personas que se adaptan mal a las normas sociales, leyes, tendencia general, tienden a:
 - o Poliadicciones, simultáneas o sucesivas.
 - o Th. Lacey y Evans: Trastorno multi impulsivo de personalidad, personas impulsivas en torno a la búsqueda y consumo y satisfacción inmediata de sus demandas.

2.2. Trastornos de la personalidad:

Hablamos de trastorno cuando alguien tiene un amplio abanico de respuestas ante situaciones ambientales. El criterio para medir nuestro nivel de salud mental es la capacidad adaptativa del individuo.

Se habla de trastorno de personalidad cuando no se tiene una capacidad adaptativa.

- Trastorno antisocial, (P.A.S., sociopático o disocial): trastorno identificativo, cuya característica principal es la poca empatía o capacidad para ponerse en el lugar del otro y respetarlo, y por la dificultad para esperar satisfacciones.

Aparece en heroinómanos, policonsumidores y alcohólicos.

Cuando el P.A.S. se asocia con alcoholismo familiar u otras adicciones familiares existe más riesgo, sobre todo para que se produzca alcoholismo prematuro.

- Personalidad Borderline:

Se define al sujeto como “barrado”. La barra representa la falta, que sitúa al sujeto en el deseo, (deseo porque tengo faltas). Si la persona se sitúa en torno al deseo, será neurótico, psicótico o psicópata.

- a) Neurótico: exceso en el deseo, pero se caracteriza porque sabe quien es, (tiene identidad). Por ejemplo, sabe que tiene varios hermanos, pero que es él mismo y ninguno de sus hermanos. Sufre porque siente que su identidad no tiene valor desde su punto de vista.
- b) Psicótico: identidad problemática, ya que no llega a tenerla por no poder articular una identidad configurada, (ejemplo del espejo roto). Cuando quieren tomar una identidad la toman prestada, u oyen voces.
- c) Psicópata: trastorno perverso de psicopatía. Admite la identidad para luego negarla. No le gusta la realidad y por eso la niega. Heroinómanos, conductas multi-impulsivas y alteraciones psicopatológicas.

2.3. Trastornos mentales de estado

- Trastornos afectivos, mayoritariamente depresivos.
- Trastorno de ansiedad generalizada, (continua alarma), ataques de pánico y fobias.
- Reacciones de estrés, (las drogas resuelven baja autoeficiencia, con efectos euforizantes y alivio de tensión)
- Esquizofrenia: facilita el efecto neuroléptico, (sedación para ausencia de placer) de los opiáceos y la yatrogenia, (efecto de un medicamento que por mal uso provoca efectos negativos), favorece el uso de estimulantes.

3. Factores medioambientales; desde la óptica personal.

3.1. Familia:

- Conductas tóxicas o desadaptadas que se deben valorar, producidas por:
 - a) Modelo: patrones tóxicos familiares y permisividad.
 - b) Marginalidad: pobreza, abandono...
 - c) Malos tratos.
- Exposición temprana a sustancias en un entorno permisivo.
- Antecedentes de alcoholismo familiar.
- La cohesión familiar es un factor protector.

3.2. Grupo de amigos o iguales:

- Influencia poderosa en la adolescencia, (aproximadamente a los 14 años) y decisiva en el inicio del consumo).
- Ferguson estudio longitudinalmente 935 adolescentes; el sexo masculino tiene un importante consumo a los 14 años, y con grupo de amigos consumidores a los 15.

3.3. Clima social:

- Varía de una sociedad a otra, entre diferentes drogas y en la misma comunidad.

- Una cultura húmeda permite y da diferente sanción que una cultura seca.

CONSOLIDACIÓN CONDUCTA TÓXICO-FÍLICA:

- A mayor exposición ambiental, menos necesidad de susceptividad del individuo.
- Los adolescentes inician el consumo experimentalmente dentro de su proceso evolutivo.
- Hábito: consecuencia de un proceso dinámico entre proceso y ambiente. Existen diferentes interpretaciones:
 - a) Conductuales: asociación entre recuerdos de consumo y experiencias positivas. El comportamiento adictivo se refuerza por los factores ambientales.
 - b) Psicodinámicos: dicen que el toxicómano tiene una relación narcisistamente perversa con la droga.
 - c) Automedicación: alivio de malestar a través del consumo.
- Remisión conducta tóxico-fílica: forma parte de la transición adolescente – adultez, influye el cambio de rol y el estatus, la cultura de referencia y oportunidades, (grupo de amigos y disponibilidad de drogas).
- Cesión espontánea: poco estudiada en adultos y consumidores de cocaína.
 - o Raskin: cesión de consumo entre no dependientes de cocaína, relacionada con tener menos amigos consumidores, mas experiencias físicas negativas y no presentar factor de maduración.

MODELO DE ESTADIOS DE CAMBIO:

Toxicómano: consumidor continuado y problemático de drogas, cuya conducta está arraigada a su personalidad, a diferencia de los drogodependientes, cuyo consumo

se asocia a otros factores, como los de tipo ambiental. Es muy complicado que un toxicómano abandone la droga.

El modelo plantea la gestión del tiempo valorando las situaciones reales. Es independiente del tipo de droga.

Establecen la valoración de la autopercepción del sujeto en relación a su adicción.

En función de la conclusión que se saca, se le sitúa en 1 estadio, y en función de éste, se procede. Se trata de un modelo de base sencilla.

FASE 1: Precontemplación

Características:

- El sujeto no cree tener ningún problema, o piensa que lo tiene tan grande que le sobrepasa.
- Actitud defensiva; no planea el cambio, al menos en 6 meses.

Estrategias:

- Información sobre como se encuentra.
- Favorecer la autoeficiencia; creencia en la capacidad de cambio.

FASE 2: Contemplación

Características:

- Ambivalencia ante el consumo; reconoce que tiene un problema pero no se compromete a corregirlo.
- Abierto a información y sugerencia de cambio.
- Intención de cambio a largo plazo, pero sin concretas.

Estrategias:

- Ayudar a desarrollar habilidades para el cambio.

- Ayudar a organizar el plan de cambio.
- Ofrecer material de apoyo.

FASE 3: Acción

Características:

- Toma de control para hacer cambios, (suelen ponerse en situación victimista).
- Si los cambios se sostienen durante 6 meses, entrarían en la frase siguiente.

Estrategias:

- Ofrecer apoyo.
- Ayudar a prepararse ante posibles problemas.
- Se debe ser realista.

FASE 4: Mantenimiento

Características:

- Persiste una nueva conducta, que incluye la posibilidad de recaída.
- Dura entre 2 y 3 años, (la amenaza de caída disminuye al aumentar el tiempo de mantenimiento).

Estrategias:

- Ayudar a prepararse ante posibles problemas.

FASE 5: Recaída

Características:

- Retomar conductas previas, con sentimientos de fracaso, es decir, consumo más conductas asociadas a éste, no solo probar la droga en si.

Estrategias:

- Ayudarle a comprender los motivos de la recaída.
- Dar información sobre el proceso de cambio, personalizada.
- Facilitar la confianza en su capacidad de cambio.
- Ayudar a hacer planes para el próximo intento.
- Ofrecer apoyo cercano.
- Facilitar la facilidad de cambio.

Los que se sienten derrotados precisan sensación de éxito, ya que el fracaso se refuerza a sí mismo.

CARACTERÍSTICAS DEL CONSEJO, (EN LA ENTREVISTA):

- Clima empático.
- Personalizar la intervención.
- Informar de riesgos si persiste la conducta adictiva.
- Relacionar signos negativos que presente el paciente con la adicción.
- Mostrar aspectos positivos.
- Definir objetivos y metas claramente, (generales y concretos).
- Ofrecer alternativas.

TIPO DE CONSEJO:

- Simple: 5 minutos, dando información, mejor escrita y recomendaciones para disminuir el consumo parcial o totalmente.
- Breve: más de 15 minutos. Es una especie de seminario educativo, apoyándose en material escrito y gráfico.

Los programas asistenciales tienen 3 apartados:

- 1) **Prevención**
- 2) **Asistencia**
- 3) **Incorporación social**

La asistencia tiene 3 niveles de demanda:

1) Se corresponde con la atención primaria:

- a) **Salud**
- b) **Servicios sociales**
- c) **Salud mental**

En este primer nivel son derivados el grueso de los pacientes.

2) Eje: son centros especializados en el tratamiento de conductas adictivas.

Parte de los drogodependientes ya se quedan en este punto. En el eje se valora, diagnostica y se define la asistencia. Existen diferentes centros:

- **Centros o dispositivos:** recursos o unidades, (conlleven un espacio físico). En ellos se desarrollan programas, y los programas se articulan mediante protocolos.
- **Programas:** intervenciones diferentes según la situación, lugar o paciente.
- **Protocolos:** marcan unos pasos para llevar a cabo las intervenciones.

Este servicio se puede dar en diferentes tipos de centros:

- **Servicio de tipo dispensario:** anexos a los centros, que se centran en dar apoyo y prescribir metadona, (ambulatorio).
- **Unidades móviles:** son diferentes, pero se desplazan con horarios y ubicaciones fijas. Se ofrece metadona más programas de

disminución de daños, (jeringuillas y asesoramiento). Sólo se da en grandes ciudades.

3) 3 tipos de centros, regulados por el eje:

- **Unidad de desintoxicación (hospitalaria):** mientras el paciente esté ahí, permanece en régimen completo de 24 horas.
- **Unidad de día, (hospitalaria):** La unidad de día también es hospitalaria, pero de régimen parcial.
- **Comunidad terapéutica, (residencial):** se trabajan aspectos más sociales.

PROGRAMAS ASISTENCIALES

Los programas asistenciales de dependencia son muy protocolarizados, ya que el plan de dependencia es relativamente joven. Están elaborados por gente con menos experiencia, pero sus programas están muy ordenados y bien establecidos.

1) Programa de información, orientación y acogida:

- Población receptora.
- Justificación.
- Objetivos.

2) Programa de tratamiento libre de drogas, (PTLD):

Se centra en mantener la abstinencia, en el que el eje sobre el que se centra es sobre todo de carácter psicoterapéutico, (no emplea fármacos para eliminar la conducta adictiva), haciendo hincapié en lo psicológico y social.

- Población receptora: sujetos que evolucionan en otros programas hasta llegar a este.
- Justificación.
- Objetivos.

❖ **Antagonistas de la heroína: *naltresona* y *nanosona*, (opiáceos).**

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON DERIVADOS OPIÁCEOS:

1) Programa de agonistas opiáceos, (deshabitación):

Fin inicial: control de la dependencia a opiáceos, (paso de la heroína, normalmente, a otros, con menos riesgos, por ejemplo por ser de vía oral en vez de inyectada).

Su fin es la deshabitación total.

Está dirigido a dependientes de opiáceos para los que no se considere factible el abandono de opiáceos.

Mayoritariamente se usa metadona, aunque también otros como la buprenorfina, (agonista asimilado a la heroína), y efectos antagonistas. La buprenorfina se emplea menos que la metadona, ya que tiene una vida media más larga, y se pierde mucho de vista el paciente.

2) Programas de tratamiento con antagonistas opiáceos:

Antagonizan los opiáceos. Sobre todo se emplea naltrexona y buprenorfina. La buprenorfina impide el acceso de los opiáceos a sus receptores, ocupándolos antes. No se suele usar solo, sino acompañado por otros programas de prevención de recaídas o disminución de daños. Por si solo no funciona, hay que emplearlo como programa de apoyo.

Su población receptora son usuarios de opiáceos con:

- Escaso grado de deterioro biopsicosocial, buena motivación para abandonar el consumo, y que puedan beneficiarse de una medida de contención farmacológica en relación con el deseo de consumo. No es útil para gente que lleva poco tiempo enganchada.
- Fracasos anteriores en programas de tratamiento libres de drogas.
- Pacientes con evolución favorable en otros programas, y como paso intermedio a programas de tratamiento libres de drogas.

Programas de tratamiento con interdictores de alcohol, (PTIA):

Los interdictores de alcohol actúan a nivel hepático para que sea posible la metabolización del alcohol. Es necesaria en el proceso la intervención de la enzima aldehído nitrogenasa.

Estos fármacos bloquean a la enzima, por lo que cuando llega el alcohol no actúa, provocando una intoxicación etílica alcohólica. El paciente se pone mal, con taquicardia, asfixia, enrojecimiento, calambres...

Se debe hacer una exploración cardiovascular y hepática antes de dar este programa. No se debe aplicar sin conocimiento del paciente. Es mejor que un familiar se responsabilice de su empleo, ya que conlleva ciertos riesgos físicos.

Su población receptora son pacientes con dependencia al alcohol y que pueden beneficiarse de una medida de contención farmacológica en relación al deseo de consumo.

CRAVING: Impulso a consumir.

Un ejemplo de anticraving es la naltrexona, además de actuar como antagonista en alcoholismo y otras dependencias.

Los programas de desintoxicación solo intervienen sobre sustancias que producen dependencia física, no psíquica. Todas las sustancias producen dependencia psíquica, pero no todas producen dependencia física.

Existen 3 modalidades de desintoxicación dentro de la red del Programa de Desintoxicación de Galicia, (PGD):

1) **Domiciliarias:** se dan muy pocas actualmente, y no porque no sean efectivas, sino porque resultan muy costosas. Son del mismo tipo que las ambulatorias.

2) **Ambulatorias:** existen 2 subtipos:

a) **Clásicas:** llevan más tiempo. Se da una disminución progresiva de la sustancia que produce dependencia, de forma diaria o cada dos días. No se hacen en hospitales, ya que consumen muchos recursos.

b) **Cortas.**

3) **Hospitalarias:**

- a) **Ultracortas:** se desecharon en el sistema público porque los resultados no son efectivos. Las recaídas son muy frecuentes. Duración entre 1 y 2 días.
- b) **Cortas:** 1 o 2 semanas de duración. Se disminuye entre la mitad o un tercio de la sustancia bruscamente de entrada para los opiáceos.

Los pacientes van al hospital cuando:

- Existe un fracaso repetido ambulatoriamente.
- La situación física del paciente hace recomendable la estancia hospitalaria para prevenir riesgos.
- Existe una patología psiquiátrica acompañante.

El embarazo está contraindicado en la desintoxicación, ya que produce sufrimiento fetal. Pero sí se puede dar un programa de mantenimiento para llegar al parto con la dosis mínima. Lo máximo que se puede dar es una desintoxicación clásica. Sino el niño tendrá síndrome de abstinencia.

Programas de tratamiento para dependencia a psicoestimulantes:

Fundamentalmente son de tipo comportamental. Se puede dar en 2 formatos, individual o grupal, no incompatibles entre sí. Existen 4 categorías de consumidores de psicoestimulantes.

Subprograma de tratamiento de disminución del daño:

Trabajan, más que sobre la adicción en sí, sobre sus efectos colaterales, es decir, problemas asociados: disminución de contagios, acceso a ayudas, mejorar relaciones sociales y familiares... Intervienen en el aspecto físico y psicosocial, pero sobre sus efectos, más que sobre la adicción.

Subprograma de prevención de recaídas:

Reforzamiento de conductas para anticiparse y enfrentarse a las presiones y problemas que pueden conducir al paciente a una recaída.

