

TEMA 1: CONCEPTOS Y DEFINICIONES EN TOXICOMANÍAS

Toxicómano:

Cuando hablamos de toxicomanía hablamos de **adicción a sustancias**.

La adicción a la heroína es un problema que causa una gran **alarma social**.

Se considera la drogodependencia como una **patología** y no va a desaparecer porque:

- es un buen negocio
- mucha gente no sabe vivir sin drogas
- La droga existe desde que existe el hombre.

Muchos toxicómanos no son conscientes de que esa adicción es perjudicial.

Las anfetaminas, cocaína y cannabis son denominadas drogas traidoras puesto que no avisan del daño cerebral.

En el caso de la heroína bastan dos días para que se dé la adicción.

Noción de efecto estereotipado: La gente toma droga porque necesita modificar su estado de conciencia. Cada droga tiene su efecto primario que puede verse modificado por variables individuales de cada persona.

La toxicomanía es el resultado de un **triple sistema de acción:**

- – nivel químico
- la propia persona (carácter, forma de ser...)
- nivel social (contexto social familia, comunidad educativa...)

Una droga no tiene solo efectos principales a nivel físico, es también importante su efecto a nivel social; Familia, escuela, sociedad.

Parámetros psicofarmacológicos:

- ADMINISRACIÓN – vía parenteral: inyección subcutánea, intravenosa e intramuscular: efecto instantáneo

esnifado (heroína)

fumado e inhalado (cannabis, heroína, cocaína...)

comido, tragado

rectal

- ABSORCIÓN: como penetra a partir de su punto de introducción
- DISTRIBUCIÓN como se reparte la droga entre las diversas partes del organismo
- ACCIÓN como actúa en el organismo
- DISOLUCIÓN neutralización o proceso metabólico.

Las dosis son muy importantes en el consumo y en la adicción.

La toxicomanía proviene de la palabra **adicto= esclavitud** Estado de intoxicación crónico o periódico engendrado por el consumo de una droga natural o sintética.

Características:

- **invencible deseo** de seguir tomando droga y tomarla por todos los medios
- tendencia a aumentar las dosis (tendencia a la tolerancia)
- dependencia física y psíquica a los efectos de la droga
- Produce efectos perjudiciales para él y para su entorno social.

Habitución:

Resultado del consumo repetido de una droga.

Características:

- **deseo no compulsivo** de tomar la droga por su efecto placentero
- poca tendencia de aumentar las dosis
- Cierta dependencia de tipo psíquico pero no físico.
- Perjudicial solo para el individuo y no para la sociedad.

Medicamento, droga:

Sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o varias de sus funciones.

Droga causante de dependencia: es aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos.

Abuso:

Uso excesivo persistente o esporádico que es incompatible con el empleo médicamente aceptable.

Dependencia psíquica:

Tendencia al uso de un agente porque sus efectos son **fuentes de placer o satisfacción** (esquiar, ver la tele, droga...). Nos damos cuenta de esta dependencia cuando nos retiran ese agente. La dependencia del placer y la afectiva son conceptos diferentes.

En el toxicómano la dependencia psíquica es muy fuerte, mas que la dependencia física.

Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

Dependencia física:

Se crea en ciertos tejidos del cuerpo por la presencia continuada de una sustancia. La base de estas percepciones es la neurona.

Es un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de **intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración** de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista

específico. Esos trastornos, esto es, los **síndromes de abstinencia**, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga.

Tolerancia:

Resistencia corporal o de los tejidos a los efectos de una droga en la que se necesitan dosis más elevadas para reproducir el efecto inicial.

Características:

- solo se da durante el consumo
- reacción de tolerancia hace que aparezca más rápidamente (LSD)
- hay que crear una tolerancia más lentamente (alcohólicos, morfinómanos)

Cada droga tiene distinta tolerancia.

Hay dos tipos:

- **Tolerancia inversa:** la generan algunas drogas como los alucinógenos.

Consiste en obtener los mismos efectos con dosis inferiores

Es una tolerancia farmacológica que puede estar mediatizada por factores psicológicos.

- **Tolerancia recíproca:** Un individuo que ha desarrollado tolerancia a una droga se hace tolerante a otras drogas cuyo efecto es semejante como es el caso de los opiáceos y benzodiacepinas.

TEMA 2: CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS: BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LAS DROGADICCIONES

Desde el punto de vista sociológico las drogas son clasificadas como legales e ilegales esto es un gran error ya que por ejemplo el alcohol es una droga legal pero es la que más muertes causa y la más consumida.

Desde el punto de vista de la peligrosidad encabezaría la lista la heroína.

DISTINTAS CLASIFICACIONES DE LAS DROGAS:

Clasificación según los fenómenos que desencadena la droga:

- **drogas que producen dependencia física y psíquica y tolerancia:**

1) derivados de opio: heroína, codeína, morfina...

Drogas sintéticas sustitutorias de los opiáceos: metadona

La metadona no deriva del opio pero tiene sus mismo efectos. Se utiliza en tratamientos de sustitución: se sustituye la droga ilegal nociva como la heroína por una droga legal bajo prescripción médica esto se hace porque los efectos nocivos de la metadona son menores que los de la heroína.

Efectos nocivos:

- económico delincuencia

- Con la metadona desaparece el síndrome de abstinencia por la heroína, desaparece el sufrimiento físico.
- La metadona no inhibe el apetito como lo hace la heroína: el paciente recuperara peso
- Con la metadona el paciente podrá recuperar su higiene personal
- Su entorno más inmediato le vera más normal que en estado de necesidad de heroína.

Evidentemente este no es el tratamiento ideal ya que debe durar prácticamente toda la vida pero permite la reinserción del toxicómano a diferentes niveles como laboral, social, educativa...

La metadona también se usa en el caso de algunas desintoxicaciones de heroína. Cuando el toxicómano no quiere fármacos se va disminuyendo la dosis y esta reducción se hace con metadona. Cuando la dosis de metadona es de unos 10mg se corta de golpe tratado con benzodiazepinas que permiten que no haya sufrimiento físico.

También es usada en casos de enfermedades graves en toxicómanos que no se pueden quedar sin su dosis, o con las mujeres embarazadas que consumen opiáceos. Estos se pueden suprimir, se trata con metadona y cuando nace el niño se le trata la adicción a esta.

La metadona produce dependencia física pero no psicológica como la heroína.

El heroinómano necesita la dosis para estar normal, solo ha gozado de la heroína las primeras veces, la metadona no produce este placer psicológico.

2) tranquilizantes o ansiolíticos

3) Alcohol

• Drogas que solo producen dependencia psíquica y tolerancia:

- anfetaminas y metanfetaminas: speed si se suprime su consumo no hay dolor y esto es porque no hay dependencia física.
- LSD: alucinógenos los efectos duran 24–36 horas y para nuevas dosis se exige un descanso, sino no causan esos efectos enorme tolerancia
- Cocaína: es la que más dependencia psíquica genera.

Actualmente en vez de cocaína: crack: base de coca y amoníaco cristalizado, esto se fuma y crea dependencia física.

• Drogas que solo producen dependencia psicológica:

Estas son el cannabis y sus derivados. A la larga los problemas derivados no tienen solución como las psicosis cannabicas.

Clasificación de Porrot:

Parte de la idea de que se cae en una drogadicción por alguna razón.

- **TOXICOMANÍAS IATROGÉNICAS:** Son aquellas que tienen una justificación. Están ligadas a personas que tienen una enfermedad grave y muy dolorosa, el dolor se trata con morfina y algunas veces el paciente se engancha a esta sustancia.
- **TOXICOMANÍAS POR PERSISTENCIA:** Al principio son justificadas y luego no lo son. Este es

el ejemplo de las personas que empiezan un tratamiento con ansiolíticos (benzodicepinas) y siguen consumiendo porque creen que no pueden vivir sin esa sustancia y que les ayuda a estar mejor.

- **TOXICOMANÍAS PRIMITIVAS POR PERVERSIÓN:** Un sujeto se droga para olvidar un apena, buscar sensaciones nuevas o buscar placer. Un factor importante en este tipo de toxicomanía es si el sujeto tiene una personalidad débil o padece algún trastorno psicológico o psicopatológico.
- **TOXICOMANÍAS PSICOPATOLÓGICAS:** Otro autor como Olievenstein fue el padre de la atención a toxicómanos en París a principios de los 60, dice que estas son las auténticas toxicomanías. Presentan una patología psiquiátrica previa y por eso caen en la toxicomanía.
- **TOXICOMANÍAS SOCIOCULTURALES:** Se debe a factores sociales y culturales, a modas y actitudes. Las toxicomanías en Europa se han ido generalizando a partir de los 60. Hasta el momento se usan las drogas con fines místico– religiosos.

La **moda actual:** Anfetas o pastillas(no saben lo que consumen) esta moda está asociada a un problema narcisístico, a una falsa idea de adultez, constante búsqueda de felicidad esta droga transforma la necesidad de ser más, produce un falso optimismo. Es una moda muy cambiante, muchos de estos consumidores son ahora heroínómanos. Toman heroína para calmar los disparos psicóticos de la anfetamina y acaban adictos.

Clasificación de Lewin (1927)

- **Drogas euphoricas:** Eventualmente influyen en las funciones de la motividad y percepción y provocan una situación más placentera y agradable.

– opio

- morfina
- cocaína: actualmente no podría incluirse. Antes se usaba como antidepresivo.
- Codeína: derivado opiáceo. Se usa mucho en farmacología.

- **Drogas fantásticas:** Producen ilusiones. Producen modificaciones de conciencia, alucinaciones, fantasías...

- hachís
- cáñamo
- alucinógenos
- amapolas
- amanita...

- **Inebrantia:** Después de una primera excitación cerebral da lugar a una depresión.

- Alcohol
- Eter

- **Hipnótica:** Agentes inductores del sueño

- benzodicepinas
- Algunas que ya no existen: cloral, beronal...

- **Excitantes:**

- coca–cola

- Té
- café
- cacao
- guaraná
- alcanfor

Clasificación canadiense (1969) OMS

Tiene en cuenta al organismo o persona con todas sus funciones biológicas y la composición del producto y en que parte del SNC actúa. Estudio es uso terapéutico, peligros para la salud, aspectos legales e ilegales... Aspectos biopsicosociales.

- Sedantes hipnóticos: benzodicepinas...
- Drogas o productos estimulantes: en relación con el SNC

Anfetaminas y metanfetaminas

Medicamentos para la depresión y obesidad.

Cafeína

Cocaína

Nicotina

- Drogas psicodélicas y alucinógenos: LSD, compuestos naturales...
- Estupefacientes opiáceos: morfina

Heroína

Codeína

Etc...

– ilegales y nocivas

- Disolventes volátiles: gasolina

Eter

Pegamentos

Productos de limpieza

Tripcloetileno

Cloroformo

- Analgésicos no estupefacientes: aspirina
- Antidepresivos clínicos
- Tranquilizantes: derivados de las benzodicepinas

BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Factores que condicionan globalmente las drogodependencias:

Potencial adictivo de las drogas: las más gratificantes son las que más dependencia crean.

Refuerzo positivo: función fisiológica subyacente al placer que se produce placer psicológico muy potente.

DROGAS

Refuerzo negativo: cuando no tenemos la droga se produce displacer, ansia, ganas de tenerla...entonces se produce un placer cuando consigo la droga, hecho que refuerza el acto de pasar del displacer al placer.

Individuo, sujeto que consume la droga: ¿Por qué algunas personas se hacen toxicómanas y otras no?

- **etapas de la vida del individuo:** adolescencia: etapa de riesgo
- **diferenciación sexual ??** : hay 7 veces mas toxicomanos que toxicomanas.
- **Carga genética:** predisposición neuroquímica y caracterial como pasa por ejemplo con el alcohol.
- **Factores psicológicos o psicopatológicos.**

Ambiente social: Muy importante: familia tanto en la genesis como en el mantenimiento de la conducta adictiva.

Sociedad actual: consumismo

Publicidad crea falsas expectativas...

La **intervención** se suele hacer desde un modelo biopsicosocial surge como reacción a los modelos biologicistas de la salud mental, a las teorías cognitivas hasta que se llega a este modelo que aborda al sujeto en su totalidad. Es un abordaje interdisciplinar, los distintos especialistas interactúan.

ambiental

Hay **factores de vulnerabilidad** a nivel: individual

Del producto

- **droga:** es fuente de placer.

Pueden actuar de distintas maneras, excitando o tranquilizando y es ahí donde está el placer.

Al producirse situaciones gratificantes se produce un refuerzo positivo => ganas de volver a consumir

También se produce un refuerzo negativo cuando se tiene la necesidad de ingerir la droga y se da un estado de displacer.

Cada droga tiene un potencial aditivo diferente, las que mas placer producen son los opiáceos y sus derivados.

- **individuo:**

enfermedades

– A nivel biológico: personas con dolores

predisposición genética a enfermedad

A nivel psicológico: todos somos distintos por ambiente, genética, desarrollo distinto de la personalidad...

Hay que tener en cuenta a las personas con los trastornos psiquiátricos ocultos que al tomar la droga explotan o los trastornos no ocultos.

ambiente social: política de prevención en la escuela, sociedad, familia....que son ejes de comunicación y socialización.

MODELOS EXPLICATIVOS:

¿ Que explican los **modelos biológicos**? Se centran en aspectos orgánicos.

Modelo de enfermedad: se aplica sobre todo en el alcoholismo que parece ser que tiene gran predisposición genética.

Modelo de la automedicación: Explica que el toxicomano toma la droga para aliviar sus inquietudes, problemas... para calmar fuentes de sufrimiento intrapsíquico de manera consciente o inconsciente (ejemplo: trastorno de evitación)

Modelo de exposición neurobiológico: ciertas zonas del cerebro al exponerse a las drogas estas actúan en los centros de recompensa como reforzadores cerebrales.

Modelos psicológicos:

teorías aprendizaje

teorías psicoanalíticas

postulados conductistas: explican desde el condicionamiento operante como y porque se consumen drogas y como y porque se crean las adicciones.

Postulados cognitivistas: Bandura, modelado, modelo de adaptación (los toxicómanos son deficitarios en recursos personales y resolución de problemas)

Modelo social: como percibe el toxicomano y como este influye en él.

Modelos sociológicos: Aquí incluimos a la familia. Relacionado con la cultura y la civilización. Factores educativos en la génesis y mantenimiento de la adicción.

Bases neurobiológicas desde el punto de vista biológico:

Los test psicofarmacológicos:

1º) Test de preferencia condicionada de lugar: Condicionamiento psicológico a través de inyección fisiológica. Consiste en simultanear una administración de drogas y aspectos estimulantes y al otro grupo se le introduce placebo en un contexto distinto. Estos estímulos ambientales pueden ser colores, iluminación, colocación de la caja ...

FASES: – Preexposición: colocamos los animales en el habitáculo dividido en dos partes distintas (A y B) y se deja que lo exploren unos 15 minutos.

– fase experimental: ratas A inyección placebo

ratas B inyección de cocaína en dosis muy pequeñas.

Dejamos a las ratas salir de sus habitáculos pero, ¿qué ocurre cuando vuelven a entrar? Las ratas del placebo se mueven indistintamente de un lugar a otro y las de cocaína van directamente al lugar donde se les inyectó la cocaína.

Esto se produce porque la cocaína produce placer y eso condiciona los estímulos ambientales del habitáculo. Esto indica que la experiencia con la droga fue recompensante y busca otra vez esa recompensa.

2º) test de autoadministración de la droga: Condicionar al animal para la autoinyección de la droga a través de un catéter por la presión de una palanca en el habitáculo. La forma más frecuente es la administración intermitente (varios toques a la palanca para que salga la droga)

El animal se autoadministra, cuando los efectos desaparecen presiona otra vez.

En el caso de la cocaína el animal la elige aunque se le ofrezcan otras drogas alternativas, hasta el punto que se le ofrece a la rata alimento y lo rechaza por la cocaína aún estando días sin comer.

- búsqueda de droga: conducta principal.

La droga suprime la conducta instintiva de supervivencia en el animal.

Añadimos ahora una descarga eléctrica a la palanca de la cocaína (estímulo aversivo) y aún así sigue presionando la palanca.

La droga produce gran dependencia. La cocaína tiene un efecto de refuerzo positivo.

3º) test de autoestimulación intracraneal: Estimulación eléctrica a través de electrodos en el cerebro por presión de palanca. El impulso eléctrico estimula una zona concreta del cerebro.

Estos micro electrodos están conectados a zonas que producen placer con lo cual el animal al recibir la descarga se encuentra bien. Cuando se le administra cocaína la prefiere a la estimulación por electrodos, esto ocurre porque la droga actúa directamente en el cerebro.

SISTEMA CEREBRAL DE RECOMPENSA Integrado por las vías dopaminérgicas.

Nucleus accumbens Zona muy pequeña y muy ramificada con haces nerviosos a todas las partes de la corteza cerebral. Muy relacionado con todo lo que tiene que ver con los sentidos. Recoger la información relacionada con la recompensa y con el placer. Es la zona que más se estimula con la droga.

Después de administrar un opiáceo se administra un antagonista que produce el fin del placer. El antagonista neutraliza la rata deja de tener placer y de apretar la palanca porque el antagonista hace el mismo recorrido que los receptores dopaminérgicos de la heroína. Existen zonas cerebrales encargadas del placer de las drogas.

TEMA 3: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA DROGADICCIÓN Y EL CONSUMO DE DROGAS

• INTRODUCCIÓN:

Desde que el hombre es hombre entra en contacto con las drogas naturales. Siempre se han consumido drogas pero de manera diferente y con fines distintos.

S.XVII guerra del opio: China era el mayor consumidor de opio y los ingleses eran su gran proveedor. Cuando se prohíbe el consumo de opio en China, esta e Inglaterra entran en conflicto.

• **UTILIZACIÓN DE LAS DROGAS EN CULTURAS PASADAS:**

PRIMITIVAMENTE la droga ha estado asociada a lo sagrado y lo religioso y se ha utilizado en las fiestas dedicadas al culto. Esto también ocurre hoy en día en algunas tribus de zonas de América del Sur, África y Asia mientras que este tipo de consumo casi no existe en Europa.

AQUELARRES Nuestros antepasados aquí usaban setas alucinógenas

En unas islas de Oceanía se usa el **kawa** en ceremonias postmorte y en ritos de iniciación. Cuando estas personas toman droga en los funerales lo hacen porque asocian el estado que provoca a la visualización y contacto con sus difuntos a quienes ofrecen el nuevo fallecido. Es una creencia religiosa asociada al consumo de la droga.

Droga = lazo de unión entre el mundo de los vivos y el de los muertos.

Algunos pueblos usan drogas para poner a prueba la actitud o sinceridad de un miembro de la tribu y este es un consumo no agradable, con drogas venenosas y tóxicas si se supera esa prueba se considera que estas preparado para asumir el madno. Se llaman pruebas ordálicas y son para probar su fortaleza.

Las pruebas de iniciación tienen que ver con el paso a la adultez. En México tenemos el ejemplo de los buicholes que 1 o 2 veces al año salen del poblado en busca del peyot . Es un alucinógeno sagrado que les hace creer estar en contato con los dioses. Los jóvenes que tienen el consenso de la tribu acompañan en el viaje en busca del pequeño cactus y si lo encuentran se les empezará a tratar como adultos.

Esots ritos unificaban a la tribu o al grupo y estas drogas integran al individuo en la sociedad. Ayudan a consolidar la estructura social del grupo.

Las drogas usadas en este tipo de ritos no crean dependencia, solo usan alucinógenos. Si crean dependencia como el opio y sus derivados solo se usan con fines medicinales.

La asociación actual **música – baile – droga** existe también desde que existe el hombre, lo que cambia es el fin: hoy es un fin lúdico, artificioal y ant3es era un fin religioso, iniciático y con valor sociológico.

• **FILOSOFÍA HIPPI Y CONDUCTA YUNKY:**

El movimiento hippy nace en Estados Unidos a finales de los 50 y se extiende a Europa pero donde más incide es en los países anglosajones.

POSTULADOS:

- no violencia
- búsqueda de esperanza en el hombre y a través del contacto con la naturaleza, para tener mejor porvenir y en busca de la felicidad.
- El medio esencial: cannabis y LSD fin: felicidad

El movimiento fracasa, la pregunta es... ¿por qué?

No violencia: a lo largo de la historia muchos han luchado por esto como Gandhi o Jesucristo.

En sí es algo positivo.

Surge en la época de la guerra del Vietnam rodeada de mucha violencia contra los negros. Se acababa de salir de la 2ª guerra mundial. Había mucha riqueza y USA era la primera potencia mundial un grupo de jóvenes se revela contra esto y va cuajando, pero...¿ Es bueno suprimir el 100% de la agresividad? La agresividad no tienen que ser inhibida sino bien canalizada el hippy plantea una teoría de no violencia en principio positiva pero resulta demasiado inhibidora. La agresividad es un instinto del ser humano que no puede ser reprimida, esto no quiere decir que deba canalizarse en forma de violencia.

Sociológicamente las sociedades que dejan de tener guerras hacen que surjan movimientos villentios como por ejemplo los rockers.

El movimiento hippy fracasa por el uso de drogas blandas que alteran los principios innatos e importantes en el ser humano como la agresividad que no tiene porque ser canalizada de manera violenta.

El hippy consigue todo lo contrario a lo que se había propuesto.

Se constituyen en sociedades aisladas de las demás es una paradoja porque no hace falta que se vayan a ningún sitio para defender unos valores.

La felicidad es un problema porque primero hay que saber definirla para poder conseguirla y eso no puede ser.

Una persona no puede intentar ser feliz rompiendo con su pasado contranatura

Desde el plano psicológico el ser humano no puede tomar decisiones que vayan en contra de los aprendizajes naturales.

Los hippies rompen de alguna manera con esa figura de autoridad que son los padres y pasan de las pautas educativas e imposiciones que estos (los padres) imponen.

MAYO DEL 68 **prohibido prohibir** es algo parecido pero no se drogaban y fracasa porque es todo un tópico vivir en la anarquía total sin ninguna prohibición.

Otro motivo de fracaso del movimiento hippy es que surge la figura del yunky. Estos son hippies que empiezan a inyectarse heroína y se van a la India donde es fácil de conseguir. Luego vuelven a Europa y de ahí surgen todos los que posteriormente se inyectan heroína. La mayoría de estos murieron y otros ejaron la droga por eso hoy en día casi se han extinguido.

• **CULTURA Y CIVILIZACIONES ACTUALES:**

Cultura aquellos rasgos sociales, psicológicos... que caracterizan un agrupamiento de personas.

Civilización progreso material y tecnológico que caracteriza a un determinado colectivo de hombres.

Los sociólogos dicen que la civilización no ha crecido pareja a la cultura sino que ha crecido a ritmos vertiginosos en los últimos 70 años comiéndose así muchos valores culturales.

El progreso tecnológico está acabando con factores culturales muy importantes para el ser humano: *ejemplo: escribir cartas, hablar durante las comidas...*

Las teorías de prevención de drogodependencias plantean que donde más fallo hay es en el ámbito familiar la idea de familia se ha deteriorado.

Hoy hasta en los países subdesarrollados está creciendo de forma alarmante el numero de toxicómanos.

TEMA 4: MODIFICACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA POR LAS DIFERENTES DROGAS

Las intoxicaciones pueden ser endógenas o exógenas y son estas últimas las que vamos a tratar a continuación.

ALCOHOL

1. intoxicación alcohólica aguda

En el ámbito clínico: 2. Intoxicación alcohólica crónica

El sujeto empieza a beber y el organismo entero se ve afectado por el alcohol. El sujeto no es consciente de este efecto **1. FASE INFRACLÍNICA**

2. FASE TÍNICA: se altera el humor, los efectos eufóricos surgen y el cuerpo se excita

- **INCOHERENCIA EN EL HABLA,** tambaleos...
- **SUEÑO COMATOSO:** descontrol total sobre sí mismo. El cuerpo reacciona e indica que estás realmente mal

COMA ETÍLICO

Hay varios tipos de lo que comúnmente llamamos borrachera

- **EXCITOMOTORAS:** personas que se vuelven violentas
- **ALUCINATORIAS:** alucinaciones visuales y auditivas de terror. Característico de personas alcohólicas con delirium tremens
- **DELIRANTES:** ideas falsas o construcción falsa del pensamiento.

Intoxicación alcohólica crónica:

Bebedor de alcohol que necesita todos los días dosis de alcohol.

Crea tolerancia cada vez hay que beber más

Las modificaciones de conciencia pueden ser:

- **agudas:** delirium tremens
- **subaguda:** algo parecido pero menos potente con mucha desorientación espacial y temporal.
- **Crónica:** es tal la lesión cerebral(síndrome de korsakov) que se han quedado deteriorados para siempre.

ALCOHOLISMO CRÓNICO:

Dependencia del alcohol cuando no bebe puede llegar al delirium tremens y esto es porque hay una encefalopatía.

El alcoholismo se instaura progresivamente dependiendo de la estructura biológica del sujeto.

El deterioro se multiplica hoy por cuatro porque cada vez se consume antes y los efectos en un organismo que está en fase de crecimiento son peores.

FASES: aguda: delirium tremens

Subaguda

Crónica

BASES NEUROFARMACOLÓGICAS:

No se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de acción reforzador del alcohol, que hace que se produzca la dependencia, no sabemos por qué unos de hacen dependientes y otros no. No sabemos que neurotransmisores se encargan de esta dependencia.

Tras la ingesta de alcohol secreción de dopamina sobre todo en el nucleus accumbens. También se segrega a este nivel serotonina. Es curioso porque el alcohol también está relacionado con el sistema opioide (moléculas a las que se acoplan los opiáceos consumidos y las dopaminas). A ciertos alcohólicos por esta razón se les da medicación parecida a la de los heroinómanos (tratamiento con antagonistas)

El alcohol influye en la parte externa y en la parte interna de la neurona.

El alcohol tiene gran influencia en:

- sistema nervioso periférico
- cardiovascular: aumento del flujo sanguíneo
- aparato respiratorio
- aparato digestivo
- genital: aumenta la libido pero disminuye la potencia sexual
- atrofia testicular

El alcohol tiene una rápida propagación por el organismo, sobre todo en ayunas (con la comida pasa más despacio a la sangre pero los efectos son iguales)

Alcohol hasta los 17º: fermentación natural como el vino y sus derivados

Más de 18º: ya no es natural, son destilados y son más perjudiciales.

Los combinados gaseosos se inventan porque con las burbujas el alcohol pasa más rápido a la sangre.

El órgano que metaboliza lo que bebemos es el hígado y, por tanto, es el órgano que más se resiente.

En el ámbito sanitario el alcohol supone un grave problema. En todas las especialidades se tratan enfermedades derivadas del alcohol.

Actualmente el problema JOVENES: durante el fin de semana abuso excesivo del alcohol pueden ser en un futuro cercano alcohólicos a la larga conllevará más demanda de atención médica.

ETER

Es un producto químico que se volatiliza muy rápido en contacto con el aire. Se usa sobre todo en combustión en fábricas de colas, pinturas...

El éterismo está muy enraizado en países pobres de América latina, en Rusia o países de la órbita moscovita. En occidente podemos verlo en Inglaterra, Alemania, Canadá y EEUU.

El etérico compra colas, pegamentos que contienen este producto y lo respiran. Es barato y fácil de conseguir.

Síntomas parecidos a los del alcohol: 1º) Euforia, bienestar...

2º) depresión del sistema nervioso

Produce insomnio, sensaciones de vértigo, trastornos del carácter y del humor.

Con respecto al sueño es diferente del alcohol, el etérico no puede dormir aunque esté cansado.

No produce dependencia física pero si psicológica.

TIPOS: – Crónico: continuamente

– Abuso: consumen una vez a la semana...

En los crónicos se produce delirium tremens aunque es distinto que es del alcohólico ya que sus alucinaciones no son de angustia o de miedo. El etérico se envalentona

En nuestro contexto los pocos casos pertenecen a ambientes socio- culturales bajos.

(El éter mantiene las gomas líquidas pero en contacto con el aire es cuando pegan)

ANSIOLÍTICOS O TRANQUILIZANTES

Se trata de una drogadicción medicalizada en muchos casos.

Las benzodiacepinas tienen efectos soporíferos, son depresores del sistema nervioso.

INTOXICACIÓN AGUDA:

Se produce en un momento dado. Cuando es voluntario suele estar asociada a un acto suicida. Puede producir la muerte porque se entra en coma y puede haber una parada cardiorespiratoria.

INTOXICACIÓN SUBAGUDA:

Dosis diarias que buscan el bienestar. Comportamiento parecido al que bebe alcohol todos los días.

Tiene efectos parecidos a los del alcohol borrachera blanca

Los síntomas también son parecidos a los del alcohol entorpecimiento, descordinación motora... irritabilidad, confusión...

Es una toxicomanía socialmente aceptada.

INTOXICACIÓN CRÓNICA:

Uso crónico. Es una verdadera dependencia. El síndrome de abstinencia es mucho peor aun que con la heroína. Es como un cuadro griposo muy fuerte y se creen que se están volviendo locos es una urgencia médica grave.

Es grave porque la tolerancia es muy alta y cada vez se necesitan más dosis.

Lo más importante son las secuelas psíquicas. Se pierde cognición. Apatía, desinterés, pérdida del gusto por el trabajo...

Celopatía típica de los alcohólicos crónicos (patología del celo infundado)

También se producen tendencias al histerismo y otros presentan cuadros depresivos.

Esta es la droga más consumida del mundo después del alcohol.

Cannabis sativa es una planta que no se puede clasificar por sus efectos porque produce muchos diferentes pero afecta sobre todo a la personalidad del sujeto. Es originaria de Asia central pero crece en todo el mundo.

De los hasta 100 productos químicos que tiene solo conocemos 10.

Hoy distintos tipos de cannabis dependiendo del suelo y de la humedad. Es una planta muy dura. Se puede fumar una vez secada la planta, sacar el hachís, pero la vía más frecuente es la fumada.

Las preparaciones son múltiples. Es una droga muy adulterada, es raro y caro encontrar hachís puro.

Por vía intravenosa no tiene ningún efecto.

No es una droga soluble y es la que más tarda en desaparecer del cuerpo. Actúa en las neuronas del lóbulo frontal.

A nivel de tolerancia, como no hoy dependencia física, no hay tolerancia física, pero si hay tolerancia psíquica debido al acostumbamiento.

Si crea dependencia física es por el tabaco y la nicotina con que se mezcla para fumarse.

Algunos clínicos dicen que puede tener tolerancia inversa con pequeñas dosis se experimentan efectos que corresponderían a dosis mayores.

Otros consideran que influye la predisposición psicológica

Las modificaciones de conciencia dependen de: la dosis

Factor pureza

Personalidad del sujeto

Contexto donde se fuma

Se juntan entonces los parámetros psicológicos, fisiológicos y sociológicos.

FACTORES COMUNES:

- Actúa como revelador de los posibles rasgos psicopatológicos que puede tener una persona (una persona extrovertida puede tener un efecto introvertido)
- La sugestión aumenta con su consumo, viene afectado por el entorno.
- Efectos euforizantes: produce introspección (piensas mucho)
- Aumenta la comunicación aunque sean idioteces.
- El sentido del humor, da muchos saltos
- Nuevas asociaciones de ideas.
- Se produce también una especie de agudeza visual y auditiva.
- Aumenta la sensibilidad
- La visión se acelera (se entretiene por cualquier cosa)

El tiempo pasa muy lento. Aumenta la consciencia mística. Cohesiona al grupo, de hecho hay sectas que lo consumen.

Hay una serie de efectos excitantes que aumentan la movilidad y en ciertos grupos asociales aumenta la agresividad.

En el ámbito fisiológico influye en el sistema nervioso central, produce alteraciones en la memoria a corto plazo, produce hambre. A favor a ella puede servir para evitar náuseas y vómitos (quimioterapia) y para ciertos tipos de dolores.

Nombre más conocido ácido (LSD 25), descubierto por Hoffman.

Entre el hachís y el LSD hay una diferencia de grado con el LSD produce una mayor percepción visual y auditiva.

Si tienes alguna patología te puedes quedar colgado.

El LSD no se toma más de dos días seguidos porque pasado ese tiempo deja de tener el mismo efecto.

Es un desinhibidor de la conciencia, es un gran revelador de la personalidad y aumenta la sugestibilidad.

En su fase patológica puede tener dos o tres grupos de trastorno:

- humor: angustias y reacciones psicóticas desfavorables
- trastornos perceptuales (hiperestesia sensorial, alucinaciones)
- trastornos intelectuales efecto maniaco
- trastornos del comportamiento

El LSD actúa en la visión y audición y para que haya alucinaciones tienes que ver y oír.

Es una planta originaria de América central, los habitantes la consumían masticando la pasta junto con un alcoloide para fomentar su efecto.

Freud, cocainómano, la utilizó a nivel terapéutico.

El principal efecto es la euforia vigorosa, eficaz... (en las primeras veces).

Consuma de fin de semana, asociado con el alcohol y también consumida por la gente del espectáculo, televisión... es la droga de los idiotas los que esnifan.

Es muy grave a nivel cerebral.

Se pasa de la euforia a estados confusos y alucinatorios y luego desencadena en un cuadro clínico mezcla de depresión y paranoia, aumenta la agresividad y la tendencia al suicidio.

No produce dependencia física pero la dependencia psicológica es la más fuerte.

La cocaína se puede introducir en el organismo de muchas maneras como por ejemplo inyectada (llega rápidamente al cerebro), fumada (tarda un poco más) y comida (no produce efectos).

El mecanismo es fulminante y actúa directamente en los receptores y en la hendidura sináptica, hace aumentar la dopamina y la noradopamina encargados de la euforia.

Se elimina del cuerpo rápidamente, en 5 o 6 días.

Es una droga traidora cuando te das cuenta de que eres toxicómano por otro problema ya es demasiado tarde.

La cocaína fumada junto con amoníaco para cristalizarla crack, cuya dependencia física es enorme.

Antes se vendían en farmacias, con fines terapéuticos con el fin de sanar efectos epilépticos, con personas que querían adelgazar y en el doping deportivo y muchos estudiantes para estudiar la víspera de los exámenes.

El speed y las pastillas contienen anfetaminas y meta anfetaminas (laboratorio) todos excitan el sistema nervioso.

En la época clásica se utilizaba por vía intravenosa, con un flash muy grande, actualmente se consume speed.

El speed produce euforia, inhibición del sueño, alteración cardiaca...

Está asociada a la música y al vehículo.

Los consumidores suelen ser jóvenes y en los centros se están tratando muchos diagnósticos dobles (psiquiátrico y adictivo).

Reacciones:

- La bajada, o el momento en el que se quitan o desaparecen los efectos de las anfetaminas. Es muy brusca, del estilo de una depresión.
- Manifestaciones psicóticas
- Efecto paranoico: alteración en la percepción del ambiente, se vuelven depresivos o se piensan que la gente los mira, etc...

Crea gran tolerancia

No crea dependencia física.

Cuando un anfetamínico lleva sin consumir un tiempo está triste y tirado.

Alta dependencia psicológica.

HEROÍNA

De los opiáceos es el más consumido.

Se sintetizó y se inventó en los años 30 o 40 para curar a los morfinómanos, que se halla utilizado para los lisiados de las guerras y para curar a los opiómanos.

EFFECTO: Muchos placer, depresor del sistema nervioso y te anestesia cualquier dificultad psicológica.

Actúa como la coca, como la droga que mejor se acopla al cuerpo.

Síndrome de **abstinencia** muy duro.

COMPOSICIÓN: Compleja. Se controlan químicamente algunos compuestos pero no todos. Sólo el 15–20% de los compuestos químicos son los que producen esa sensación de bienestar.

Hace más de 2000 años que se conoce esta droga y se usaba como analgésico y para curar la melancolía.

La ciencia ha descubierto que nuestro sistema nervioso central tiene sus propios opiáceos endógenos, sustancias de nuestro cuerpo que tienen similitud con los opiáceos. En ciertas zonas del cerebro tenemos unos receptores opiáceos y que se comportan exactamente igual que una dosis de morfina (si los excitas).

Estas sustancias naturales que produce el cuerpo son ENDORFINAS; ENCEFALINAS Y DINORFINAS. Estas sustancias están especializadas cada una de ellas en cosas distintas. Cada una tiene unos precursores que ayudan a fabricarlas.

Hay tres tipos de receptores opiáceos:

- Receptores (μ): **a)** de alta afinidad especializados en la analgesia supraespinal y también están especializados en la euforia (sentido de bienestar) **b)** de baja afinidad intervienen o median en la depresión respiratoria y en ciertas acciones gastrointestinales.
- Receptores (κ): cuando los activamos en pruebas de laboratorio se produce disforia y efectos de despersonalización.
- Receptores (δ): parecen estar involucrados en la anestesia supraespinal y espinal y también parecen estar especializados en los dolores térmicos (quemadura, etc...)

En general estos receptores producen INHIBICIÓN DE LA ACTIVIDAD BIOEUFÓRICA e INHIBICIÓN DE LA LIBERACIÓN DE NEUROTRANSMISORES.

Por tanto, cuando un heroinómano está consumiendo está reproduciendo los efectos de estas sustancias pero de manera acelerada y aumentada.

La ciencia ha descubierto que estos receptores tienen dualismo farmacológico, que significa que hay receptores que actúan como agonistas y otras que actúan como antagonistas.

Agonista: es un receptor que se comporta seleccionando las partes excitadoras del opiáceo (por ejemplo la morfina).

Antagonistas puros: lo contrario. Son unos productos químicos que actúan en los receptores quitando la analgesia.

Agonistas/antagonistas: actúan sobre unos receptores activándolos y sobre otros desactivándolos. (ej. La nalorfina, que activa el buen humor y te quita el dolor de una quemadura actúa sobre receptores μ y δ)

Cuando damos metadona a un heroinómano es para que no consuma heroína. Le estamos dando un agonista sintético a cambio de la heroína porque actúan de manera similar.

Si damos una dosis de heroína o metadona y le damos un antagonista lo que hacemos es contrarrestar los efectos del agonista (naltrexona).

Actualmente con los opiáceos existen dos tipos de tratamientos biológicos:

- Tratamiento con metadona: sustitutivo
- Tratamiento con antagonistas: se les da eso y así cuando consume no siente nada.
- El peligro está en dar un antagonista a una persona que ya ha consumido porque le produce un síndrome de abstinencia tan brutal que le puede causar la muerte

TEMA 5: EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO DEL TOXICÓMANO

Fotocopias de Almudena tema 5

5.1.2: PROCESOS DE CAMBIO:

El proceso de cambio es comprender como sucede dicho cambio. Es una actividad encubierta (sentimientos) o manifiesta (evidencias externas) que va a cambiar la conducta del sujeto.

Estos procesos los podemos clasificar (procesos cognitivo conductuales):

- Aumento de la concienciación: aumento del procesamiento de información respecto de su problema.
- Autoreevaluación: consiste en una valoración de los efectos a nivel cognitivo sobre todo con relación al impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser. También sería un reconocimiento de la mejoría que él experimenta.
- Reevaluación ambiental: consiste en una valoración por parte del adicto del estado actual de su entorno interpersonal y en un reconocimiento sobre las consecuencias positivas de esas relaciones cuando empieza a cambiar.
- Relieve dramático: experimentación y expresión de relaciones emocionales respecto de los aspectos negativos asociados a su conducta adictiva.
- Autoliberación: compromiso personal. Aumento de la capacidad para elegir lo que quiere hacer y como hacerlo para cambiar.
- Liberación social: aumento de la capacidad para decidir y escoger la forma de actuar socialmente pero desde un plano positivo.
- Manejo de contingencias: estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio ocurra.
- Relaciones de ayuda: representa la existencia y utilización del apoyo social. Esto es muy importante porque la gravedad en la adicción depende de muchas personas y en tratamiento es más eficaz cuando se incluye a la familia ya que el ambiente familiar puede determinar la drogodependencia.
- Contracondicionamiento: modificar la respuesta cuando es elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva. Muy importante en prevención de recaídas.
- Control de estímulos: consiste en evitar que el toxicómano se exponga a situaciones de alto riesgo para consumir.

Su aplicación dependerá del proceso diagnóstico del paciente

5.1.3: NIVELES DE CAMBIO:

Se refieren a que cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva. Al hablar de estos cambios hablaremos de otras subdimensiones:

- SINTOMA: consumo (cantidad, consecuencias físicas...)

- **COGNICIONES DESADAPTADAS**: la cognición en una persona que ha tomado drogas que modifican el estado de conciencia no puede ser normal. Al pasar al plano de la realidad de nuevo su cognición está dañada.
- **CONFLICTOS INTERPERSONALES ACTUALES**: conflictos con el entorno social inmediato sobre todo en el ámbito familiar. No saben relacionarse, no han aprendido.
- **CONFLICTOS SISTÉMICOS FAMILIARES**: la técnica que se usa es la terapia sistémica familiar (en toxicomanías) porque en la mayoría de los casos de drogodependencia hay un ámbito de problemática familiar.
- **CONFLICTOS INTRAPERSONALES**: todos los toxicómanos
 - sufrimiento interno
 - baja autoestima
 - psicopatología – obsesiones
 - depresiones
 - sentimiento de inferioridad

5.2: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

- La intervención terapéutica se focaliza en la conducta manifiesta del adicto (el consumo) en las situaciones que eliciten y/o mantienen esa conducta. Este es un nivel de intervención imprescindible para todos y en todos los casos.
- **Estrategia del nivel clave**: Si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad el proceso puede focalizarse casi exclusivamente a ese nivel.
- **Alternativa o estrategia de máximo impacto**: Se interviene a distintos niveles involucrados en la drogodependencia. Esta técnica es la que más se aproxima al modelo biopsicosocial y es la estrategia de máximo impacto a nivel resolutivo.

• PRINCIPIOS DE UN TRATAMIENTO:

- Al principio del tratamiento tenemos que estabilizar los síntomas agudos del tratamiento (controlar el consumo, la ansiedad...)
- Observar al paciente, en abstinencia, en un periodo de 6 a 8 semanas para saber que tiene realmente. Si tienen brotes suicidas se le manda directamente a urgencias.
- Es importante hacer una anamnesis (historia clínica, psiquiátrica, familiar, de la vida anterior del sujeto). Es importante consultar con la familia.
- Hacer una evaluación neuropsicológica.
- Tenemos que tratar los dos trastornos al mismo tiempo, tenemos que hacer un tratamiento integral, psicoterapia con la familia. Tenemos que usar también los efectos del consumo y los trastornos agudos.
- Importancia de aplicar desde el principio terapias psicosociales.
- Tenemos que entender que un paciente con tratamiento dual va a necesitar un abordaje menos rígido que un paciente con un tratamiento adictivo normal.
- Con este tipo de pacientes no se puede tolerar que consuman otras drogas (como pasar a algo más suave).
- La intensidad del tratamiento se refiere a la frecuencia con la que se aborda la psicoterapia.
- Es importante que sea un solo profesional el que trate los dos trastornos.
- Las recaídas son mucho más frecuentes. Estas personas sobre todo recaen por estímulos propioceptivos. El terapeuta ha de estar muy pendiente de que el paciente tome su medicación de la manera indicada.
- El terapeuta tiene que tener educación psicoanalítica porque tiene que manejar muy bien la transferencia y la contratransferencia.

• DISPOSITIVOS DE LA RED ASISTENCIAL

Hay que manejar tres conceptos:

- **ESPACIO TERAPEÚTICO:** lugar donde el paciente realiza un tratamiento o donde acude a pedir consejo sobre drogas.
- **TÉCNICA TERAPEÚTICA:** tipo de intervención que haces con un sujeto
- **PROCESO TERAPEÚTICO:** La evaluación que hace el toxicómano es un espacio terapéutico determinado y con unas técnicas terapéuticas concretas. (la evolución puede ser buena o mala)

Centro ambulatorio: en su casa

Centro residencial: internado en una comunidad terapéutica o en un piso asistencial.

20

20

CANNABIS

DROGAS ALUCINOGENAS: LSD Y MONGUIS

COCAÍNA

ANFETAMINAS