

TEMA 1. CLASIFICACIÓN DE LAS DISTINTAS DROGAS

1.- INTRODUCCIÓN

2.- CONCEPTOS BÁSICOS:

2.1. Droga o fármaco

- Drogas o fármacos causantes de dependencia
- Clasificación:
 - 2.3.1. Opiáceos
 - 2.3.2. Estimulantes
 - ◆ Mayores:
 - ◇ cocaína
 - ◇ anfetaminas y metanfetaminas
 - ◆ Menores
 - 2.3.3. Alucinógenos
 - 2.3.4. Derivados de la fenilciclidina o arilciclohexilaminas
 - 2.3.5. Inhalantes
 - 2.3.6. Cannabis
 - 2.3.7. Alcohol
 - 2.7.8. Barbitúricos

2.4. Diagnóstico:

- 2.4.1. Uso, abuso, dependencia
- 2.4.2. Síndrome de dependencia
- 2.4.3. Síndrome de abstinencia
 - ◆ Con delirium
- 2.4.4. Alucinosis
- 2.4.5. Amnesias

1.- INTRODUCCIÓN

El amplísimo campo de las drogas es algo que nos afecta a todos. Tanto las drogas legales como las ilegales nos afectan directa o indirectamente. Indirectamente nos afectan las consecuencias tanto negativas como positivas de las drogodependencias. Las adicciones las podemos entender en relación con todas aquellas sustancias con poder psicoactivo. La cara pública de la drogodependencia es la mafia, los crímenes, siendo la droga uno de los negocios más saneados y uno de los que más cantidad de dinero mueven. La droga preocupa por la delincuencia, el contagio de enfermedades, el dinero dedicado a la salud pública... El alcohol, la nicotina, a pesar de ser drogas, no provocan estos problemas jurídicos por el hecho de que son legales. Sólo nos fijamos en las consecuencias de las drogas ilegales. Las drogodependencias, por tanto, aparecen como uno de los 3 problemas fundamentales de la sociedad española, siendo los otros dos el paro y el terrorismo.

2.- CONCEPTOS BÁSICOS

2.1 ¿Qué es una droga?

El término droga permite distintas acepciones, aunque el término más usual anteriormente era el que hacía referencia al uso medicinal de determinadas sustancias a la hora de tratar enfermedades. Las drogas serían, por tanto, productos naturales o sintéticos usados por sus propiedades terapéuticas. Pero, actualmente, el término ha adquirido connotaciones negativas que señalan problemas y que anulan la anterior acepción. Clásicamente, Kramer y Cameron prepararon para la OMS definiciones de droga que sirven como referencia para englobar a todas las drogas. Una droga sería *cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo pueda modificar la estructura o la función/es de ese organismo*. Lo que ocurre es que desde esta definición se abarcan multitud de productos, incluyendo comidas habituales... En nuestro contexto se ha modificado esta definición tan genérica para dar paso a la siguiente: **Droga** sería *aquella sustancia química que altera la percepción, conciencia y emociones de un ser vivo*. Esta definición también deja bastantes huecos.

2.2. Drogas que causan dependencia.

Se habló después de drogas que causan dependencia, que serían *aquellas drogas que, en su acción recíproca con el organismo, puedan producir un estado de dependencia física y/o psicológica*.

Entenderíamos por **dependencia psicológica**: efecto producido por una sensación de bienestar que impulsa a repetir de forma continuada la ingesta de una determinada sustancia para producir placer o para reducir/evitar un malestar.

Entenderíamos por **dependencia física** un estado de adaptación del organismo que necesita un nivel de una sustancia para su funcionamiento normal y que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos muy intensos que tienen características muy distintas, según el tipo de sustancia, al interrumpir la administración de esa sustancia.

2.3. Clasificación de las drogas

Suelen ser clasificaciones referidas a sustancias, aunque no existe una única clasificación. Podemos clasificar las drogas según su **estructura química**, su **origen** (naturales, sintéticas, semisintéticas), su **acción sobre el SN** (estimulantes y depresores del SN)... Hay también otros criterios que son **socioculturales** o de tipo **legal** (por ejemplo, drogas duras, blandas, legales, ilegales...), o en función de las **manifestaciones clínicas** que producen.

Las clasificaciones más tradicionalmente aceptadas son las del **CIE 10** (OMS) y las de **DSM IV** (APA). El CIE hace apartados distintos para la cocaína y para la cafeína y el tabaco, que no aparecen en el DSM. El CIE incluye también un apartado (F55) que incluye el abuso de sustancias que no producen dependencia (antidepresivos, laxantes, analgésicos, diuréticos, hierbas, hormonas) y hace referencia a esas sustancias porque son sustancias que, aunque no produzcan dependencia, llegan a causar daños somáticos muy graves. A pesar de esto, las dos clasificaciones convergen y sirven de base para nuestra clasificación.

3.- DIAGNÓSTICO

USO, ABUSO, DEPENDENCIA

Los seres humanos son distintos en el uso de drogas legales e ilegales. Algunas personas nunca prueban drogas, otros tienen un uso irregular y lo dejan, otros son usuarios irregulares pero a lo largo de mucho tiempo y otros son usuarios regulares y consistentes. Separados de todos estos, están los drogodependientes.

Se entiende por **uso** un consumo que no acarrea consecuencias negativas para el sujeto. El **abuso** consistiría en el uso continuado de una sustancia a pesar de las consecuencias negativas de un uso anterior. El abuso es cualitativamente distinto al uso, aunque no los podemos considerar como fenómenos independientes, sino como los dos polos extremos de un continuo, donde a veces es difícil poner un punto de corte.

Se han propuesto una serie de conceptos que nos ayudan a diferenciar USO y ABUSO:

- intoxicación aguda
- síndrome de dependencia
- delirium
- amnesia

INTOXICACIÓN AGUDA

Estado transitorio del organismo, consecutivo a la ingesta o asimilación de una sustancia psicotrópica y que produce alteraciones en la persona a nivel de conciencia, de su percepción, afectivas, comportamentales y cambios psicofisiológicos en el individuo. La intensidad de la intoxicación es gradual, dependiendo de la dosis tomada y tal intoxicación va disminuyendo con el tiempo, si no se repite el consumo. La recuperación de una intoxicación generalmente suele ser completa, excepto en el caso de que, por múltiples causas se haya dañado el tejido cerebral o suceda alguna complicación inesperada. Se incluyen aquí los términos borrachera y mal viaje.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA

Conjunto de manifestaciones psicológicas y comportamentales en el cual consumir una droga se convierte en el tema de máxima prioridad para un individuo. La manifestación característica sería el deseo de tomar una droga, descrito como muy fuerte, e incluso a veces insoportable.

El síndrome de dependencia se podría definir como un conjunto de síntomas que aparecen cuando hay una abstinencia (absoluta o no) tras un consumo prolongado y reiterado de alguna droga.

Las características que nos aseguran que existe dependencia de una sustancia son:

- que aparezca la tolerancia (situación en la que un sujeto necesita obtener una mayor cantidad de sustancia para conseguir los mismos efectos)
- que aparezca el síndrome de abstinencia

FOT.1

Tolerancia cruzada: hablamos de tolerancia cruzada cuando se tiene un nivel de tolerancia que no sólo se produce respecto a la droga que se toma habitualmente, sino a aquellas otras de semejantes características y que no se han consumido nunca (por ejemplo, heroína y morfina (bidireccional): al tener tolerancia a la morfina, inyectarse bajas dosis de heroína no sirve y viceversa; o el alcohol y los barbitúricos (unidireccional): la tolerancia al alcohol implica tolerancia a los barbitúricos, pero no al revés.

Dependencia cruzada: capacidad que tiene una droga para reprimir el síndrome de abstinencia de otra (metadona/heroína, tranquilizantes/alcohol)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad y que aparecen cuando haya una abstinencia de una sustancia que es consumida regularmente. Cada grupo de drogas produce síntomas de abstinencia distintos. Hay algunos que son particularmente importantes: la alucinosis alcohólica y el delirium tremens.

Delirium tremens: se produce en algunas personas como consecuencia del cese del consumo de alcohol. Es como una exageración de los síntomas del síndrome de abstinencia. Empieza a aparecer entre el 2º y el 4º (o

más raramente, entre el 5º y el 7º) día de abstinencia. Es un episodio muy llamativo pero que suele terminar con un sueño reparador de varias horas. Comienza con una especie de ataque de ansiedad grave, insomnio, temblores, taquicardias, gran sudoración. A continuación de estos **preludios** aparece la fase de delirio, que se caracteriza por una desorientación tempoespacial completa (no se conoce ni el lugar en el que se está, ni el día, el año...). Hay también una fluctuación en el nivel de consciencia y alucinaciones atacantes, que se combinan con temblores muy fuertes y miedos intensos. El término *tremends* hace referencia a esta agitación motora. El temblor es generalizado y se puede extrapolar a la cama o a otros objetos ajenos al individuo. En algunos casos (poco frecuentes) aparece crisis convulsivas similares a ataques epilépticos, con lo que se agrava mucho más la situación. En el caso de que aparezcan estas crisis, lo más frecuente es que sucedan hacia el 5º ó 7º día del último trago (40 horas o a veces al primer día).

Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas o táctiles y la mayor parte son amenazantes (animales, insectos que se mueven por dentro de la piel...). Para evitar estas alucinaciones, el sujeto puede llegar incluso a autolesionarse. Las alucinaciones auditivas suelen ser sonidos burdos, voces (cabrón, te voy a matar) o músicas.

Los delirios son habitualmente de naturaleza persecutoria o de daño, ya que es la forma que el sujeto tiene de entender lo que le está pasando, de explicarse las alucinaciones que está teniendo (si estoy oyendo cabrón, será porque hay alguien que me persigue).

El delirium *tremends* se agrava por la noche, por la falta de los estímulos habituales diurnos (luces, ruidos habituales). Podemos encontrarnos con un delirium *tremends* que no está producido por el cese del consumo de alcohol, sino por algún traumatismo o infección.

Alucinosis alcohólica: episodio que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica (tras días consumiendo mucho, mucho alcohol). No existe desorientación ni pérdida de consciencia, pero hay alucinaciones, sobre todo auditivas de tipo amenazante. A veces puede aparecer cualquier idea delirante, aunque no son habituales, y cuando aparecen cumplen la misma función que en el delirium *tremends*: el sujeto intenta explicarse qué le está ocurriendo. Lo habitual es que vaya desapareciendo a medida que el sujeto deja de ingerir alcohol y se va restableciendo.

SÍNDROME AMNÉSICO

Puede darse como consecuencia de un uso prolongado del alcohol. La memoria está muy deteriorada para hechos recientes, mientras que la memoria a largo plazo está casi intacta. Los recuerdos inmediatos se conservan, los próximos están más deteriorados. A veces hay un trastorno en el sentido del tiempo y aparecen confabulaciones (inventan recuerdos). Los procesos cognitivos suelen estar bien conservados.

• FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE LAS ADICCIONES

Las drogas toxicomaníacas actúan en dos niveles en nuestro cerebro:

- **nivel neuronal básico** (microestructuras)
- **nivel de estructuras especializadas del encéfalo**

Ambos niveles se deben explicar cómo actúan las diferentes drogas sobre el organismo.

Nivel neuronal: la información se transmite como impulso eléctrico, que parece estar afectado por drogas psicotrópicas. Pero hay ciertos niveles de funcionamiento neuronal que sí se ven afectados. La conexión funcional entre neuronas es la sinapsis. En ella es donde se liberan neurotransmisores (NA, DA, SE, AC, GABA) y neuropéptidos (endorfinas, que tienen un funcionamiento similar al de los opiáceos).

Es en la sinapsis donde parece que las drogas tienen su efecto principal, por ejemplo, la cocaína altera la recaptación de DA y NA. Vemos entonces, que a nivel neuronal, las drogas interfieren en la recaptación de NTs y neuropéptidos en la sinapsis. El impedir la transmisión de estos NTs provoca que el uso continuado de una droga haga que los mecanismos cerebrales se adapten a que haya una concentración más elevada de lo normal, de forma que el organismo necesita que se mantenga ese nivel para que funcione normalmente (neuroadaptación). Lo que se consigue es que, una vez que se produce una neuroadaptación, el cerebro necesita para su funcionamiento un tipo de consumo.

Las drogas rompen la homeostasis neuronal, además de desequilibrar el funcionamiento de estructuras neuronales especializadas del cerebro (nivel estructural).

Nivel estructural: las estructuras que se ven más alteradas son: el locus coeruleus y el locus Níg. Afecta además al sistema límbico. Las células que segregan serotonina y noradrenalina están localizadas en el mesencéfalo y en el puente. Estas estructuras son el soporte de actividades que tienen que ver con el placer y la recompensa, la atención, el sueño, la excitación... Las drogas producen una neurotoxicidad que se expresa en una alteración en la atención y la vigilancia que puede incrementarse o decrecer según el tipo de sustancia (hipo/hipervigilancia). También se puede observar un deterioro en el ritmo del sueño, alteraciones en el rendimiento psicomotriz, a nivel de memoria y capacidad de aprendizaje, deformación de las percepciones (muchas veces el motivo del consumo)...

• DESCRIPCIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

• Opiáceos

Con este término se designan las drogas que incluyen los derivados del opio y ciertos analgésicos de síntesis similares a la morfina. El opio es el jugo lechoso de la planta llamada *Papaver Somniferum*, un tipo de amapola que tiene una veintena de alcaloides psicoactivos con efecto en el cerebro. Se han descubierto péptidos con actividad opiácea que sintetizamos en nuestro organismo; el hecho de que esto sea así, hace que se encuentren receptores sinápticos específicos para estos alcaloides. En función del efecto que provocan al unirse a los receptores concretos; estos opiáceos se han clasificado en: agonistas, agonistas de acciones mixtas y antagonistas.

Agonistas opiáceos: morfina, codeína, metadona, diacetilmorfina (heroína, caballo, dama blanca, azúcar), fentanilo, codeína, metadona, meperidina...

Agonistas de acciones mixtas: buprenorfina, fanorfinas (?)

Antagonistas opiáceos: naloxona, naltroxona

• Evolución del consumo de opiáceos

El consumo diario de opiáceos ha ido adaptando formas sociales muy distintas desde hace muchos años. Hace 50 años, los heroinómanos eran personas que consumían heroína de forma privada, reservada, para cumplir mejor las tareas de su vida cotidiana. En cambio, durante los 60 el comportamiento social y las motivaciones del heroinómano tienen una imagen totalmente distinta. Su comportamiento se ha vuelto llamativo y va unido a la incompetencia. También las actividades que se realizaban para conseguir las drogas son muy distintas ahora a las de antes. Se le relaciona con atracos, hurtos... Este fenómeno es relativamente reciente y tiene mucho que ver, no sólo con factores relativos a la sustancia, sino también con factores biopsicosociales.

• Efectos del consumo de opiáceos

Uno de los efectos principales es la analgesia. También se dan la somnolencia, una sensación de

embotamiento general, se produce una miosis (contracción de las pupilas), depresión respiratoria, sensación interior de euforia, vómitos, estreñimiento, vasodilatación... Ahora bien, estos son los efectos genéricos, pero cada en cada sustancia estos efectos se dan en diferentes proporciones.

La **heroína** es el opiáceo de mayor potencia (provoca efectos 10 veces más potentes que los que provoca la morfina; esto es, con una dosis 10 veces menor de heroína que de morfina se consiguen los mismo efectos). Ambas sustancias se describen como muy adictivas y con una neurotoxicidad muy fuerte. Se desarrolla muy rápido la tolerancia y la dependencia, y se ha dicho que una sólo dosis de morfina ya deja huella de dependencia física. El consumo diario y persistente de opiáceos se manifiesta como un conjuntos de comportamientos que van más allá de lo personal porque afecta a todos los aspectos sociales (tiene más que ver con factores psicosociales, que personales)

¿Cuánto tarda en actuar la heroína?

La heroína no tarda más de 5 segundos después de inyectarse en hacer efecto y sus efectos perduran unas 6 horas. Los primeros consumos de heroína producen náuseas, vómitos, disforias (mal viaje, que puede disuadir de una segunda toma). A los que no disuade, más tarde les llega su momento de euforia y aparecen entonces los efectos buscados: placer, reducción de la ansiedad y la tristeza, no preocupación... Cuando se ha consumido en muchas ocasiones heroína, el motivo fundamental del consumo se convierte en el deseo de evitación del síndrome de abstinencia.

Las muertes por sobredosis son altamente frecuentes, y sobre todo por causa de una depresión respiratoria o bradipnea: inmediatamente el nivel de consciencia decae muchísimo y posteriormente ocurre el fallecimiento, a no ser que se administre un antídoto (naloxona). La causa de la sobredosis es habitualmente accidental (aunque también se dan casos de suicidio). Muchas veces la heroína aparece menos adulterada, y el heroinómano se inyecta dosis mucho más altas de lo normal sin saberlo y fallece. Además de este motivo, existen otros: por una parte, la heroína se corta con productos muy tóxicos, tales como los polvos de talco, el almidón, la estricnina (mata ratas)... además, si el consumidor es inexperto, o consume heroína mezclada con alcohol o sedantes, esto puede causarle la muerte.

La sintomatología de una sobredosis que acabe en un estado comatoso se corresponde con: bradipnea, cianosis, hipotensión total, hiporeflexia (ausencia de reflejos). Una de las complicaciones puede ser el edema pulmonar.

• Síndrome de abstinencia de los opiáceos

El intervalo de tiempo que transcurre desde que hayan consumido la última dosis y el inicio de síndrome de abstinencia, depende del opiáceo y de la temporalización del consumo que haya tenido el usuario. Como promedio, este intervalo de tiempo es de 2 ó 3 días. El síndrome de abstinencia será mayor según el nivel de neuroadaptación que haya conseguido la droga.

Los síntomas se van incrementando en número e intensidad, para luego decrecer (entre 7 y 10 días suele durar un síndrome normal).

El primer síntoma es el deseo de consumir drogas. También está la ansiedad, bostezos, sudoración, lagrimeo, insomnio, midriasis (pupila dilatada), problemas nasales, temblores, oleadas de frío/calor, piloerección, dolores óseos muy fuertes, agitación motriz... Estos síntomas aparecen en distintos momentos según el opiáceo consumido y la dosis.

OPIÁCEOS SINTÉTICOS

Los opiáceos sintéticos son derivados del fentanilo y de la meperidina. No se han empezado a utilizar hasta

los años 80.

Fentanilo: analgésico 20 ó 30 veces más potente que el efecto analgésico de la heroína. Algunos derivados del fentanilo se usan como anestésicos, y por tanto son legales, por ejemplo, el alfentanil y el supfentanil. Las drogas derivadas del fentanilo pueden consumirse fumadas, inyectadas o inhaladas. Tiene una acción rápida, pero sus efectos duran poco (sobre una media hora). El derivado del fentanilo más consumido como droga en la calle es la china blanca y el Mexican Brown. Muchos consumidores la buscan como sustituto de la heroína, si no pueden disponer de ella. Hay menos personas adictas sólo a esta sustancia, que personas que lo usan como sustitutivo.

Produce efectos eufóricos, analgesia y somnolencia. Dosis altas de los derivados del fentanil producen semiinconsciencia, rigidez torácica, edema pulmonar, colapsos circulatorios...

Meperidina (MPPP): Se emplea menos debido a su alta cardiotoxicidad. Se suele inyectar o inhalar y, a diferencia del fentanil, las dosis altas no producen sobredosis, sino parkinson.

Otros: speedball (pelotazo): combinación intravenosa de heroína y coca.

- **Curso evolutivo de la adicción a opiáceos(fases por la que pasa un consumidor)**

Waldorf propone una subdivisión en 6 fases, pero con la peculiaridad de que afirma que es posible que haya personas que se salten fases o que hagan 2 fases en una (esta descripción es meramente orientativa):

- **Fase de iniciación o experimentación:** primer contacto con opiáceos, que suele ser en grupo, aunque en la actualidad también abunda el primer consumo de forma individual.
- **Fase de escalada:** consumo repetido a lo largo de varios meses (con interrupciones) y cada vez con más frecuencia.
- **Fase de mantenimiento:** uso regular de la heroína. El sujeto logra evitar los problemas asociados a su consumo. No hay efectos negativos, es una fase de satisfacción, confianza, creencia de que puede controlar el consumo sin problemas...
- **Fase disfuncional:** aparecen experiencias negativas derivadas del consumo de heroína: problemas físicos, infecciones dentales, problemas legales, sociofamiliares. El sujeto en esta fase puede hacer tentativas de dejar la heroína. Si fracasa en su intento, regresa a las fases 2 ó 3, sino pasa a la fase 5.
- **Fase de abstinencia:** se detiene el consumo de heroína y se distancia del mundo de la droga. Esta fase se puede llevar a cabo con o sin tratamiento dirigido
- **Fase de ex – toxicómano:** aquellos sujetos que alcanzan la fase de abstinencia con tratamiento y se convierten en colaboradores de programas de desintoxicación.

B) ESTIMULANTES MENORES: TEOFILINA Y TEOBROMINA (XANTINAS) CAFEÍNA, NICOTINA, COLA, KHAT

Los estimulantes menores estimulan la actividad cerebral. Los efectos secundarios más negativos son los de la nicotina.

La **teofilina** tiene un uso restringido y la podemos encontrar en los jarabes para el resfriado.

La **teobromina** es un componente del cacao. Uno de los efectos prioritarios es el dolor de cabeza. A mayor concentración de cacao en el chocolate, mayor cantidad de teobromina. Si se toma cacao puro, es probable que se produzca dolor de cabeza. El colacao también lleva teobromina, mientras que los sucedáneos del chocolate no. Ambas sustancias, teofilina y teobromina, son xantinas.

La **cafeína:** una taza de café contiene entre 100 y 150 mg de cafeína, si la cafeína se encuentra en forma de te,

resulta la mitad de estimulante (también tiene teína). Las colas también tienen cafeína (una tercera parte), al igual que las bebidas energéticas y también podemos encontrar esta sustancia en pastillas.

La cafeína puede producir adicción e intoxicación (cafeinismo). Se piensa que el 10% de los consumidores de café tienen cafeinismo. Las intoxicaciones con cafeína las consideramos como parte cotidiana. Ocurren cuando se toman más de 250 mg de cafeína (3 tazas), llegando incluso a una cantidad de 1000 mg (unas 10 tazas) diarias.

La intoxicación por cafeína produce efectos tales como contracciones musculares serias, incremento del nivel de activación con agitación psicomotriz, trastornos en el habla y pensamientos confusos. Dosis más elevadas a una cantidad de 10 tazas de café lo que producen son perturbaciones en la sensibilidad (destellos de luz, silbidos en los oídos). Más de 10.000 mg de cafeína producen crisis epilépticas e incluso la muerte por fallo respiratorio.

La cafeína y las xantinas, tienen como efectos consecuentes la ansiedad y el pánico.

C) ESTIMULANTES MAYORES

Cocaína

· Historia

La coca en hojas fue usada inicialmente por los sacerdotes incas. Posteriormente se extendió su uso de tal forma que en las regiones andinas se llegó a denominar la distancia que una persona podía recorrer masticando coca, mediante el nombre de cocada. Cuando los españoles llegaron a Sudamérica, reconocieron el uso intensivo de la coca e intentaron controlar a la población controlando el acceso a la misma. Trajeron la coca a Europa y a mediados del siglo pasado (S.XVIII), se extrajo la cocaína de la hoja mediante destilación (clorhidrato de cocaína). El uso de coca y cocaína en medicamentos, vinos y otras bebidas se extendió muy rápidamente en el Viejo Mundo. Algunos de estos preparados era la Coca-Cola.

Freud hizo experimentos con coca y fue un gran defensor del uso de la cocaína. Köhler y Halstead experimentaron con ella usándola como anestésico/analgésico a principios de siglo XX.

Se empezó a pensar que podía causar problemas, debido a las referencias bibliográficas de Sir Arthur Conan Doyle: Sherlock Holmes tomaba cocaína y tenía paranoias.

La droga se identificaba con el poder y era una droga habitual en jóvenes de clase media/alta y típica de políticos y empresarios. Actualmente la cocaína está más disponible.

(Apuntes de Cris: la cocaína en España)

· ORIGEN DE LA COCAÍNA

La cocaína es el alcaloide principal sacado del arbusto erythroxylon coca, proveniente de América del Sur (Andes: Bolivia, Perú). Su cultivo era legal. Los indios lo consumían a razón de 300/500 mg masticados al día. En nuestro marco cultural se presentan en forma de polvos cristalinos blancos, sobre todo en forma de clorhidrato de cocaína.

· VÍAS DE ADMINISTRACIÓN: INHALADA, FUMADA E INYECTADA

Inhalada

Lo que se inhala es **clorhidrato de cocaína**. La preparación es en forma de polvo, y se esnifa mediante el rulo, colocando la raya sobre una superficie lisa (espejo). Una raya contiene unos 20 mg de cocaína.

Cuando se inhala se absorbe por los vasos sanguíneos de las fosas nasales y a través del sistema venoso general se dirige hacia la vena cava y circula por el corazón y el cerebro. Aproximadamente después de unos 5 minutos de esnifar aparecen los efectos principales, pero la máxima concentración en sangre se alcanza a los 15 minutos. Entre 15 y 60 minutos es cuando el organismo está metabolizando los mg de cocaína ingerida, por lo que el efecto estimulante puede durar como media hora o más.

Fumada

Para fumar cocaína es necesario elaborar el polvo anterior (clorhidrato), para lograr una base o **crack** que sea fumable. Para cocinar la coca se utiliza bicarbonato, agua y calor. Al principio de todo se usaba éter, pero debido a su calidad explosiva producía quemaduras y por eso se sustituyó por bicarbonato sódico. Esta elaboración es estrictamente necesaria porque si no el polvo de la cocaína se descompone, al calentarse, en ingredientes que no producen los efectos buscados.

Fumar la cocaína es el modo más rápido de producir los efectos propios de la misma, acelerando el nivel de absorción. A los 8 ó 10 segundo de empezar a fumar ya ha podido ser absorbida. El crack (trozos sólidos marrón claro) recibe ese nombre por el ruido que hace al partirse. El modo de fumar crack es introduciéndolo en un pipa con un bol de agua, el humo pasa por el agua para enfriar los vapores, y que llegue antes.

El efecto placentero que produce fumar crack es poco duradero (entre 2 y 5 minutos). Tras estos minutos, lo que se produce es el efecto inverso: el estado de ánimo desciende rápida y violentamente. Esto es lo que se conoce como **crash**. Debido al crash, los fumadores encadenan sus consumos en forma de carreras o runs. Los runs pueden durar desde unas horas hasta días, por lo que, a pesar de que se consume de cada vez una menor cantidad de cocaína que si se esnifara, los consumidores de crack pueden llegar a consumir mediante runs hasta 10 veces más cocaína que en otra forma de consumo.

Otra forma más peligrosa de mezclar coca es el **basuko** o pasta de coca, que se elabora con gasolina, queroseno y ácido sulfúrico para extraer la pasta de las hojas. Esta sustancia pastosa se va secando y se fuma también en una pipa similar a la anterior.

Inyectable

Debido a que el polvo de coca se puede diluir, puede disponerse en una jeringa e inyectarse mezclada con heroína: **speedball**. Esta mezcla reduce la frecuencia respiratoria (bradipnea). Los consumidores pueden conseguir mediante este método, una tranquilidad que no buscaban. Ayuda a padecer crisis epilépticas

· EFECTOS BUSCADOS Y NO BUSCADOS DE LA COCAÍNA

La cocaína es un estimulante muy potente del SN, con efectos vasoconstrictores muy fuertes. Son típicas las sensaciones de euforia, de grandiosidad, la ausencia de cansancio, el estado de alerta y un aumento de la concentración.

Efectos no buscados: agitación psicomotora importante, deterioro del juicio, incremento de la agresividad...
La mayor parte de los consumidores, para evitar estos efectos no buscados, consumen cocaína junto con sustancias psicoactivas, alcohol, ansiolíticos...

· SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LA COCAÍNA

Cuando se deja de consumir cocaína se producen un intenso crash, caracterizado por sensaciones de malestar

(disforias), dolor gastrointestinal, depresión, trastornos del sueño (que pueden parecer como hipersomnolencia) y también hiperalgesia (se siente mucho el dolor). No suele dejar secuelas fisiológicas, aunque sí aparece la falta de energía y falta de sensaciones de placer que pueden durar de 1 a 10 semanas. Hay muchas recaídas. La coca produce una fuerte dependencia psicológica, pero poca dependencia física.

ANFETAMINAS

· Historia

La invención de las anfetaminas fue el resultado de la búsqueda de nuevas sustancias para el tratamiento del asma bronquial. En 1923, Chen y sus colaboradores aislan el ingrediente activo de una planta, el Ma Huang, que aparecía como recomendado en los tratados de medicina china en forma de infusión para los problemas respiratorios. El Ma Huang es la EPHEDRA VULGARIS, cuyas propiedades estimulantes del SN y sus propiedades broncodilatadoras son conocidas desde hace más de 1.000 años. Pero no fue hasta 1923 cuando se sintetizó la Ephedrina, y en 1927 se sintetiza la anfetamina, cuyos componentes químicos son:

ALPHA-METHYL-PHENY-ETHY-AMINA

Fueron utilizadas por los médicos, en un principio, pero perdieron su uso médico para pasar a ser protagonistas en el deporte, en las guerras. En los años 50 se ensayaron cientos de derivados de las anfetaminas, entre ellas, las metanfetaminas. En 1948, en Japón, hubo una especie de epidemia que tenía que ver con el fuerte uso de anfetaminas por parte de la población civil. Este uso iba acompañado de propaganda para levantar el ánimo de la población. Se daban 3 mg de anfetaminas en ampollas (y se inyectaban), llegando a consumir unos 90 mg al día. De hecho, en 1948, entre un 5 y un 10% de la población japonesa padecía dependencia anfetamínica.

En EEUU siguieron ganando popularidad (en los 70) debido al movimiento hippie y a su uso en el estudio y como método para adelgazar.

En la calle se conocen anfetaminas como el speed o los bennies.

Algunas presentaciones médicas de anfetaminas son:

- sympathina
- catabolic
- centramina

· TIPOS DE ANFETAMINAS

Speed

El speed es clorhidrato de metanfetamina, pero no suele considerarse como droga de diseño. Es de rápida extensión y tiene efectos parecidos al éxtasis. Se adultera muy frecuentemente. El modo de administración es inhalado, se esnifa al igual que la coca, la diferencia es que el speed huele a rosas. Al speed se le conoce también como hielo y shabú.

Popper

Es un estimulante vasodilatador muy potente. No es un producto nuevo. Se vendía en los sex-shops como afrodisíaco.

El Popper es nitrito de amilo, que sería un puente entre las anfetaminas, las metanfetaminas y los alucinógenos). Se consume como líquido incoloro, inodoro y mediante inhalación. Se presenta a veces en tubos de ensayo. Tiene unos efectos muy rápidos, casi inmediatos, acentuando la sociabilidad y la sensación de euforia, pero muy poco duraderos; enseguida aparece el bajón. Produce un enrojecimiento en la cara y en el cuello del consumidor, puede provocar taquicardias, mareos, hipotensión, cefaleas y vómitos. Provoca tolerancia y sobre todo, dependencia física.

· EFECTOS GENERALES DE LAS ANFETAMINAS

Las anfetaminas son estimulantes del SN y compiten parte de los efectos de la coca. Provocan una subida del estado de ánimo y una disminución de la fatiga y del apetito. Muchas personas dependientes tienen como antecedente el utilizarlas para adelgazar. Finalizados los efectos deseados de las anfet, aparece el **efecto rebote**: fatiga, depresión... Si reprimimos de repente el consumo después de un tiempo, aparece un sueño excesivo e incontrolable, apetito voraz... Al tener los mismos efectos que la cocaína a nivel de SN, muchas personas acaban dependiendo de las anfetaminas porque previamente habían usado cocaína para, por ejemplo, controlar el apetito.

El consumo de las anfet suele ser de tipo **esporádico o episódico**, esto es, concentrado en determinadas fechas (fines de semana, fiestas...), pero también se puede consumir de manera **crónica**. El consumo crónico se caracteriza por la administración diaria de dosis semejantes a las anteriores o más bajas, pero constantes.

· SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE LAS ANFETAMINAS

El síndrome de abstinencia se da cuando las dosis han sido altas y durante muchos días. Sobre todo cuando las dosis son altas, el síndrome es bastante fuerte. Dura bastantes días y tiene efectos rebote. Además, habitualmente los consumidores mezclan las anfetaminas con otras sustancias psicoactivas (depresores) de efecto contrario para compensar el efecto de las anfet.

METANFETAMINAS

MDMA (éxtasis) **MDEA** (o EVA) **MDA** (píldora del amor) **MBDB** (nuevo éxtasis)

Estimulante Más estimulante

Poco alucinógeno Poco alucinógeno Mal alucinógeno Muy poco alucinógeno

Han recibido el nombre genérico de **drogas de diseño**, pero no todas pertenecen a los mismo grupos.

El nombre de drogas de diseño se popularizó en los 60, a partir de Geri Genderson y hace referencia a todas aquellas sustancias creadas en laboratorios a partir de la modificación de la estructura nuclear de una sustancia. Según esta definición hasta el crack podría ser una droga de diseño.

También se hacía referencia a drogas de diseño en relación con todas aquellas sustancias de origen sintético que en los 60 empezaban a ser objetos de tráfico ilegal. Hacía referencia a casos distintos: nivel de legalidad, forma de obtención del producto...

Describiremos aquí como droga de diseño a *aquellas sustancias que se organizan entorno a las metanfetaminas y que sirven de puente a los alucinógenos*.

A las metanfet se las llama también drogas **empatógenas, entactógenas o contactógenas**, subrayándose la capacidad de estas sustancias para poner en contacto a una persona con otras o con uno mismo, para profundizar, conocerse. Todas estas drogas aumentan la facilidad para entablar relaciones interpersonales.

Las metanfetaminas más conocidas son el **MDMA** y el **MDA**, ambas con antecedentes en vegetales. En el caso del éxtasis o MDMA, el ancestro vegetal son los aceites contenidos en la nuez moscada, el azafrán, perejil, vainilla. El ancestro vegetal del MDA es un ingrediente del azafrán: el safrón, tratándolo con amoníaco.

El MDA fue sintetizado hacia 1910 por una multinacional farmacéutica alemana, mientras que el MDMA lo fue en 1912 por primera vez, mediante la adición de un grupo metilo.

Tanto el MDA como el MDMA cayeron en el olvido, sobre todo hasta que en 1955 el ejército americano lo probó en animales para comprobar su toxicidad. A partir de ahí, 4 años más tarde se dijo de ellos que eran neurotóxicos y volvió el periodo de olvido. Pero en 1983 el éxtasis se convierte en la droga de moda (popularizado por la New Age). Durante los años 80 se describe el éxtasis como no adictivo, se afirma que no distorsiona la realidad y que no lleva a conductas destructivas o antisociales, por lo que no se le ve nada negativo. Se le describe como la droga de la diversión, la droga para bailar. Comienzan a surgir las fiestas del éxtasis, pero al mismo tiempo también aparecen los movimientos en contra. En América se prohíbe, hacia 1985 el consumo y el tráfico de éxtasis. La OMS ratifica que el éxtasis no tiene ninguna virtud terapéutica.

En cuanto a la toxicidad de las metanfetaminas no se puede generalizar ningún resultado. Las investigaciones son malas, con diseños, dosis y muestras malas e imposibles de generalizar. Cada investigador demuestra lo que piensa.

MDMA

3, 4 METILENDIOXIMETANFETAMINA

Sus ancestros vegetales los encontramos en los aceites de la nuez moscada.

Recibe nombres como: éxtasis, xtc, bicho, adán, x, banana split... Aparece en el mercado en dosis de 100–150 mg. El MDMA es un derivado metanfetamínico que tiene parecidos químicos con los estimulantes y con los alucinógenos. Después de etapas de oscuridad, sale a la luz en los 60, primero en grupos reducidos y luego, ganando popularidad, se convierten en los 80 en la droga de moda.

El MDMA fue sintetizado por la Casa Mer, a principios de siglo, como medicamento para personas obesas, pero se retiró muy rápidamente y no fue comercializado. A finales de los 70 se emplea por psiquiatras para superar problemas de comunicación que mostraban algunos pacientes, pero su uso actual surge en Ibiza y Londres (fiestas del éxtasis).

Varios autores defienden que el MDMA tiene efectos positivos en contextos terapéuticos, de igual modo que otros autores aseguran la existencia de naturaleza neurotóxica.

Efectos positivos del MDMA

- mayor facilidad para las relaciones interpersonales
- mayor conciencia de las sensaciones propias y ajenas
- mayor empatía
- disminución de la sensación de miedo ante determinadas situaciones o ante los demás
- disminución de la ansiedad o de la agresividad
- disminución de los mecanismos de defensa ante los demás
- buen recuerdo de los acontecimientos pasados

Efectos negativos del MDMA

- agresiones
- psicosis
- depresiones posteriores al consumo
- trastornos de pánico
- sentimiento de despersonalización y desrealización
- dificultad para la concentración
- fatiga
- neurotoxicidad

La dosis de mercado se encuentra entorno a unos 100–150 mg por pastilla. La dosis letal media va entorno a unos 700 mg (unas 5 pastillas). A partir de los 300 mg consumidos, los efectos son menos entactógenos (metanfetamínicos) y más de tipo anfetamínico. Históricamente, no solían aparecer abusos de estas drogas, porque la consigna habitual era el menos es más. Actualmente hay consumos excesivos (de hasta 10 pastillas) para aguantar un fin de semana sin dormir. Con dosis mayores a 3 pastillas, el riesgo para la vida se ve seriamente incrementado. Entre 500 y 1000 mg los efectos negativos pueden llegar hasta la catalepsia.

Escotado afirma que la toxicidad después de un consumo prolongado, empieza a producirse cuando una persona ha consumido más de un centenar de dosis en algunos años. A partir de ahí hay mayor resaca y una insensibilidad creciente a los efectos de las anfetaminas (desarrollo de la tolerancia).

Independientemente del tema de la toxicidad, el MDMA puede producir temblores, fatiga, dolor de cabeza, rechinar de dientes, malestar, depresión, taquicardia, sequedad en la boca, sudoración, insomnio... e incluso en dosis altas fallo respiratorio. Además, el MDMA es **hipertérmico**, provoca una subida de la tasa cardiaca, junto con vasoconstricción y disminución de la sensación de sed y calor. La persona está deshidratada, pero no se da cuenta. Esto unido a los ambientes caldeados propios de las fiestas bacaladeras y el humo, hace que los consumidores pierdan líquido y sales corporales a una velocidad enorme. Si no se hace nada para recuperar la hidratación y las sales, la temperatura corporal puede llegar a 40° o más (en esos casos, hay que acudir a urgencias). Tiene un efecto alucinógeno mínimo.

El éxtasis en el mercado

Se comercializa en forma de pastillas de colores que reciben varios nombres: xtc, bicho, adán, x,... Muchos distribuidores imprimen su marca en la pastilla: hoz y martillo, playboy, seven up, picapiedra, snoopy... También puede aparecer en polvo

(fiestas rave)

Las pastillas aparecen muy adulteradas, con sustancias como el paracetamol (que es inofensivo) o con sustancias para las lombrices intestinales de los perros, quetamina... Muchas muertes debidas a la ingestión de pastillas se producen por el adulteramiento del éxtasis con MDA (que sí es neurotóxica).

MDA

METILENODIOXIANFETAMINA

Ésta es una sustancia sintética parecida a la psilocibina. Sus efectos se manifiestan inmediatamente después de ingerir las píldoras y persisten entre 30 y 60 minutos. Es moderadamente alucinógena. Se ha descrito como droga que incrementa el deseo de contacto interpersonal, aumento de la sensación de bienestar, aumenta el nivel de consciencia y el sentido de la unicidad, baja la ansiedad y las defensas. Ha recibido el nombre de la píldora del amor, aunque no se le conocen propiedades afrodisíacas, sino más bien una disminución de la facilidad para alcanzar el orgasmo.

Si hay toxicidad aguda aparecen colapsos cardiovasculares, hipertermia, arritmia cardiaca e hipertensión.

Es moderadamente alucinógena

MDEA

Es un derivado del MDA.

Existen otras anfetaminas que son alucinógenas, como el **DOM** o el **PMA**.

PMA: es llamada la droga de la muerte y tiene una toxicidad muy elevada.

DOM: lo introdujo Alexander Shuglin que era partidario de utilizarlo en intervención psicoterapeuta en 1963 y 4 años más tarde se introduce en la cultura hippie como STP (serenidad, tranquilidad, paz). A dosis de más de 5 mg se desencadenan episodios visionarios que pueden durar hasta 72 horas y que producen una estimulación simpática muy fuerte, afectando a la temperatura, la tensión, respiración...

DMT: los treaps del ejecutivo. Dura unos 5 – 10 // 10 – 15 minutos. Produce visiones tan fantásticas que casi impiden hablar o mantenerse en pie. En el mercado aparece de forma fumable o inyectable. Sabe y huele muy mal.

E) ALUCINÓGENOS

- **LSD-25**
- **MESCALINA**
- **PSILOCIBINA/XILOCIBINA**

La psilocibina/xilocibina está contenida en unos hongos que reciben el nombre de psilocibes. A su vez, la mescalina es una sustancia que tiene el peyote, pero el producto derivado de los alucinógenos más conocido es el LSD-25 (ácido lisérgico).

Los alucinógenos también son llamados psicodélicos (haciendo referencia a su supuesta propiedad de ser reveladores de la mente) y psicomiméticos (simulan un estado psicótico).

Se consumen normalmente por vía oral. El LSD es papel secante impregnado de ácido lisérgico. También se suele llamar tripi, ajo, superman, letras, bicicletas, panorámix...

Los alucinógenos provocan cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en el pensamiento y no alteran el nivel de consciencia (no producen confusión mental). Las alucinaciones que producen suceden según las expectativas del que los consume. Se empiezan a producir con dosis pequeñas, de unos 20 mg y los efectos pueden durar hasta 18 horas. Además tienen una peculiaridad: pasadas varios días o varias semanas, después de la toma, pueden volver a aparecer alucinaciones.

La primera experiencia suele ser negativa y se necesita una especie de introductor para tomarlos... El uso de estos alucinógenos suele ser esporádico, no continuado, por lo que no se llega a producir dependencia física, ni síndrome de abstinencia, pero sí aparece la tolerancia. La dependencia psicológica no suele ser muy intensa.

El **LSD-25** produce, aparte de las alucinaciones, mareos, sensación de debilidad, náuseas, a veces visión borrosa, agudización del sentido del oído... Los derivados del LSD-25 son el Cásper (recibe ese nombre porque tiene el dibujo de Cásper) que se consume en pastillas, y el Simpson, que es el derivado más fuerte (se ha llegado a llamar aniversario porque produce una reacción el doble de fuerte que el LSD). Algunos

aniversarios se llamarán también Holandeses.

F) DERIVADOS DE LA FENILCICLIDINA O ARILCICLOHEXILAMINAS

Estas sustancias admiten la vía oral, venosa, fumada e inhalada y la aparición de múltiples formas.

PCP

El PCP o polvo de ángel, se conoce también como la píldora de la paz, niebla y cristal. Según la forma de consumirla puede tardar desde 1 minuto a 1 hora en hacer efecto, durando éste unas 6/8 horas. Se empezó a utilizar en los 50 como anestésico, pero se suspendió su uso por los efectos secundarios. Producía un estado mental parecido al de los alucinógenos. Se consume poco y lo más habitual es que se haga con otras sustancias. Es raro que se consuma en dosis grandes o de forma continuada. No es fácil encontrar a una persona con dependencia de esta sustancia.

Efectos del PCP

Los principales efectos son la distorsión de las imágenes, cambios en el estado de ánimo, mareos, taquicardia, sudoración, rigidez muscular...

Ketamina (super K o special K)

La Ketamina (también apretamina ¿?) ha tenido también un uso médico y es el anestésico disociativo por excelencia (da la sensación de despersonalización, ser más de una persona). Tiene unos efectos similares al PCP: despersonalización, euforia, analgesia, alucinaciones... Se distribuye en forma de papelina o ampollas de unos 10 mg aproximadamente. Se mezcla en muchas ocasiones con cocaína y se llama Calvin Klain.

G) INHALANTES

Se consumen a través de la nariz o la boca, inhalados. El compuesto químico que produce los efectos psicoactivos son los hidrocarburos alifáticos e hidrocarburos aromáticos. Éstos se encuentran en disolventes, pinturas, en los líquidos conectores de la máquina de escribir, en lacas de uñas, quitaesmaltes, aerosoles, pegamentos...

La imagen tradicional es la de ser la droga de los pobres, ya que o es barata o es gratis o se puede robar fácilmente.

Su consumo se da sobre todo en zonas marginales, y se suele empezar a tomar en edades tempranas. Se introduce la sustancia en una bolsa de plástico y se inhala. También se puede impregnar en un paño y juntarlo a la nariz. Los efectos por cada inhalación duran muy poco y son similares a los de una borrachera. Hay una sensación de flotar y de euforia. Luego le sigue un estado de irritabilidad, sedación, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, diarrea... Puede aparecer un efecto rebote de irritabilidad. Si su consumo persiste se producen hepatitis, problemas pulmonares, anemias, neuropatías, problemas circulatorios... Estas drogas suelen ser consumidas por personas muy jóvenes.

Todos estos inhalantes son usados por la industria y se trata de buscar medidas para que no afecten a los trabajadores (de ahí el uso de mascarillas), pero sigue habiendo problemas tanto físicos como psicológicos. Los problemas psicológicos suelen ser de deterioros mentales a nivel de razonamiento y memoria.

H) DERIVADOS CANNABICOS

El cannabis es la planta del cáñamo. Tiene **THC** (tetrahidrocannabinol), un principio activo del que derivan los

cannábicos. De los derivados se consume fundamentalmente la resina del hachís y las hojas de la planta (marihuana). La resina del hachís tiene más poder adictivo que la marihuana porque contiene más cannabinoides (¿??).

Se dice que los cannábicos no producen dependencia, pero no es cierto... aunque el grado de dependencia que se da es muy bajo. Por eso mucha gente consume chocolate de forma continua; sobre todo entre adolescentes y jóvenes es muy frecuente consumir derivados cannábicos.

Si la cantidad consumida es grande, pueden darse intoxicaciones graves.

Producen efectos negativos mucho menores que otras drogas. Los síntomas positivos son la sensación de bienestar, relajación, euforia, elevada activación sexual (se dice ¿?). Hay otros efectos como el letargo, los problemas atencionales, de memoria...

Hay discrepancia de opiniones sobre la gravedad del consumo... Hay autores que dicen que producen efectos graves, pero la creencia de la población es de que no hace nada. Lo que sí ocurre es que, por ejemplo, 20 porros en una noche producen un estado psicótico.

D) DROGAS MÉDICAS: PSICOFÁRMACOS (SEDANTES, HIPNÓTICOS, ANSIOLÍTICOS, BARBITÚRICOS...)

El uso es generalizado. Los más famosos son las **benzodiacepinas**: se usan para la ansiedad y llevan mucho gasto sanitario. Ejemplos de esto son: tranquimazín, lexatín, transilium, librium, aneural, valium (diacepán).

Todas estas sustancias producen intoxicación, abstinencia y tolerancia. Se abusa mucho de ellas. Se suelen ingerir por vía oral y la dependencia aparece cuando existe una continuidad temporal. La tolerancia a su vez, aparece rápidamente y cada vez se incrementa más el uso de las pastillas (mañana, tarde, noche...). En muchas ocasiones puede aparecer incluso síndrome de abstinencia sin darnos cuenta de porqué lo tenemos.

El valium es lo más utilizado (diacepán). Los jóvenes usan determinados hipnóticos para aumentar o disminuir los efectos de otras sustancias (por ejemplo, con coca, anfetaminas...).

TEMA 2. ASPECTOS HISTÓRICOS

• CONTEXTOS SOCIALES E HISTORIA DEL USO DE LAS DROGAS

MÉTODOS DE ESTUDIO HISTÓRICO

Incluyen registros arqueológicos, antropológicos (sociedades praeliterarias), históricos.

Registros arqueológicos:

- Consumo de alcohol desde los primeros tiempos:
 - Mediterráneo: Restos de vasijas donde se guardaban vinos. Se descubrieron en restos de ciudades y de naufragios.
 - China: Encontramos información sobre el uso de vinos en cementerios, de restos de ofrendas, utensilios del difunto...
- Consumo de opiáceos: Se ha documentado que había almacenes donde se escondían las semillas en excavaciones arqueológicas en Turquía.

- En las esculturas de sacerdotisas de Creta aparecen grabados que indican cómo estas sociedades recogían el opio, aparece la flor, la recogida, cultivo y uso de la misma.
- En los edificios Incas, Mayas y Aztecas se muestra el uso de drogas alucinógenas para rituales.

Registros antropológicos: han demostrado un uso casi universal de las drogas a lo largo de nuestra historia. Las sociedades tribales y campesinas de América (antes de Colón) usaban drogas como el peyote, la coca, el tabaco, el café. Los alucinógenos se usaban con fines rituales pero el resto acompañan (¿?) a la vida cotidiana. Las gentes del nuevo mundo descubrieron distintos modos de administración, inhalaban, masticaban e incluso usaban la vía rectal.

Antes del descubrimiento de América, en Europa las drogas sólo se consumían ingeridas. La droga fumada y la inhalada vinieron como costumbres del nuevo mundo. África y Euroasia se especializaban en la producción de distintos tipos de alcohol derivados de miel, de frutos, de leche...

Registro histórico: los registros sobre alcohol y opio aparecen ya en Asia, China y la India, y se describían como sustancias para sanar enfermedades. En la época medieval empieza a aparecer el fenómeno de que los viajeros encuentran aberrante el uso que tienen otras gentes de las drogas (por ejemplo, los ingleses criticaban a los escandinavos por beber tanto alcohol y los cristianos a los árabes por consumir hachís, alegando que ése era el motivo de que mataran tanto). Empieza a aparecer la afiliación a un determinado grupo y una determinada sustancia. Las drogas dan una señal de identidad religiosa y elimina por oposición a los grupos adyacentes (¿?)

EFECTO DE CAMBIOS SOCIALES Y CULTURALES EN EL USO DE DROGAS

Los avances técnicos, comerciales, políticos han modificado el tipo de drogas, las vías de administración, el coste de las mismas...

- Avances técnicos en la purificación de las plantas. La industria farmacológica. Como destilar, cómo trabajar con las plantas para obtener productos duros. Las sustancias que vienen de las plantas son más potentes, es más fácil el contrabando y se abarata su coste. Por ejemplo, el opio (4.000 a.C) se ha ido haciendo de él sustancias más concentradas y más activas y más fáciles de manejar. Del opio salió la morfina que fue descubierta a finales del XIX y aplicada a los tratamientos contra la tos, el asma... Mediante esto, se permitió que se descubriera por la industria Bayer la heroína. Se comercializó como una sustancia fácil de usar, sin adicción, remedio para los morfinómanos y los asmáticos. Del cannabis, el aceite de hachís, de las anfetaminas las metanfetaminas... Los avances también influyeron en las vías de administración. Hacia mediados del XIX se inventa la inyección, tras la introducción de medicamentos por vía parenteral y poco después ésta se usa para la heroína.
- Guerras del opio entre inglés y chinos. Los ingleses cultivaban y manufacturaban opio en India y luego lo vendían en China. A veces lo retenían (¿?) para obtener intereses comerciales varios, como aumentar la demanda.
- Variables de tipo social y cultural tan potentes que influyen en la xxxxxxxxx de las drogas. Por ejemplo, mayor enrojecimiento entre asiáticos e indios americanos cuando ingieren alcohol. No hay explicación fisiológica pero se ha utilizado esto para explicar los bajos índices de alcoholismo en los asiáticos y el alto en los americanos. La doctrina budista sobre el enrojecimiento como signo negativo es algo a evitar y por eso los budistas beben poco alcohol. La gente en su relación con la droga tiene mayor influencia que la propia droga (tabúes, expectativas, tradiciones...).

MODELOS HISTÓRICOS DEL USO DE LAS DROGAS

Uso ceremonial

El peyote es una sustancia sacramental para la iglesia de los nativos americanos. El uso de otras sustancias alucinógenas en culturas sudamericanas es bien conocido. Tiende a ser un uso seguro, porque sólo se da en ciertos momentos y se ve como negativo el uso abusivo y en otros momentos.

Uso secular

El uso de drogas aparece en contextos cuasi rituales. Se bebe en días especiales, celebraciones, fiestas nacionales, tradicionales... Rituales familiares como bodas, nacimientos, comuniones, funerales o arreglos de negocios. Las hermandades requieren el uso de alcohol, competiciones entre grupos...

El Dutsen es un pequeño ritual (donde se pasa de tratar de tú a alguien) en el que los amigos acuerdan tutearse con la copa en la mano derecha.

Algunos usos pueden implicar grandes dosis o incluso intoxicaciones. El uso secular no suele desarrollar grandes adicciones, excepto que la razón central de la existencia de ese grupo sea el uso de la sustancia (determinados grupos que sólo se verían para fumar opio).

Uso medicinal

La necesidad médica de su uso ha prevalecido en todas las culturas. Por ejemplo, con la prescripción de opio por los médicos chinos. Para cualquier droga hay un uso médico y se dice que no implica riesgos siempre que no se haga automedicamento. Lo cierto es que sin automedicación, esto es, con una prescripción médica, la morfina hizo morfinómanos (la prescripción médica no es tan claramente inocua), hay amas de casa con tolerancia y síndrome de abstinencia por barbitúricos o somníferos... La automedicación está ligada a la cultura médica, pues para cualquier problema tiene que haber un fármaco que lo solucione.

Uso de tipo dietético

Se refiere al uso de alcohol como fuente de calorías y el de cannabis y otras hierbas para resaltar el sabor de los alimentos (en Malasia se usa mucho en sopas, tartas, pasteles y tes). Hasta hace muy poco, el opio se daba en bodas como postre de sobremesa.

Uso recreativo

No hay ningún aspecto ceremonial. Se refiere al uso de SPA en circunstancias sociales (¿?): tiempo libre, con los amigos... Normalmente se usan para reducir el miedo a estar con la gente, incrementar la autoestima, eliminar el aburrimiento, para inducir relaciones, para sentirse mejor...

Podríamos poner más usos, por no han sido muy amplios y podrían recogerse también en esta tipología. Por ejemplo, el siglo pasado las mujeres tomaban belladona para estar sonrojadas.

• INTENTOS DE CONTROL DE LAS SPA

El uso de SPA puede desencadenar el abuso. Las culturas han buscado un remedio para controlar su uso. Una de estas medidas es la **legislación**, el uso de leyes. Por ejemplo, los aztecas precolombinos tienen una legislación sobre el consumo de alcohol. Para controlar el consumo del SPA, en el S.XVII, en Inglaterra, se creó la ley para controlar la epidemia del Ginebra. En China, también se promulgó una ley contra el opio.

Otro método han sido las **normas religiosas**:

- **Islamismo:** adoptaron la abstinencia al alcohol como una norma religiosa, adoptada tras la masacre de una ciudad en la que la guardia estaba borracha.
- **Budismo:** se preconizaba la abstención al alcohol como forma de llegar al nirvana
- **Mormones:** prohíben el uso de SPA hasta el punto de estar prohibidas la cafeína y la cocaína.

• HISTORIA DEL TRATAMIENTO

Se conservan relatos históricos de los intentos de tratamiento. Relatos autobiográficos o biográficos, periodísticos... que muestran los distintos métodos que se han empleado desde hace siglos y que aún hoy se usan en contextos profesionales y no profesionales. Estas modalidades incluyen:

- ◊ descripciones sobre la disminución de las dosis gradualmente
- ◊ usar medicación para los síntomas del síndrome de dependencia, (metadona)
- ◊ aislar a las personas adictas de la sustancia
- ◊ aislar al adicto de sus amigos consumidores
- ◊ conversión religiosa (muy clásico y común)
- ◊ internamiento en un entorno de apoyo
- ◊ grupos de apoyo
- ◊ métodos espirituales: chamanes, magias, pócimas

En tratados de los siglos XVIII o XIX, se propone alejar a la persona de la sustancia, impedir la accesibilidad... Los autores que originariamente, en el año 65, propusieron el método fueron Doie y Nyswander, para los cuales el tratamiento de metadona debería ser acompañado de una terapia psicosocial con intervención individual y social. Otro tipo de tratamientos que aún se conservan son los de desintoxicación, más frecuente desde mediados de siglo. Se implantan programas de tratamiento en instituciones públicas. Tienen de negativo que las facilidades para la entrada son iguales para la salida y vuelta a la intoxicación. Los grupos de autoayuda surgen a principios y mediados de siglo, habiendo profesionales y no profesionales.

A finales de la 2ª Guerra Mundial, aparecen los tratamientos en granjas y comunidades terapéuticas, tratamientos muy avanzados que se han convertido en programas de inserción. Tratamientos, también muy intensivos, que incluyen distintos tipos de terapias, familiares, individuales, grupales... El equipo de estas granjas suele ser estar compuesto por profesionales multidisciplinarios.

Como último tipo de referencia de tratamiento, están las técnicas de prevención. Ya fueron aplicadas en la Epidemia de la Ginebra y continúan usándose en la actualidad.

Existen técnicas de lo más variado:

- control de las horas y lugares de venta
- tasas para el incremento del precio de las cosas
- cambio de actitudes de la población a través de los medios de comunicación
- programas de tipo educativo de información
- abstinencia por motivos religiosos
- alejar al sujeto de los amigos que también consumen drogas (¿todo esto va aquí?)
- conversión religiosa (método tradicional)
- apoyo de grupos que tienen una historia antigua
- internamiento de la persona en un ambiente de apoyo y comprensión
- métodos espirituales (chamanes, hierbas medicinales...)

Los indios americanos dicen que las aproximaciones modernas al tratamiento de las adicciones han tenido su origen en los tratamientos de BRUSH (S.XVIII). Este autor desarrolló una categorización de alcohólicos y después de hacer esta tipología prescribió un tratamiento que consistía en un periodo de internamiento alejado

de responsabilidades y del alcohol. Este internamiento se hacía en el contexto familiar (muy moderno) en medio del respeto y del apoyo de la familia. Es muy fácil cómo se ha extrapolado el hacer el tratamiento en instituciones. Actualmente estos tratamientos de internamiento conservan parte del tratamiento moral propuesto por Brush.

En nuestro siglo, se proponen tratamientos como:

- ◆ la sustitución de una droga por otra. Por ejemplo, antiguamente el lándano (derivado del opio) como tratamiento para el alcoholismo. Este modelo de tratamiento aún sigue en vigor (metadona por heroína)
- ◆ cura de desintoxicación
- ◆ grupos de autoayuda
- ◆ terapia grupal y comunidades terapéuticas

TEMA 3. TEORÍAS GENERALES SOBRE LAS ADICCIONES (FOTOCOPIAS)

Una teoría sería un conjunto de afirmaciones acerca de qué relaciones mantienen una serie de eventos. En adicciones las teorías generales intentan proporcionar las bases para explicar y comprender por qué aparecen las adicciones y qué hay que hacer para que desaparezcan (contribuyen siempre a seleccionar el tratamiento que se utilizará). Por ejemplo, desde el modelo médico, donde la adicción es vista como una enfermedad física, se elegirá un tratamiento de tipo físico: medicación (metadona— heroína)...

Marco ético-legal, o jurídico y moral

Considera las adicciones como señal de un carácter débil. Se anima a los adictos a tener una mayor fuerza de voluntad. El origen de las adicciones estaría entonces, en la inmoralidad de los sujetos o en sus características antisociales, vinculando lo moral con lo legal y pensando en las adicciones como algo delictivo y por tanto, relacionándolo con una sanción legal como intervención. Las medidas preventivas son de tipo represivo y punitivo (teorías de tipo religioso)

• mODELO MÉDICO

con el modelo médico desaparece el origen de las adicciones como un síntoma de carácter inmoral. Comienza a concebirse a los adictos como enfermos, no como seres perversos e inmorales. Este modelo se desarrolla con dos perspectivas:

- ◆ **Modelo de enfermedad:** se considera que una persona adicta tiene una enfermedad física, que poseerá carácter crónico si no se le aplica un tratamiento. Este modelo surge este siglo con los alcohólicos. Según este modelo, lo que caracteriza a las adicciones es que dependen de una cierta predisposición genética y el alcoholismo supone una pérdida de control y una persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias negativas.
- ◆ **Teorías farmacológicas:** Intentan explicar el abuso y la adicción a la droga centrando la atención en los aspectos farmacológicos de las drogas. Se explica desde aquí la adicción como el incremento de la tolerancia en el sujeto a una sustancia. La exposición crónica a una droga produce una alteración en el metabolismo celular y el sujeto tiene dificultades para funcionar normalmente sin una dosis de esa sustancia (neuroadaptación).

La prevención propuesta por este modelo consiste en medidas de educación para la salud: información sobre los efectos nocivos de las drogas. Esto presupone que se puede prevenir el consumo de drogas si se conocen sus efectos nocivos

Teorías conductistas

Se van a desarrollar a raíz de un trabajo de Wiklen que afirma que los individuos adictos a opiáceos mostraban el síndrome de abstinencia mucho tiempo después de tomar la última dosis.

• MODELO SOCIOCULTURAL

Según este modelo, el origen de los problemas relacionados con las drogas está en situaciones sociales y contextuales precarias. Por ello, se van a analizar las características sociológicas: culturales, sociales, económicas... que rodean al sujeto, porque ve en ellas el origen y mantenimiento de la conducta adictiva.

Un modelo sociocultural muy conocido es el de **Peele**, que dice que no es la sustancia quien genera la adicción, sino el modo que tiene el sujeto de interpretar la experiencia de su consumo. Para Peele, supone una forma de afrontar las situaciones difíciles de la vida.

La adicción suele comenzar para escapar de algún tipo de dolor, físico o emocional. Así, nuestra cultura favorece el fenómeno de las adicciones al tener como valor el éxito individual. Como esto es difícil de conseguir, refugiarse en una adicción supone ver la vida desde otro lado. Además, como nuestra vida cotidiana está cada vez más controlada por las instituciones, la adicción es una forma de escapar a dicho control. En definitiva, para Peele, es nuestro marco social el que lleva a que el consumo de una sustancia resulte adictivo.

• MODELOS PSICOLÓGICOS

TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Uso de las drogas como respuesta al sufrimiento psíquico

Algunos autores psicodinámicos son: Khantzian, Dodes, Würhser...

Las formulaciones psicodinámicas actuales han subrayado que, además del significado objetual de las drogas y del papel del conflicto, el determinante más importante es la existencia de deficiencias en el desarrollo del ego y las funciones narcisista, que se concretan en:

- Trastornos en la autorregulación de la vida afectiva
- Déficits en la autoestima, el autocuidado (que dan lugar a situaciones peligrosas)
- Déficits en las relaciones yo – otros

Estas son áreas de vulnerabilidad psicológicas que contribuyen a la adicción y que deben ser el objetivo de cualquier psicoterapia. La teoría que se ha derivado de la postura psicodinámica es la Teoría de la automedicación.

Cristal y Raskin afirman que los adictos tienen una barrera estimular defectuosa que les hace susceptibles a sumergirse en estados afectivos traumáticos, debido a que todos los estímulos que les llegan (tanto internos, como externos), los van a interpretar como negativos y dañinos. Describen el proceso de desarrollo afectivo como un proceso en el que las personas no tienen la habilidad de tomar sus sentimientos como señales, no pudiendo manejarse con ellos. No tienen un buen control de los estímulos y no pueden regirse por lo que sienten. Las drogas les servirían para evitar las experiencias afectivas negativas y para corregir la indefensión que sienten (de ahí el narcisismo que se les atribuye: protección hacia uno mismo como meta principal en la vida). Todos los estímulos les hacen daño, y con la droga evitan ese dolor. Se altera la propia experiencia interna y según usen o no la droga, se gana control o no sobre esa experiencia interna. Esta necesidad de control se describe como un impulso de control agresivo (necesitan ese control), que es lo que da a las

adicciones ese carácter compulsivo.

Wübser describe una crisis narcisista en los adictos en la cual las drogas se usan para resolver sentimientos de rabia, frustración, culpa... que les resultan intolerables. Una de las funciones de una adicción es, por tanto, controlar sentimientos intolerables.

Otra de las áreas centrales de las teorías psicodinámicas es el tema del autocuidado y la autoestima. Los adictos tienen problemas para protegerse a sí mismos de un peligro, porque no cuentan con la suficiente autoestima para cuidar de sí mismos.

Khantzian y cols afirman que si los adictos se colocan en situaciones de peligro y suelen fracasar en su intento de proteger su salud. Esto se relaciona con una escasa protección en su infancia de parte de los padres, por lo que se da un fracaso en la interiorización del autocuidado. De igual manera, se explica el problema del déficit de autoestima: si durante la infancia no recibió el suficiente cariño de sus padres, es probable que no haya interiorizado la autoestima.

Por último, las teorías psicodinámicas hablan de un déficit en las relaciones yo-otros, entendido como una mala percepción de la realidad. El sujeto adicto no acepta, no le gusta la realidad que le rodea, por ello, intenta cambiarla y a través de la droga genera una realidad propia.

TEORÍA DE LA AUTOMEDICACIÓN

Se parte de la hipótesis de que algunos efectos específicos de las drogas ayudan a que aparezca una preferencia por la droga porque permiten la expresión de ciertos sentimientos. Esta hipótesis se llama **hipótesis de la automedicación**. Por ejemplo, el uso de narcóticos como moderadores de la rabia, cocaína u otros estimulantes para la depresión, para los problemas de atención, aburrimiento, vacío... Ante determinados sentimientos y problemas habrá una droga que será preferente usar para resolver el problema. Buscar una droga es, por tanto una forma de solucionar un problema.

La versión más actual de la Teoría de la medicación es la **Teoría de la Reducción del afecto negativo**: el uso inicial de la droga aparece cuando el sujeto tiene sentimientos de afecto negativo y la droga le reduce acto seguido a su consumo este sentimiento negativo. El malestar psicológico sería por tanto el motivador del uso inicial de drogas. Ahora bien, el uso de drogas puede contribuir a una escalada en su consumo, porque el propio uso dificulta e incluso impide encontrar otras vías para solucionar los problemas de salida. A largo plazo, las personas que usan una determinada droga para paliar su malestar, se encontrarán con más dificultades aún para enfrentarse a los acontecimientos vitales. La adicción además, se asegura de que no puedan encontrar otra solución alternativa a sus problemas.

Con todo esto, a largo plazo, una droga adictiva no puede sino incrementar ella misma el sentimiento de malestar.

TRATAMIENTO

El primer paso es lo que se conoce como **estadio de estabilización**: se trata de valorar la gravedad de la adicción del sujeto. Trata de buscar los objetivos a corto y largo plazo para la recuperación del autocontrol, de la homeostasis.

En un segundo momento, se utilizan **técnicas de autorregulación**, para encontrar estrategias de control de sus afectos, para internalizar sus acciones de autocuidado, paliar déficits del yo y así recuperar la autoestima, establecer la relación yo-otros y la recuperación de la modulación afectiva que les sea propia.

Para lograr todos estos objetivos, se utilizarán técnicas propias psicodinámicas.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Los submodelos más importantes son los derivados del CC y CO. Ambos intentan explicar las adicciones como un fenómeno más que sigue las leyes del condicionamiento.

Condicionamiento clásico:

WINKLERY O'BRIEN – SÍNDROME DE ABSTINENCIA CONDICIONADO

Comprueban que hay veces que los sujetos adictos a opiáceos presentan síndromes de abstinencia mucho después de superar el primero, es decir, el que sigue al dejar el consumo. A esto le llaman síndrome de abstinencia condicionado. La explicación que dan a través del CC es que hay episodios de abstinencia en el sujeto que se emparejan con determinados estímulos ambientales. Así, cuando el sujeto se recupera del síndrome y se reencuentra con alguno de esos estímulos ambientales, aparecen de nuevo los síntomas del síndrome de abstinencia como una respuesta condicionada.

A partir de estos estudios, muchos autores elaboraron una serie de experimentos que dan lugar al paradigma del CC en adicciones, sobre todo con heroínómanos.

TOLERANCIA CONDICIONADA

Vieron, que la tolerancia no depende solamente de una experiencia directa con la droga, sino también con las situaciones ambientales producidas durante el consumo. Así, la tolerancia condicionada es producida cuando el consumo de SPA se realiza en un marco ambiental donde se ha tenido alguna experiencia negativa. En esta situación, el efecto producido por la droga es mucho menor, con lo cual se requiere una dosis mayor para conseguir el efecto deseado.

Condicionamiento operante:

Este modelo explica que la probabilidad de que aparezca una conducta está determinada por sus consecuencias, positivas o negativas. Este modelo considera que las SPA son importantes reforzadores positivos. De igual modo, no olvidan que a la vez, tienen un importante efecto de refuerzo negativo, porque el consumo de droga se refuerza para evitar el síndrome de abstinencia.

TEORÍAS COGNITIVAS

Entienden la adicción como una respuesta de afrontamiento exitosa, aunque desadaptativa, ante los eventos vitales del sujeto. Asumen que la conducta adictiva es aprendida socialmente a través de diversos determinantes, y que no es debida a una sola causa.

Para las teorías cognitivas, toda conducta transcurre en un mismo plano, en un continuo. Por eso, las leyes que expliquen la conducta adictiva, deben ser las mismas que expliquen la conducta no adictiva.

La conducta adictiva supone una respuesta de afrontamiento, un intento de adaptación a las demandas situacionales.

La meta principal de su tratamiento será facilitar la adquisición de habilidades concretas para resistirse al consumo de SPA.

Las teorías más conocidas son:

- LA TEORÍA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. MARLATT Y GORDON

• LA TEORÍA DE BECK

En estos dos modelos, el uso de drogas se desencadena por estímulos activadores. Estos pueden ser internos o externos; positivos o negativos (ansiedad, alegría, conflictos interpersonales, contacto con otros usuarios, problemas escolares...). Estos estímulos activan la respuesta del uso de drogas. Sin embargo, esto supone un circuito cognitivo: los estímulos activadores provocan activación de las creencias sobre las drogas (que una SPA incrementa los sentimientos positivos y/o disminuyen los negativos). Estas creencias, orientadas al alivio de una situación determinada, dirigen al sujeto a los pensamientos automáticos, los cuales llevan al deseo de consumir drogas. Siguiendo estos impulsos, el sujeto se da permiso para consumir, y planea como hacerlo. Este circuito explica las variables activadoras para llegar al consumo de drogas.

Recientemente, se ha completado este circuito con pasos previos que deben estar presentes para que se produzca una adicción: MESE Y FRANZ

Según estos autores, es más probable que se genere una adicción si el sujeto ha tenido experiencias infantiles traumáticas, que contribuyen a construir unas creencias (esquemas cognitivos) que incluyen considerarse a uno mismo como inadecuado, así como otro tipo de consideraciones negativas sobre sí mismo.

Esto, además de aumentar la probabilidad de experimentar con drogas, aumenta la probabilidad de que se de de forma más temprana y más efectiva.

TEORÍAS SISTÉMICAS

Realza el valor de las relaciones interpersonales y sistemas (familia, amigos, trabajo...). Se observa el problema de la adicción en el contexto de las relaciones interpersonales en las cuales la adicción tiene lugar. Se deben analizar las pautas de interacción mantenidas en los sistemas en los que participa el adicto a la droga. En nuestra cultura el sistema más influyente para el contacto inicial es la familia y el grupo de pares (amigos, compañeros...).

Desde una perspectiva evolutiva, la mayor parte de los problemas con la droga se inicia en la adolescencia. En esta etapa se esperan:

– cambios en la familia, en la jerarquía de poder, en las relaciones de intimidad con los padres, se espera una mayor autonomía de los hijos y una mayor vinculación al grupo de pares y sin dejar de pertenecer a la familia. Para que estos cambios se den correctamente necesitan modificaciones en las pautas habituales de relación de familia. Incremento en las discusiones entre padres e hijos. Es normal aprender a definir su personalidad a través de un proceso de lucha con los padres. Cuando las respuestas del mundo adulto sean inconsistentes, muy autoritarias o muy permisivas, los adolescentes tienden a estar más fuera de control, buscando la identidad, el sentido de la independencia y el apoyo de los adultos. Los adolescentes que abusan y los que no,

NEEDLE Y COLS. afirman que en este momento, todos los adolescentes experimentan una etapa en la que disminuye la adhesión familiar y aparece una menor desaprobación del uso de drogas en el grupo de amigos.

En este momento es cuando hay diferencias entre aquellos sujetos que consumen SPA de forma contundente y aquellos que sólo sienten curiosidad entorno a variables de interacción:

1.– Las relaciones afectivas y de control intrafamiliar son inadecuadas:

- sobreprotección y gran intrusión en la vida personal
- disciplinas inflexibles e inconsistentes: Pautas de interacción inflexibles junto a escasas habilidades para resolver problemas pueden hacer que los conflictos entre padres e hijos sean más frecuentes y no

- se resuelvan, incrementándose la posibilidad de encontrar la salida en las drogas.
- familias desligadas y rígidas

2.- Habilidades deficitarias en la resolución de conflictos

3.- Acontecimientos vitales de tipo cognitivo: a esta edad aumentan las situaciones de muertes, separaciones, experiencias traumáticas...

4.- Unión a grupos de pares que usan SPA

Si a esto se añade el uso de drogas por parte de los padres o acontecimientos conflictivos como fugas o un grupo de pares que use drogas, es mayor el riesgo de que se escale hacia el abuso de las drogas. Otro factor importante es el uso temprano de drogas.

TEORÍA SERIAL DE STANTON DEELE

Las distintas teorías han surgido a partir de la investigación con distintos tipos de sustancias. Los modelos más conductuales surgen con trabajos con tabaco. Los modelos cognitivos surgen de trabajos con alcohol y los modelos sistémico de los opiáceos y el alcohol. De ahí se expanden a otras sustancias, a veces en exceso.

TEMA 4. PSICOPATOLOGIA Y DROGODEPENDENCIA

Históricamente se pensó que la psicopatología y las adicciones estaban relacionadas sin más. Numerosos estudios realizados en sujetos adictos nos han mostrado que hay una mayor prevalencia de trastornos en esta población de la que se espera al azar. Ross y col. mostró que el 78% de los que estaban en tratamiento, habían cumplido en algún momento de su vida los requisitos para algún tipo de trastorno. El 65% lo cumplían justo en el momento del estudio.

Los problemas más comunes de los diagnosticados eran aquellos que tenían que ver con el comportamiento antisocial, los trastornos afectivos, las fobias y los trastornos sexuales. Se hicieron estudios con drogodependientes que no estaban en tratamiento y se descubrió que había una comorbilidad (dos problemas o más a la vez) muy parecida a la anterior, descartándose así que los anteriores datos sean un sesgo muestral. Se puede afirmar, entonces, que hay una relación entre pp y ad pero no se sabe muy bien cuál es.

Tipos de relación entre disfunción psíquica y adicción, según MEYER

- **No existe relación:** cuando un fenómeno se da independientemente de otro (esto queda descartado por lo dicho anteriormente)
- **Los problemas psicopatológicos son factores de riesgo para el desarrollo de una adicción.**
- **Las disfunciones psicopatológicas pueden modificar el curso de una adicción que ya esté en marcha.**
- **En el curso de una intoxicación crónica, aparecen síntomas psicopatológicos.**
- **Se pueden desarrollar trastornos como resultado de una adicción (y también pueden persistir después de la adicción).**
- **Drogadicción y síntomas psicopatológicos se dan al mismo tiempo (esta afirmación recoge a las dos anteriores).**
- **SÍ existe una unión entre drogodependencia y disfunción psicológica.** Hay numerosos estudios sobre sujetos que, recibiendo tratamiento por una adicción tienen una mayor prevalencia de trastornos psicológicos que la población general. Por ejemplo, Ross and col. mostraron que el 78% de las personas que reciben tratamiento por problemas de adicción en algún momento de su vida habían sufrido un trastorno psicológico, y que un 65% lo estaban sufriendo en el momento del estudio. En este estudio (muy significativo) se encontró que había determinados tipos de problemas más frecuentes en adicciones, por ejemplo, los trastornos afectivos: depresiones, relaciones sociales, trastornos psicosexuales,... Un dato

importante es que en estudios con drogodependientes que no estaban dentro de ningún tratamiento contra la adicción, se observa la misma co-morbilidad que en sujetos que sí lo están, con lo que se excluye la posibilidad de un sesgo muestral.

- **La psicopatología actúa como factor de riesgo para una adicción:** Estudios como el de Ross muestran que aunque en la mayor parte de los sujetos de sus investigaciones coexisten los 2 problemas a la vez, la psicopatología se había iniciado antes del abuso de drogas. Kaplan y cols. Indican que el uso de drogas a menudo, está precedido por algún tipo de problema emocional de los sujetos. Pero el papel de las disfunciones psíquicas en las adicciones no está suficientemente aclarado. Los estudios dicen que la relación entre pp y adicción depende del problema, la disfunción y la droga de las que se trate. También influye la edad, el sexo... del sujeto. En el caso del alcoholismo se ha encontrado que, excepto para los problemas de personalidad antisocial (que siempre preceden al alcoholismo), la psicopatología ejerce un rol que depende del sexo. En mujeres las disfunciones psicológicas aparecen antes que los problemas con el alcohol, pero en los hombres es al revés: primero aparece el problema con el alcohol y luego la disfunción.

Newcomb y Bentler estudiaron la relación entre depresión y consumo de alcohol en poblaciones de adolescentes y encontraron que el alcohol disminuye la sensación de depresión en el adolescente. Cuando el adolescente estaba deprimido, el uso de alcohol le servía para salir de ello. En cambio, cuando intentaron buscar la relación entre la depresión y otras drogas, no la encontraron. ¿Quiere decir esto que la drogodependencia no está relacionada con problemas psicológicos en la adolescencia? NO, lo que pasa es que hay que tener mucho cuidado: los jóvenes que tienen problemas psicológicos y que tienen también otros factores de riesgo (por ejemplo, la no existencia de grupos de apoyo), consumen más alcohol que el resto de los jóvenes. La psicopatología no es el único factor de riesgo. Esto enlaza directamente con la teoría de la automedicación y con la reducción del afecto negativo. La teoría de la automedicación postula que ciertas disfunciones psicológicas podrían encontrar en determinadas drogas una cierta sensación de éxito, porque evitan la aparición de síntomas de malestar psicológico. Hace énfasis en la droga de elección porque esta droga modificará ciertos problemas que si no se usa la droga, aparecerían. Los estudios del potencial antidepressivo de la cocaína estarían bajo este marco, así como los que recogen que los trastornos de ansiedad están relacionados con el uso de las benzodiacepinas, o la cocaína y sus efectos en la capacidad atencional...

Una versión más actual es la que habla de que la reducción del afecto negativo es un factor que precede al uso inicial y a la escala en el abuso de las drogas. Según esta teoría el uso inicial aparece cuando el sujeto tiene sentimientos de afecto negativo y el uso de las drogas reduce este sentimiento. La gente espera que el uso de una droga reduzca el afecto negativo. Si en los primeros usos esto es así, se producirá un aumento del consumo en la medida en que el sujeto no disponga de otros medios que le aporten ese mismo resultado. A su vez, el incremento del consumo dificultará e incluso impedirá al sujeto la búsqueda de otras soluciones. Se usa las drogas como un intento de borrar el dolor, los problemas... Este uso de las drogas puede, fácilmente desembocar en una adicción.

- **La disfunción psicológica modifica el curso de la adicción:** las investigaciones no apoyan la hipótesis de la relación entre una disfunción y el curso de una adicción, sino que a mayor gravedad de la disfunción, predice una peor respuesta al tratamiento, una baja permanencia en el mismo (mayor índice de abandono) y un mayor número de recaídas. No es el tipo de disfunción, sino el nivel de gravedad de la disfunción lo que predice un peor resultado del tratamiento. En este último sentido, se sabe que el alcohol, la coca y la heroína se usan en situaciones conflictivas, en las que la gente se siente mal. Por tanto, el incremento de la probabilidad de recaída es bastante fuerte. También, cualquier disfunción psíquica tendrá una repercusión grave en el tratamiento.
- **Aparición de síntomas pp en el curso de la adicción:** En el alcoholismo aparecen pérdidas en la memoria a corto plazo. Además la sobredosis cursa con pérdida de consciencia.
- **En el alcoholismo, los déficits de abstracción, coordinación visoespacial... en general, déficits cognitivos, persisten mucho después de haber solventado el problema con el alcohol.** Se puede, por tanto, desarrollar una disfunción en el curso de la adicción y que persista una vez superada ésta.
- 1)

Se está muy lejos de aquellos que, en los 50, explicaban que la drogodependencia estaba causada por una psicopatología previa. Pero también estamos muy lejos de aquellos otros, que en los 70, intentaban explicar la adicción sin considerar las disfunciones psíquicas. Los programas de tratamiento que se ofrecen, preventivos o no, tienen que tener en cuenta las necesidades de cada una de las personas drogodependientes.

TEMA 5. PREVENCIÓN

Entre los trabajos más famosos sobre esto nos encontramos el de **Denise Kandel** (New York), experimento con un seguimiento de 20 años. Se realizaron estudios (longitudinales) con adolescentes hasta los 30 y pico años que han determinado las distintas fases en el uso de las drogas y la importancia de la familia y los amigos en el consumo:

- no consumo
- consumo de alcohol y otras drogas legales
- consumo de marihuana
- consumo de drogas ilegales: coca, heroína, drogas médicas

FACTORES DE ABUSO Y PASO DE FASE

- Cuando aún no se ha iniciado el consumo las variables que influyen en el consumo vienen de la relación con los padres.
- El uso de alcohol está relacionado con el uso de baja gradación y la influencia mayor proviene del grupo de pares
- El predictor sigue siendo el grupo de pares. Cuando hay una actitud favorable y es asequible es más probable que se inicie el consumo.
- Las variables predictoras dependen de la calidad de las relaciones entre padres e hijos. El aspecto más significativo es la falta de cercanía, afecto y el control.

Se han hecho en España bastantes trabajos para comprobar estos resultados, pero no son estudios longitudinales. Los resultados son totalmente coherentes con los de Kandel. Kandel no hace referencia al uso del tabaco, y en España se ve que este consumo está influido tanto por el grupo de pares como por la actitud de los padres. Aquí se encontró que en la última fase era importante si la madre consumía drogas médicas.

Dependiendo de la fase en que se encuentre el sujeto, hay más variables que influyen en el consumo de drogas. El inicio del consumo de otras drogas ilegales tiene que ver con la relación con los padres.

NIVELES DE PREVENCIÓN:

La historia de la prevención ha sido y continúa siendo una lucha contra la aparición de cualquier clase de sufrimiento y enfermedad. Pero tiene un mayor auge a partir de los trabajos de Kaplan, en los 60, sobre salud mental. Según Kaplan, prevención es un concepto de tipo comunitario, que se distribuye en distintos niveles, cada uno con objetivos y contenidos distintos.

Niveles:

- **prevención primaria:**

Cualquier medida comunitaria que impida la aparición de casos nuevos de un problema, en una determinada población y en un periodo de tiempo determinado. Dentro de la prevención primaria, Catalano y cols distinguen entre:

- **proactiva:** cualquier estrategia que implica prevenir la aparición de factores

de riesgo

- **reactiva:** medidas de actuación que implican preparar a los sujetos para responder correctamente ante la aparición de un factor de riesgo

En psicología de las adicciones, con respecto a la prevención primaria, se trabaja con personas que todavía no han consumido SPA, o que todavía no poseen una adicción. Se dirige a la población en general, pero sobre todo a los grupos de alto riesgo. Así se define como un proceso activo de puesta en marcha de estrategias con el objetivo de mejorar la formación integral y la calidad de vida de los sujetos, para lo cual se fomenta el autocontrol y la resistencia colectiva al uso de SPA.

- **prevención secundaria:**

Programas cuyo objetivo es reducir la proporción de casos de un determinado problema, modificando los factores implicados en la aparición del problema y acortando la duración del mismo cuando éste ya existe. Ya no se habla de una prevención precoz, sino de una intervención, de un tratamiento ante un problema ya existente, para que este desaparezca.

La prevención secundaria va dirigida a sujetos ya afectados por el problema. Tratará de dar asistencia a dichos sujetos lo más rápidamente posible y con las medidas más eficaces posibles.

En adicciones, la prevención secundaria viene recogida en los programas para el alcoholismo, el tabaquismo, para los cocainómanos...

- **prevención terciaria:**

Medidas que tratan de reducir la proporción del funcionamiento defectuoso debido a un problema determinado, es decir, trata de minimizar las consecuencias del problema a través de la rehabilitación, la reinserción social y laboral, así como la prevención de recaídas.

MODELOS TEÓRICOS DE PREVENCIÓN

La prevención tiene dos dimensiones: las medidas legislativas y las medidas educativas. Las medidas educativas tienden a ser más efectivas cuando hay más medidas legislativas.

Hay una amplia gama de programas y técnicas que se han ensayado. Existen varias clasificaciones, pero aquí estudiaremos la de Botvin (1992), que habla de 5 tipos diferentes de prevención (medidas educativas). Cada uno de estos tipos comprende técnicas diferentes:

- **Información:** los objetivos son incrementar los conocimientos sobre el uso de drogas y promover actitudes saludables frente al consumo de las mismas, mediante charlas, campañas audiovisuales publicitarias, grupos de discusión...
- **Educación afectiva:** el objetivo aquí sería incrementar la autoestima, el crecimiento personal, la responsabilidad en la toma de decisiones... Las estrategias empleadas son de resolución de problemas, actividades experienciales con las drogas, grupos de discusión...
- **Alternativas:** el objetivo de esto es promover actividades alternativas al uso de drogas. Reducir el aburrimiento, la apatía, crear asociaciones juveniles, organizar actividades lúdicas o deportivas...
- **Habilidades de resistencia:** fortalecer las habilidades de resistencia ante el consumo de drogas. Entrenamiento en habilidades sociales para resistir las presiones.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** resolución de problemas, reducción de la ansiedad...

Se podrán organizar las actividades preventivas en dos grandes bloques: por una parte, el bloque informativo (modelo médico): los programas informativos se basan en la relación lineal entre conocimientos, actitudes y

comportamientos.

La información objetiva acerca de las drogas se piensa que es suficiente para evitar el uso. Las técnicas son de información general a grandes poblaciones o charlas informativas en colegios. Estas actuaciones comienzan a desarrollarse en USA en los 60, cuando empezó a haber problemas con las drogas. En 1975 en España una comisión interdisciplinar se empezó a cuestionar la necesidad y la bondad de estas campañas. A partir de los 80, se dirigían las estrategias a grupos reducidos o a grupos de riesgo. No parece demostrada la conexión supuesta en la que se basa. la mayoría de los estudios han considerado la poca o nula eficacia de estas técnicas para evitar el consumo de drogas. Parece evidente la necesidad de una información objetiva sobre el consumo de drogas pero esta información como estrategia exclusiva no es eficaz.

Por otra parte, también tenemos los programas psicosociales, sobre todo anclados en el modelo de aprendizaje social. Este tipo de estrategia utiliza la observación, el modelado de conductas y las consecuencias. Surge el entrenamiento en habilidades sociales como técnica más importante. No es incompatible su uso con las técnicas informativas. Es muy importante llevar a cabo tanto estrategias preventivas del uso de drogas legales, como de drogas ilegales. El alcohol es la sustancia adictiva con mayor proyección nociva para los jóvenes, pues sigue siendo la más peligrosa y porque es la droga llave que abre la puerta al consumo de otras drogas.

ÁMBITOS DE PREVENCIÓN

Campañas dirigidas al conjunto de la población (prevención comunitaria) y programas destinados a instituciones concretas como escuelas, familia, trabajo...

• prevención comunitaria

Se persigue optimizar las redes de apoyo social e individual en el conjunto del entorno social. Trata de incorporar en la prevención a organizaciones, asociaciones, comunidades... A los que participan se les llama mediadores comunitarios, cercanos a la población diana (jóvenes). Se habla de 3 niveles de actuación integrados: información, formación de los mediadores y colectivos implicados y la oferta de estilos de vida alternativos y fomento de organización y participación de actividades alternativas e incompatibles con el consumo de drogas. Forjan y Santanen ofrecen un modelo de intervención comunitaria en la que vendrían dadas las ss fases:

- Analizar y conocer las necesidades y la población de riesgo a la que va dirigida la campaña.
- Establecimiento de objetivos y metas que se van a poner. Deben ser operativos y realistas.
- Planificación y establecimiento de las estrategias de cambio. Diseño de la intervención.
- Identificación de recursos humanos y materiales necesarios para el desarrollo de esa campaña.
- Adaptación de recursos y necesidades.
- Implementación del programa en función de las características de hemos diseñado.
- Evaluación del programa, de la participación, la satisfacción de la gente, el nivel de consecución de los objetivos propuestos a medio y a largo plazo.
- Revisión del programa.

• PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

La escuela es el ámbito de intervención fundamental para la prevención. Es el único lugar donde están reunidos todos los jóvenes y niños en aquellas edades en las que se empieza a consumir droga. El contexto favorece los programas de prevención y cuenta con la estructura adecuada también para ello.

Se han ido conformando dos estrategias diferentes: la educación transversal y los programas específico.

Educación transversal

Término que se refiere a la inclusión de contenidos preventivos dentro de las materias escolares. Normalmente se incluye dentro de lo que se llama educación para la salud, básicamente prevención del consumo de alcohol y tabaco. Hay una norma que dice que no es bueno hablar de otras drogas antes de los 12 ó 13 años. Se habla también de alimentación, de higiene...

Programas específicos

Sería una intervención longitudinal. Se trataría de llevar a cabo intervenciones preventivas en aulas en momentos específicos, en sesiones de intervención. Habría ciertas fases a seguir:

- planificación e información preliminar: recoger información de la problemática o necesidades de donde vamos a intervenir y tener claros los objetivos. Se incluye una subfase de evaluación previa en la que recogemos información sobre los hábitos de consumo de los jóvenes. También hay otras variables moduladoras, como el nivel de información, actitudes, contextos de iniciación (situaciones de riesgo).
- Implementación del programa: son objeto del programa tanto los alumnos como los profesores a nivel formativo.
- Evaluación y seguimiento del programa: lo más importante es la evaluación de los resultados, analizar los efectos de la intervención y si se han cumplido los objetivos. También se evalúa la participación, la eficacia y la satisfacción. La pregunta clave es si se han alcanzado los objetivos planificados y, en el caso de que la respuesta sea no, por qué no. Preguntamos cuáles fueron los resultados más importantes y los comparamos con otros estudios.
- Comunicación de los resultados: a quién se lo comunicamos, qué medio utilizaremos...

· PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Se conoce que un factor de riesgo en el consumo de drogas es el ambiente familiar. La familia puede convertirse en fuente de factores de vida sana o al contrario. Se sabe que la proporción de padres fumadores o bebedores es mayor entre hijos fumadores y bebedores.

Los dos factores de riesgo más importantes son: el manejo parental (relaciones entre padres e hijos) y el efecto del modelado.

Con respecto al primer factor se han descrito tres patrones de manejo parental: el estilo permisivo, el autoritario y el democrático. En el **permisivo** o dejar hacer es el joven el que establece sus propias reglas y límites, existiendo pocas directrices por parte de los padres (el rol de padres no se ejerce). El estilo **autoritario** sería el otro extremo, las normas las imponen los padres sin ninguna intervención de los hijos. Tanto el permisivo como el autoritario están asociados con niveles altos de consumo de drogas, sobre todo el alcohol. El estilo **democrático** sería el estilo que servirá de protector. La disciplina se determina conjuntamente. Este estilo es el que tiene menos factor de riesgo para el consumo de drogas.

Muchos estudios con heroinómanos han puesto de manifiesto un estilo caracterizado por la figura ausente del padre/madre, que no dice nada y una madre/padre sobreprotectora.

Los hábitos de uso de drogas de los padres y su actitud influyen y afectan al comportamiento de los hijos ante las mismas. Esto es lo que se llama efecto del modelado. Las enseñanzas que los padres dan a sus hijos deberían ir acompañadas de un buen ejemplo. Los padres han de estar informados acerca de las drogas, causas, efectos... con el fin de poder razonar ante los hijos. Hay que fomentar entre los padres el modelo personal.

Otro factor importante es el fracaso escolar y utilizar un estilo democrático con normas claras y consensuadas que deben cumplirse. Los padres deben implicarse en el tiempo libre de los hijos pero sin hacer de policías, enseñarles a observar los indicadores que pueden ayudar a detectar un problema de adicción:

- absentismo escolar
- disminución física del apetito
- problemas de delincuencia
- cambios de amistades
- encontrar utensilios relacionados con el uso de drogas
- fracaso escolar

Contenidos y elementos de un programa de prevención

A la hora de llevar a cabo un programa de prevención, es necesario tener en cuenta una serie de elementos muy importantes antes de llevarlo a cabo:

- **Población diana:**

Todo programa debe tener claro desde el principio cuál va a ser la población hacia la que va dirigido el programa, ya que va a determinar los contenidos, objetivos y estrategias del mismo. Las variables que caracterizan a la población diana, tales como el sexo, edad, religión... determinan el tipo de programa de intervención.

En adicciones, los programas van dirigidos a ciertos núcleos poblacionales:

- grupos de alto riesgo: personas vulnerables al consumo de SPA
- personas cuyo consumo pueda afectar a terceros: conductores, madres gestantes...
- personas cuyo consumo incite a que otros consuman: personajes públicos...

- **Estrategias:**

Las estrategias utilizadas en un programa de prevención pueden ser:

- **genéricas:** no se dirigen directamente al problema central, sino al proceso o estructuras mediadoras que están sobre la base del problema (ej: programas de salud o infraestructuras urbanísticas como programas de prevención del consumo de SPA)
- **específicas:** actuaciones que se dirigen al problema de una forma clara y explícita

Existe una polémica sobre qué estrategias son mejores (América: específicas; Europa: genéricas). Ambas son criticables, sobre todo si no se puede demostrar su efectividad, es decir, que sea cual sea la estrategia se debe poder controlar su efectividad. Esto es, si ha conseguido los cambios pretendidos. En adicciones, hay tres grupos de cambios:

- Cambio en el comportamiento del consumo de SPA: frecuencia, cantidad...
- Cambio en el conocimiento de la SPA o en las actitudes frente a ellas.
- Cambio en los factores de riesgo y protección asociados a las adicciones.

Información: uno de los factores de riesgo es la mala información. El objetivo aquí es aumentar el nivel de conocimientos y destruir los mitos falsos sobre las drogas. La forma de informar es lo que se llama

Aprendizaje Participativo o Participación Activa, promoviendo que la información provenga de los propios alumnos a partir de una información previa. La información debe ser muy correcta, adaptada al nivel de comprensión de los receptores, y objetiva (no hay que exagerar los efectos negativos de las drogas, por ejemplo), dándole información sobre hechos comprobados, evitando contenidos aterradoros y moralizantes. Se hará hincapié en las consecuencias perjudiciales a corto plazo. Los contenidos son conceptos básicos de las drogas, causas del inicio del consumo, efectos, mitos falsos...

Creencias normativas: componentes informativos. La expectativa que uno tiene acerca de la incidencia de una sustancia en los hábitos de la gente que la usa. El objetivo sería cambiar la percepción sobre las drogas y su uso. Este tipo de creencias falsas, incitan al consumo porque sirven de coartada y de argumento de presión. El procedimiento sería similar al anterior: discusiones en grupo, ...

Habilidades interpersonales o sociales: la carencia de habilidades para relacionarse sería otro factor de riesgo. El objetivo sería entrenar en el aumento de la interacción social, incompatible con la conducta de consumir drogas. El procedimiento serían las técnicas utilizadas también en la terapia clínica: instrucción verbal, modelado, feedback, estrategias de generalización...

Habilidades de resistencia o afrontamiento: grupo de habilidades específicas. Un factor de riesgo es la presión de los iguales. El objetivo sería incrementar las habilidades y la identificación de la presión social. Seleccionar determinadas concretas, plantearlas y trabajarlas. Análisis de los contenidos de la publicidad y de los medios de comunicación por grupos.

Habilidades de toma de decisiones: desarrollar la capacidad de tomar decisiones responsables ante el abuso de drogas y de preparar una alternativa. Se utilizan procedimientos de entrenamiento en resolución de problemas aplicados a situaciones concretas como los propuestos por D'Zunilla y Golfried: pasaría por varias etapas, como definir el problema o la situación, plantear alternativas a esa situación, tomar la decisión de elegir la mejor alternativa analizando las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas, ensayar la situación.

Alternativas: el factor riesgo es que no se conocen otras alternativas o que no se hacen. Hay, por tanto, que fomentar e informar sobre el uso de esas alternativas. La metodología es participativa.

Compromiso personal: el objetivo es incrementar el compromiso personal y público por no consumir drogas. Es muy importante. Se trata de que al final cada alumno se comprometa públicamente a no consumir drogas.

Algunos autores han propuesto cuáles serían las tácticas más efectivas:

Niely propone enseñar a decir no (asertividad), desarrollar alternativas al consumo, habilidades de toma de decisiones, sociales, desarrollar estilos de vida saludables, identificar grupos de campañas que promuevan alternativas a las drogas...

Hansen propone como mejor táctica, la información, creencias normativas, compromisos personales y habilidades de resistencia.

Cualquier otra estrategia distinta a estas (charlas, etc) se han demostrado inútiles en la prevención del consumo de drogas..

Guía para la elaboración de un programa

- Denominación del programa
- Introducción: fundamentación y justificación del programa y lo que se va a hacer.
- Objetivos generales y específicos.

- Destinatarios del programa.
- Actividades: establecimiento de un calendario. Distribución temporal de las distintas fases del programa y las tareas a realizar en cada una de ellas. Las fases han de incluir la recogida de la información, la implementación y la evaluación. Breve descripción de las actividades, duración...
- Determinación de recursos materiales y humanos que se van a realizar.
- Presupuesto: personal, material, viajes y dietas...

INICIATIVAS Y PROGRAMAS EN NUESTRA CULTURA

• Programas de regulación legal:

Son aquellos cuyo objetivo es reducir la oferta y la demanda de SPA. Para ello utilizan diferentes estrategias:

· Para la reducción de la oferta:

- control de la producción de SPA (sustitución de los cultivos de cocaína en los Andes)
- control de la distribución y el acceso a SPA mediante medidas gubernamentales y controles legislativos, tales como el monopolio o los dispensorios (farmacias)

· Para reducir la demanda:

- incremento de los precios
- control de la publicidad y los medios de comunicación
- prohibición legal del consumo

Estos métodos, son los que menos impacto tienen en nuestra sociedad. Más bien, tienen un efecto negativo (criminalidad y retirada de libertad...)

• Programas en el marco escolar:

La población diana de estos programas son la gente más joven. El tipo de estrategias utilizado se puede agrupar en distintos enfoques, según Botuin:

1.- Enfoque tradicional:

· **diseminación e información:** su objetivo es ofrecer un mayor conocimiento sobre las SPA y sus consecuencias. Promueve actitudes en contra del consumo de SPA. Las estrategias que utiliza para ello son:

- instrucción didáctica
- discusión en el aula
- vídeos sobre SPA
- posters
- asambleas escolares

· **Educación afectiva:** el objetivo aquí sería incrementar la autoestima, el crecimiento personal, la responsabilidad en la toma de decisiones... Las estrategias empleadas son de resolución de problemas, actividades experienciales con las drogas, grupos de discusión...

· **Alternativas:** el objetivo de esto es promover actividades alternativas al uso de drogas. Reducir el aburrimiento, la apatía, crear asociaciones juveniles,

organizar actividades lúdicas o deportivas... Aumentar la autoestima, además de proporcionar alternativas al consumo de SPA.

Estos enfoques tradicionales no han tenido éxito en ninguna de sus tres manifestaciones, debido a los métodos de enseñanza llevados a cabo (no a los contenidos).

2.- Enfoque psicosocial:

A partir de los 70 se convierte en necesario reconocer el papel central de las familias y los grupos de pares en el consumo y escalada de las SPA. Con ello surge este enfoque psicosocial, en el cual ambos sistemas jugarán un papel central. Este enfoque tiene por objetivo el hacer que los jóvenes sean conscientes de las presiones a las que están sometidos para consumir drogas. En un segundo momento, se les enseña habilidades especiales para resistir esas presiones y por último se trata de corregir las percepciones erróneas sobre normas sociales referidas a las drogas (si piensan que todos los adultos fuman, hacerles ver que no es así).

· habilidades para la resistencia a la presión social:

Se centra en la teoría de la inoculación de Evans, según la cual, debemos inocular (imprimir) una resistencia psicológica en los jóvenes ante las presiones sociales que sufren para el consumo de SPA. Esto se ha llevado a cabo sobre todo con el tema del tabaco. Para ello se han empleado diversas estrategias:

- utilizar líderes dentro del grupo objetivo
- utilizar juegos de roles
- hacer hincapié en el compromiso social del grupo sobre el consumo de tabaco

La eficacia de este programa ha sido probada en jóvenes con alto riesgo de fumar tabaco, pero no se ha dado una generalización, es decir, que no ha sido eficaz con el alcohol o la maría.

· habilidades personales y sociales:

Incluye el entrenamiento en varias estrategias:

- habilidad para la resolución de problemas y toma de decisiones
- habilidades cognitivas para resistir las presiones sociales negativas
- habilidades de autocontrol y autoestima
- técnicas de relajación y control del estrés
- habilidades interpersonales
- habilidades de reafirmación

Estas estrategias se llevan a cabo a través de cinco momentos:

- instrucción
- demostración
- realimentación
- refuerzo
- ensayo

Se trata, por tanto, de programas que enseñan habilidades para la vida cotidiana, es decir, que van más allá del ámbito escolar.

La eficacia de estos programas, ha sido mayor que la encontrada en los programas de resistencia a la presión. Además, posee un mayor efecto de generalización, es decir, que si se trabaja con una determinada droga, se

extrapolan los efectos a otras SPA.

- **programas de los medios de comunicación**

Los medios de comunicación ejercen una gran influencia sobre la población, y en el tema de las adicciones no es una excepción: películas, canciones, anuncios... En las últimas décadas se han promovido muchos programas de prevención de SPA en los medios de comunicación. Estas campañas se basan en informar (pensando que así se educa) e incrementar los miedos. Los resultados de estas campañas publicitarias son muy variados:

- sin efecto
- consiguen el cambio esperado
- consiguen un cambio en la dirección contraria a la buscada

- **aproximaciones a la prevención comunitaria:**

los programas de acción comunitaria se han diseñado para influir sobre el pensamiento de la población respecto al uso de SPA. Se caracteriza por el énfasis que hace en la participación mayoritaria de la población. También trata de formar agentes sociales en materia de prevención de drogas, fomento y mejora de las redes de comunicación social entre diversos grupos, aumento de un esquema no consumista de las drogas durante el tiempo de ocio. Y por último, tiene por objetivo la valoración del programa.

Los programas de acción comunitaria no se centran tanto en el individuo, sino en variables sociológicas, ambientales.

A la hora de poner en marcha un programa de prevención comunitaria, habrá que seguir un determinado procedimiento:

- Elaborar un mapa sobre el estilo de vida y el tipo de consumo de la población diana.
- Captar agentes sociales que actúen activamente en el programa
- Lanzar el programa y conseguir que llegue a toda la población diana
- Intervenir con el programa creado, es decir, llevarlo a cabo
- Evaluar la intervención.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN. EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos tratan de ver relaciones entre una enfermedad y una población. Existen distintos tipos de estudios, de epidemiología descriptiva o analítica, que son los más utilizados en adicciones.

Epidemiología descriptiva

Intenta determinar quién, cuándo y dónde alguien enferma. Describe cómo se distribuye una enfermedad en una población. Se mide con tasas, la proporción de casos que hay en una población en un tiempo. Las más importantes son la tasa de incidencia, el número de casos nuevos que aparecen en una población durante un tiempo (que suele ser de un año), las tasas de prevalencia (número de casos para una determinada población que persisten en el tiempo). Se puede dar la prevalencia puntual (un día o una semana), prevalencia por periodo (un mes o un año), que es la más habitual o la prevalencia vital (número de personas que alguna vez en su vida usaron drogas). Otra tasa que se estudia es la tasa de riesgo (probabilidad de que alguien se convierta en un caso).

Estudios epidemiológicos sobre adicciones

Han tenido objetivos dispares, como tratar de informar del contacto de la población con las drogas, y de las características de ese contacto en un subgrupo poblacional. El tipo de muestra del que se parte va a determinar la posibilidad de generalizar los resultados. En las muestras podemos adoptar distintas distribuciones para recoger los datos. Así, la recogida de datos transversal será la recogida de datos en un momento determinado, la longitudinal será la toma sucesiva de información sobre la misma población (estos son los estudios de seguimiento).

Inconvenientes con muestras de población general

Se basan en la realización de muestras y nuestros resultados pueden no reflejar el consumo real de SPA, porque podemos omitir algunas partes de la población que corren riesgo porque tengamos mayor dificultad para acceder a ellas (por ejemplo, poblaciones marginales). Otra razón se debe a la ocultación de las respuestas por la deseabilidad social. Estos estudios proporcionan características diferenciales que nos dan pistas de porqué algunos usuarios dejan de serlo o pasan a serlo habitualmente o sólo los fines de semana. Nos dan información también sobre factores de riesgo en la escalada que existe en el uso de SPA. Centrarse en personas que ya tienen adicciones nos da información sobre las características de las personas que solicitan tratamiento, diferencias entre adicciones, definiciones de las tipologías de las adicciones, información sobre servicios y tratamientos, conocimiento sobre la evolución de los consumidores...

Cuando la prevalencia vital y la puntual se acercan mucho, nos indica que esa sustancia tiene un uso continuado.

Factores de riesgo y protección

Durante muchos años los investigadores han intentado identificar factores personales, sociales e interpersonales que estuvieran en el origen de que alguien se iniciara en el consumo de drogas, continúe en su escalada o abuse de ellas. Se han propuesto muchas teorías que se centran en la predisposición genética, en hipótesis bioquímicas, relaciones interpersonales, sociales o en disposiciones intrapsíquicas. Estas teorías han obtenido un apoyo científico modesto porque ninguno de estos factores ha sido capaz de predecir fiablemente el uso, grado de adicción, etc del consumidor. Autores como Bry, Newcomb, Bentler, Pandina.. ven esto como el verdadero rasgo de las adicciones. Se afirma que ni el uso ni el abuso están originados por un factor específico o común. La implicación con las drogas se entiende como generada por numerosos factores, lo que ha hecho que estén más fundamentadas las perspectivas biopsicosociales y los modelos que hacen énfasis en cómo son los factores de riesgo y de protección a los que una persona se enfrenta. No hay un solo grupo de factores, hay muchos factores de riesgo que se combinan entre sí para incrementar la probabilidad de que una persona consuma drogas.

Ha habido dos formas de entender los factores:

- **factores de riesgo:** condición, característica, atributo... bien individual, bien situacional, que incrementa la probabilidad de que aparezca una adicción
- **factores de protección:** aquello que ayuda a que se reduzca un riesgo que ya corre una persona o grupo de personas
-

Factores de riesgo: La primera orientación nos daría que (1986) los jóvenes de riesgo serían los menores de 18 años económicamente desfavorecidos, con padres drogadictos, víctimas de agresiones físicas o psicológicas, de abusos sexuales, sin hogar, con fracaso escolar, embarazadas, implicados en delincuencia, con problemas de salud mental o con intentos de suicidio.

La segunda orientación trata de identificar condiciones asociadas al abuso de drogas. Asumen presupuestos

sobre los factores, cuando uno de ellos está presente es más frecuente que ocurra un abuso. La mera presencia de un factor no garantiza el abuso, pero tampoco su ausencia. El número de factores está altamente relacionado con el incremento de la probabilidad de un abuso, pero puede ser frenado por la naturaleza, contenido y número de los factores y porque haya factores de protección presentes. Los factores de riesgo y protección tienen múltiples dimensiones, no tienen una única vía por la cual incidir en el individuo. Se va apoyando una visión más sistémica en la que hay muchos factores que influyen en el uso de las drogas y que evolucionan a lo largo del tiempo. (fotocopias)

FACTORES DE RIESGO

1.- comunidad

- nivel de indigencia económica y social
- poco apego al barrio y desorganización de la comunidad
- leyes y normas de la comunidad favorables al uso de drogas
- disponibilidad de drogas

2.- familia

- problemas de organización familiar
- historia familiar de drogodependencia
- uso de drogas por parte de los padres y actitud positiva hacia ellos
- bajas expectativas de éxito de los hijos

3.- escuela

- fracaso académico
- pasos de los distintos niveles: primaria, secundaria, bachiller...
- poco compromiso con la escuela
- falta de cumplimiento de la política escolar

4.- individuales y de los compañeros:

- comportamiento antisocial temprano y rechazo del compañero
- alienación, rebeldía, falta de vínculos sociales
- amigos que consumen drogas y sanción de su uso
- actitudes favorables hacia el consumo
- primer uso prematuro (antes de los 15)
- factores psicológicos

FACTORES DE PROTECCIÓN

- normas y pautas de comportamiento claras en casa, escuela y comunidad
- destrezas para resistir las presiones sociales, solucionar problemas y tomar decisiones
- vínculos con la familia, escuela y comunidad que pueden ser promovidas por:
 - participación activa en actividades de grupos
 - aprender destrezas para trabajar con otros
 - reconocimiento de los resultados eficaces individuales y grupales

PRINCIPIOS GENERALES DE PREVENCIÓN

- concentrarse en reducir los factores de riesgo
- intervenir pronto: antes de que se estabiliza el comportamiento.
- Tener como objetivo los individuos y comunidades de alto riesgo, pero evitando el poner etiquetas y establecer expectativas negativas comportamentales.
- Proponer diversas iniciativas en un esfuerzo de prevención global y multiforme.

TEMA 6. TABAQUISMO: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

• MODELO TRANSTEÓRICO (PROCHASKA Y DICLEMENTE)

A mediados de la década de los 80 se ha empezado a barajar la idea de que la conducta adictiva, en general y la de la nicotina, en particular, no se trataba de una conducta dicotómica, sino que suponía un proceso continuo y gradual en el que los adictos al tabaco pasaban por ciertas fases. Se han propuesto varios modelos pero el más aceptado es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. En él se entiende que fumar y dejar de fumar no es un proceso dicotómico, sino que es progresivo.

Este modelo también se llama **modelo tridimensional**, porque juega con tres dimensiones:

- Los **estadios**: hacen referencia a los procesos temporales en los que se produce un cambio.
- Los **procesos de cambio**: cómo cambian
- **Niveles de cambio**: qué cambios se producen y en qué esferas lo hacen.

1.1. Los estadios

Hacen referencia al proceso temporal de los cambios, por lo que responde a la pregunta, cuándo. Hay 5 estadios y hay que tener en cuenta que los cambios no son lineales, sino que son en espiral:

Los 5 estadios son los siguientes: (fotocopias)

- **precontemplación**: el sujeto es adicto, y no se plantea modificar su conducta. No son conscientes de lo perjudicial de la conducta de fumar.
- **contemplación**: el sujeto es adicto y conoce además los peligros que entraña su conducta. Son sujetos que empiezan a ser conscientes de que fumar es perjudicial, pero no tienen un compromiso firme de dejarlo.
- **Preparación**: cambios conductuales dirigidos a la abstinencia. El sujeto tienen intención de dejar de fumar y comienza a realizar pequeños cambios en su vida: fuma light, toma chicles...
- **Acción o actuación**: el individuo cambia su conducta de fumar con o sin ayuda profesional. Hay cambios conductuales serios, más estables y duraderos.
- **Mantenimiento**: el individuo intenta mantener y consolidar esos cambios conductuales a lo largo del tiempo. intención de prevenir la recaída.

Prochaska y Di Clemente, en sus últimos desarrollos del modelo, incluyeron otras dos fases:

- **Recaída**: fase en la cual el sujeto no consigue mantener la abstinencia y vuelve al consumo. Esto puede ocurrir después de la actuación o del mantenimiento.
- **Finalización**: fase después de una abstinencia prolongada, a largo plazo. Para ello, debe existir una autoconfianza por parte del sujeto de no volver a fumar en el futuro (autoeficiencia) y ausencia del deseo de consumo.

1.2. Los procesos de cambio

Hacen referencia a cómo ocurren los cambios, a lo que hace un individuo para pasar de un estadio a otro,

describiendo las actividades cognitivas o conductuales que se experimentan para que un individuo pase de un estado a otro, de tal manera que la presencia de estas actividades aceleran ese paso. Estos cambios pueden ser producidos por una intervención terapéutica o no. Los procesos de cambio son:

- **de precontemplación a contemplación:**

- aumento de la concienciación: adquisición de información, conocimiento, por parte del sujeto sobre las consecuencias negativas producidas por el consumo y de los beneficios que supondrán para él el dejar la conducta adictiva. Para ello se emplean estrategias educativas e informativas.
- relieve dramático: sentirse mal por la conducta de fumar. Reacciones emocionales relacionadas con la cta de fumar, sentimientos provocados por la advertencia de las consecuencias negativas (muerte de un familiar por el tabaco...)
- resolución ambiental: evaluación que hace el individuo del impacto que su conducta adictiva tiene sobre los demás en relación a él mismo (relaciones interpersonales)

- **de contemplación a preparación:**

- autreevaluación: Se refiere básicamente a una valoración de tipo afectivo y cognitivo por parte del sujeto, por el impacto producido por su conducta adictiva sobre sus valores personales o su estilo de vida ideal y cómo afectaría el dejar de fumar sobre dichos valores.

- **de preparación a acción:**

- autoliberación: compromiso personal, requiere de la creencia de que uno es capaz de dejar de fumar, aumento de la capacidad del adicto de elegir bien: autoeficacia

- **de acción a mantenimiento:**

- manejo de contingencias: manejar reforzadores de la obtención de gratificación por haber dejado de fumar. Puede ser autorrefuerzo o heterorrefuerzo.
- relaciones de ayuda: apoyo social
- contracondicionamiento: proceso que hace referencia a la modificación de la respuesta (motora, fisiológica...) elicited por los estímulos asociados a la cta de fumar. Se trata de un cambio en el valor de la respuesta ante los estímulos asociados al fumar
- control de estímulos: evitación y escape

1.3. Los niveles

¿Qué estilos de vida han de ser modificados?

Propone 5 niveles:

- nivel ambiental o situacional próximo
- nivel cognitivo
- nivel interpersonal: los conflictos interpersonales
- nivel familiar: las relaciones familiares
- nivel intrapersonal: los conflictos intrapersonales

1.4. ¿Para qué sirve este modelo?

Si fuera cierta la primera implicación se daría que no a todos los adictos se les puede aplicar el mismo tratamiento, si no que éste dependería del estadio en el que se encontrara cada uno. Los adictos no son homogéneos para el cambio por lo que es necesario una intervención individual.

Este modelo parece tener bastante soporte empírico, ya no sólo para el tabaco, sino también para otras SPA. También se ha extendido a trastornos no adictivos como la alimentación, el stres...Por tanto, se puede concluir que el modelo tiene una alta validez externa.

• EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DE FUMAR

1) estado de MOTIVACIÓN

Para empezar, es necesario conocer el estadio del individuo o estado de motivación. La escala más conocida es la de **Evaluación de estados de cambio** (Prochaska y DiClemente), que consta de 5 temas que sitúan al sujeto en el estadio que le corresponde. Otra escala es la **Escala de Evaluación de Rhode Island (RICA)**, que también es de los mismos autores.

2) historia del habito

Además hay que conocer la historia personal adictiva del fumador. Se suele hacer a través de una entrevista, cuyos contenidos son:

- **datos sociodemográficos**
- **datos relativos al consumo actual del tabaco:**
 - número de cigarrillos
 - tipo de cigarrillos
 - situaciones
 - clase de consumo: número de inhalaciones
- **datos relativos al consumo pasado de tabaco**
 - edad de comienzo
 - intentos de abandono
 - periodos de abstinencia
 - cómo logro esa abstinencia, si la hubo.
- **personas de su entorno fumadoras**
- **conocimientos y creencias sobre el tabaco**
- **enfermedades o molestias causadas por el tabaco**
- **consumo de otras sustancias** (alcohol, café y relacionados, sobre todo)

La evaluación que uno haga al paciente, tiene, fundamentalmente dos funciones:

- que sea una información útil para el tratamiento
- la investigación

3) grado de dependencia de la nicotina

Otro área a conocer es el grado de dependencia de la nicotina. Existen dos tipos de indicadores: el indirecto (años fumando cigarrillos en la actualidad) y otra directa (las escalas de evaluación de la dependencia). El cuestionario más conocido es el Cuestionario de Fagerström. Es de fácil aplicación y tiene dos versiones: la primera consta de 8 ítems y la segunda de 6. El primer ítem es el que más predice la severidad de la adicción. Maneja el factor número de cigarrillos fumados. Asume que cuanto mayor es la proximidad entre la hora a la que el paciente se levanta y el momento en el que fuma el primer cigarrillo, más grave es la adicción. Otro factor importante es el poder de las dosis.

CUESTIONARIO DE DEPENDENCIA DE FAGERSTRÖM:

- ¿cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?
- ¿encuentra difícil abstenerse en lugares donde fumar está prohibido?
- ¿qué cigarrillo odiaría más dejar? (si dice, el primero de la mañana, chungo)
- ¿cuántos cigarrillos fuma al día?
- ¿fuma más durante las primeras horas del día o después?
- ¿fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

La puntuación oscila entre 0 y 10. De 6 para arriba: dependencia alta.

4) ESTADOS DE CAMBIO:

Se utiliza el cuestionario original de Prochaska y Di Clemente. Sirve para evaluar el estadio en que el sujeto se encuentra:

- ¿fumas en la actualidad?
- ¿estás considerando seriamente dejar de fumar en los próximos 6 meses?
- ¿Planeas dejar de fumar en los próximos 30 días?
- ¿has dejado de fumar por un periodo de al menos 24 horas durante el año pasado?
- ¿cuánto tiempo llevas sin fumar un solo cigarrillo?

5) Evaluación Fisiológica:

Se trata de evaluar los parámetros bioquímicos. Aspecto imprescindible en toda evaluación, ya que controla el consumo, evita que le sujeto mienta... Tipo de medidas:

1) Monóxido de carbono (CO)

Es un gas que se desprende de la combustión del tabaco y que es tóxico. En cada cigarrillo hay una cantidad variable, que oscila entre 2 y 20 mg. Es una sustancia independiente al uso del filtro.

Existen aparatos que miden el monóxido de carbono al respirar. Además también podemos utilizar este aparato en el tratamiento, como reforzador al reducir el nivel de CO.

Ventajas: Se utiliza mucho porque es muy barato (100.000 pta), es fácil de usar y la información que da es inmediata.

Inconvenientes: el CO tiene una vida muy breve, por lo que desaparece muy rápido del organismo. Sólo puede

medir por tanto, el consumo a corto plazo. Además, no es un gas específico del tabaco, sino que también es desprendido por coches, calefacciones... y se inhala en ambientes cargados.

2) Nicotina:

Entorno a un tercio de la nicotina de cada cigarrillo llega al fumador. La nicotina que ingiere un fumador también depende de la tipología del fumar. La nicotina es una sustancia que una vez que se introduce en el organismo se puede medir en varios fluidos (sangre, orina, saliva). El inconveniente que tiene es que para ser detectada, requiere procesos de laboratorio (más caros y lentos). Además, el más fiable es el análisis de orina, lo cual encarece más el proceso. La ventaja es que es más útil diferenciar fumadores de no fumadores porque dura en saliva entre 20 y 40 horas. ¿¿¿EIN???? Otro inconveniente es que no se pueden utilizar estas medidas si se emplean técnicas terapéuticas que incluyan nicotina (chicles, parches...).

3) Cotidina:

La cotidina es el principal metabolito de la nicotina (el 90% de la nicotina se transforma en cotidina una vez metabolizada). Tiene una vida media algo superior que la nicotina, entorno a unos 2 días. Los fluidos en los que ese analiza son los mismos. Se utilizaba más veces porque es más fiable en saliva. El inconveniente es que requiere laboratorio y tiene un coste elevado.

4) Tocianato:

Es cianuro de hidrógeno, un compuesto tóxico que sobre todo está en el humo de los cigarrillos. Es bastante peligroso porque es adhiere rápidamente al hígado. Su gran ventaja es que su vida media es bastante superior a la de los anteriores (hasta 2 semanas). Los niveles de tocianato se pueden medir también en los mismos fluidos. La saliva es el fluido más fiable (además es el método menos intrusivo y más barato). Su inconveniente es que el tocianato no sólo se puede desprender del tabaco (también de algunos alimentos, como la coliflor, las espinacas, col, cerveza...) y no al no distinguirse se pueden confundir.

6) PATRÓN DE CONDUCTA: TOPOGRAFÍA DE LA CONDUCTA DE FUMAR (ANÁLISIS FUNCIONAL)

Se trata de la evaluación del análisis funcional de la conducta de fumar presente: características, antecedentes y consecuentes. Es el tipo de evaluación más esencial e imprescindible de toda y no puede faltar en un buen programa.

El instrumento más utilizado es el **autorregistro**: tiene como función no sólo conocer la cantidad de cigarros que se fuman, sino también registrar las situaciones ambientales (lugar y personas con las que está) y los estadios emocionales que preceden a la conducta de fumar. También se suele incluir el momento del día (la hora), y el nivel de apetencia del cigarro que acaba de encender (mediante una escala que va de 1 a 10) en cada momento. Conocer el nivel de apetencia es muy importante, porque así se ayuda al paciente, primero a dejar de fumar aquellos cigarros que menos le apetecen, y progresivamente, los que más desea. Los autorregistros también nos dan información sobre situaciones de riesgo.

Los autorregistros deben ser simples (vale más perder información si eso asegura la adhesión al autorregistro). Si hay mucha información, el registro se hace muy engorroso y pesado y disminuye la probabilidad de que el sujeto lo cumpla, y aunque lo cumpla, es probable que lo haga de mala manera para quitarlo de delante).

Los autorregistros tienen, por tanto dos funciones: proveer de información al terapeuta y que el paciente tenga una autoobservación que le ayude a conocer de forma precisa su hábito de fumar.

Un efecto del autorregistro es el efecto reactivo, que provoca una disminución en el consumo de cigarrillos. El

autorregistro, por tanto, también podría ser un instrumento terapéutico que aporta cierta eficacia al tratamiento. Cuando la instrucción es que el sujeto registre el cigarrillo antes de encenderlo, el efecto es más reactivo aún que si se le dice que lo registre después de haberlo fumado o mientras lo fuma.

También puede pasar lo contrario, y que el sujeto se adhiera muy bien al tratamiento.

Cuando el sujeto se adhiere al tratamiento se encuentra una mayor probabilidad de conseguir dejar de fumar. Se recomienda usar el autorregistro durante una semana (línea base) como mínimo.

La **entrevista** es otro método para estudiar la conducta de fumar. Hay que controlar la aparición de los síntomas de abstinencia para intentar prevenir una recaída, mediante la entrevista (con preguntas directas) y también mediante cuestionarios. Un cuestionario muy conocido es el de Hughes y Hatsukami (1986) y el de West et al (1989).

7) CRITERIOS COMPLEMENTARIOS DE EVALUACIÓN

Otro tipo de registro es el **Registro de Tentaciones**, que se lleva a cabo ya en situaciones de abstinencia.

Una medida que cada vez se usa más es la **autoeficacia**, en conductas adictivas en general y en tabaquismo en particular. La autoeficacia son las expectativas en cuanto a la conducta de uno mismo. Se han desarrollado muchas escalas para evaluar la convicción que uno tiene de que va a conseguir el objetivo de las terapias. Se dice que la autoeficacia puede correlacionar con el tratamiento (menor autoeficacia, menor tanto por ciento de posibilidades de dejar de fumar y viceversa).

Los cuestionarios que evalúan autoeficacia describen una serie de ítems que muestran situaciones habituales en las que la gente fuma. Se pide a los sujetos que valoren su capacidad de control sobre la conducta de fumar en cada situación, mediante Likert: 1%— estoy totalmente seguro de que fumaría // 100%— estoy totalmente seguro de que no fumaría.

El cuestionario más conocido podría ser el Condiotte Lichtenstein.

El valor cuantitativo del cuestionario no es tan útil como un análisis cualitativo de mismo. No es tan importante saber que el sujeto tiene un 90% de confianza en que no fumaría como saber en qué situaciones fumaría y en cuáles no.

Otro complemento en la evaluación sería el **nivel de ansiedad y depresión**, medidos con los cuestionarios normales. Pero no es necesario medir esto en todos los sujetos, sino sólo en aquellos que presenten muestras de trastornos graves de estas características.

También hay que hacer una evaluación después del tratamiento. Hay que señalar que normalmente se utilizan tres sistemas distintos y tres tipos de instrumentos distintos para obtener información:

- autoinforme
- medidas fisiológicas
- información de las personas cercanas al paciente

La evaluación de los resultados introduce el criterio de abstinencia. Esto enlaza con el modelo de recaídas de Marlatt y Gordon, en cierto sentido, con el que se incorporó la distinción entre caída y recaída (lapso y relapso)

- caída: fallo esporádico
- recaída: vuelta a la línea base

El problema es cuantificarlas para saber cuándo una caída se convierte en recaída. Una recaída es un fracaso del tratamiento. Un criterio cuantitativo que se utiliza para describir una recaída en fumadores es el siguiente: una persona fuma durante 7 días consecutivos al menos una bocanada al día (propuesto por Becoña). Este es sólo uno de los muchos criterios posibles.

8) SÍNTOMAS DE LA ABSTINENCIA:

se evalúan a lo largo del tratamiento, a través de una entrevista o de cuestionarios. Esta evaluación sólo tiene sentido cuando el sujeto ha dejado de fumar, o por lo menos ha reducido el consumo.

Escala de síntomas de abstinencia de tabaco: **Hughes y Hatsukami**

- deseo de un cigarro
- irritabilidad
- ansiedad tensa
- impaciencia
- intranquilidad
- dificultades de concentración
- hambre excesiva
- incremento de la conducta de comer
- insomnio
- somnolencia
- dolor de cabeza
- problemas digestivos o estomacales
- temblores
- taquicardias
- sudoración
- vértigos

3. TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR (TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO)

Lo normal actualmente es que en un programa para dejar de fumar es que se utilicen varias técnicas. Lo que mejor funciona son los programas multicomponentes o paquetes de tratamientos. Ahora bien, la eficacia o no eficacia del tratamiento es relativa: con un 40 ó 50% de abstinencia es considerado un tratamiento como eficaz al año de seguimiento.

Las terapias se pueden clasificar en dos grupos:

- técnicas farmacológicas (médico-farmacológicas)
- terapias psicológicas

A su vez, el objetivo terapéutico puede ser la abstinencia total o un consumo controlado. Se descartaría el consumo controlado para personas con dependencia severa.

3.1 Técnicas médico – farmacológicas

Incluyen aquellos procedimientos para dejar de fumar que, en general, se caracterizan por el uso de algún tipo de fármaco. Hay varias:

- **consejo o advertencia médica**

Este caso sería una excepción, ya que no usa fármacos. Se refiere a la instrucción que dan los médicos a los

pacientes (sobre todo en atención primaria). Son pacientes que acuden al médico no para dejar de fumar, sino por otros problemas (por ejemplo, hipertensión) y el médico les recomienda dejar de fumar. La ventaja que tiene esto es su bajísimo coste (je). En cuanto a la eficacia, se encuentra hasta un 5% de eficacia al año de seguimiento. Cuanto más se estructure la información mejor (se puede pasar un cuestionario o un autorregistro).

- **terapias naturistas u homeopáticas**

Mediante algún tipo de hierba, depurativo, tranquilizante natural. A veces de forma complementaria se prescribe ejercicio físico. Hoy no existen estudios que demuestren la eficacia de estos programas.

- **programas de acupuntura**

Se usan una o varias sesiones. A veces se acompañan con alguna técnica de relajación. Su eficacia no está demostrada, aunque hay estudios que la han investigado... todos coinciden en que estas técnicas no son eficaces.

- **procedimientos de autoayuda**

No median profesionales. Se usan sobre todo folletos y libros. No hay estudios que avalen la eficacia de estos procedimientos.

- **terapias farmacológicas per se**

En estas terapias se usan fármacos. Hay dos tipos de aproximaciones:

- sustitución de nicotina mediante chicles, parches o inhaladores
- fármacos para la disminución de los síntomas del síndrome de abstinencia
- fármacos antagonistas

En cuanto a la **sustitución de nicotina**:

Chicles de nicotina (años 70):

Tienen una eficacia relativa en la disminución de los síntomas de abstinencia (a corto plazo). Los estudios acerca de la eficacia a largo plazo son contradictorios. Los mejores resultados se obtienen cuando se usan en relación con técnicas psicológicas (conductuales). El chicle se puede usar:

- combinado con técnicas conductuales (más eficaz)
- con el seguimiento de un médico que lo haya recomendado (eficaz)
- por iniciativa del sujeto (menos eficaz)

Parches de nicotina:

Procedimiento relativamente nuevo (principios de los 80). Consiste en la administración de nicotina transdermalmente. Su eficacia es similar a la del chicle. Ahora bien, los parches tienen más ventajas que el chicle (por eso se están empezando a usar más). El chicle implica una autoadministración de nicotina, mientras que con el parche se trata de una administración continua (no regulada por el sujeto).

Inhaladores

Mascarillas a través de las que se consume nicotina (tienen efectos secundarios peores que los que pueden

provocar los chicles o los parches). Las desventajas de los inhaladores se centran en que no están recomendados en pacientes con trastornos graves. Se recomienda usar estos sustitutivos de la nicotina dentro de programas formales. Además son bastante caros y pueden aparecer efectos secundarios negativos. También pueden provocar dependencia.

En cuanto a los **fármacos para disminuir el síndrome de abstinencia** (clonidina) hay pocos estudios sobre esto. Son fármacos poco utilizados porque aumentan la eficacia muy poco y a corto plazo.

También tenemos los **fármacos antagonistas**, con efectos opuestos a la nicotina (por ejemplo, al forma antagonista de la heroína es la naltroxona). El fármaco más usado es la meclanina (efectos adversos y desagradables). Este método es poco usado.

3.2 Terapias psicológicas (tratamientos de elección más terapias sustitutivas)

- **hipnosis**

Se sitúa al nivel de la acupuntura. Los tratamientos por hipnosis datan de los años 70 y pueden llevarse a cabo individualmente o por grupos. También los hay que van acompañados con distintas técnicas, por ejemplo de relajación. Pocos estudios nos demuestran la eficacia de la hipnosis. Esto se debe, en parte a la utilización de la hipnosis con otros tratamientos. Hay un 8–15% de eficacia al año de seguimiento. No se puede considerar un tratamiento de elección de los mejores.

- **tratamientos aversivos y no aversivos: programas conductuales**

Con las técnicas aversivas se trata de asociar la sensación aversiva a la conducta de fumar. Las técnicas aversivas se clasifican en dos modalidades distintas:

- las que usan el propio tabaco como estímulo aversivo
- las que usan otras sustancias como estímulo aversivo

Terapias aversivas que no usan el tabaco (son las más usadas)

- **Aversión eléctrica:** fueron desarrolladas a principios de los 70. Sus precursores fueron Koenig y Masters. Este método no se usa porque es poco eficaz.
- **Aversión o sensibilización encubierta:** aversión en la imaginación. La conducta de fumar se la asocia con pensamientos negativos asociados al hábito de fumar. También se llama sensibilización encubierta. Precursor: Cautela.

Terapias aversivas que usan el tabaco

Usan la forma de fumar para producir aversión. Hay varias técnicas:

- fumar rápido (más conocida)
 - técnica de retener el humo
 - saciación
-
- **Técnica de fumar rápido**

Fue descrita inicialmente por Lichtenstein a principios de los 70. Los primeros experimentos consistían en que el sujeto fumaba un cigarro de cierta manera al mismo tiempo que se le administraba aire caliente y humoso. Se comprobó que el aire caliente y humoso no añadía ninguna eficacia a la técnica de fumar rápido.

Actualmente el procedimiento estándar es el de Danaher. Consiste en instruir a los sujetos a fumar cada 6 segundos, dando inhaladas más o menos profundas, mientras el sujeto presta atención a los efectos negativos que le produce. Cada sesión consta de 3 ensayos de 15 minutos de duración y con 5 minutos de descanso entre ellos. En los descansos el paciente no fuma y discute, habla de los aspectos negativos de la terapia. Otro modo de aplicar esta técnica es hacer un solo ensayo pero de mayor duración (entre 20/25 minutos). Al principio de la terapia, las sesiones son diarias y paulatinamente se van espaciando. El tratamiento suele durar entorno a 2 semanas. Entre 6 y 8 sesiones los sujetos consiguen dejar de fumar. En los primeros estudios, había un 60% de abstinencia después de un año. En estudios más recientes se habla del 50/40% de abstinencia después de un año.

En la actualidad, esta técnica sólo se debe utilizar dentro de un programa multicomponente. Hay riesgos pero son fáciles de controlar. Una condición además de informar al sujeto, es conocer su estado de salud. Una vez salvaguardado esto, se ha demostrado que no tiene ningún efecto a nivel médico. Otra desventaja es que causa rechazo en algunos pacientes.

• **Técnica de retener el humo**

Inicialmente la utilizaron Kopel, Suckerman y Backsht. Consiste en que el sujeto de una gran bocanada y retenga el humo en la boca en intervalos de entre 30–45 segundos, respirando por la nariz. Se descansan 30 segundos y se repite el procedimiento hasta 6 veces. La frecuencia y el número de sesiones es muy similar a la técnica de fumar rápido. En el estudio original, tras seis meses hay un 85% de abstinencias. Estudios posteriores dan cifras superiores.

• **Técnica de la saciación**

De Lando y McGovern (1985). Consiste en que el sujeto incremente la cantidad de tabaco que consume. Ha de duplicar, triplicar o cuadruplicar la cantidad de tabaco que consume (depende de la cantidad inicial). Tiene por objeto hacer que los efectos positivos de fumar se conviertan en negativos, como las técnicas anteriores. El tratamiento dura entre una y varias semanas (4 ó 5). Hay que tener en cuenta los problemas de salud del sujeto. En el estudio inicial, tras un año de haber finalizado el tratamiento, había entre un 40 y un 50% de abstinencias, utilizándolo de forma aislada.

Técnicas no aversivas

• **Técnica de Reducción de Ingestión de Nicotina y Alquitrán (RGINA) de Foxx y Brown.**

Es uno de los procedimientos más conocidos. Es de finales de los 70. Una diferencia fundamental con las técnicas anteriores es que no supone un abandono abrupto sino gradual y progresivo del tabaco. Combina varios procedimientos:

- Cambio semanal de marcas de cigarrillos con menor cantidad de nicotina y alquitrán (. La reducción se hace a lo largo de 3 ó 4 semanas.
- Autorregistro
- Gráfico de progresos, que no son más que otro autorregistro en el que se ponen el número de cigarrillos y el día. Se aconseja que el sujeto lo tenga en casa en un lugar visible.

En la actualidad, casi siempre se acompaña de otro procedimiento que es la reducción gradual del número de cigarrillos. Este descanso se hace en 3 ó 4 semanas. Normalmente se hace en 4 semanas (¿?????????) (quitan el 25% en cada semana).

El nivel promedio de eficacia al año en los estudios iniciales se situaba entre el 40 y el 50% utilizado de forma

aislada. Los autores comentan algunas ventajas añadidas:

- no produce rechazo como las téc.aversivas
- se puede utilizar con todos los pacientes
- hay menos abandonos por su no aversividad
- ofrece las ventajas de los procedimientos individuales y en grupo. Va muy bien para trabajar en grupos, pero también permite prescripciones individuales.
- Incorpora la posibilidad de obtener resultados parciales, ya que muchos sujetos que no logran dejar de fumar, consiguen fumar menos.

Actualmente ésta es la técnica que más se utiliza y la más interés suscita.

• **Técnica del control de estímulos**

Es otra técnica tradicionalmente utilizada en los programas para dejar de fumar. Su fundamento es que existen fuertes asociaciones entre la conducta de fumar y ciertos eventos estimulares específicos que tienen lugar en la vida cotidiana. De tal forma que estas situaciones llegan a convertirse en señales que controlan la conducta de fumar (provocan los deseos de fumar y por tanto la conducta de fumar). Se trata de romper la dependencia de la conducta de fumar y ciertos estímulos que controlan esa conducta.

Los dos procedimientos más conocidos son:

· **Incrementar progresivamente el intervalo entre cigarrillos:**

los autores que primero lo utilizaron Azrin y Powell. Se asocia la conducta de fumar a intervalos de tiempo en vez de a situaciones concretas. Lo que se utiliza son intervalos de tiempo entre cigarrillos (antes de que se cumpla el intervalo, el fumador no puede fumar). Este intervalo se va incrementando progresivamente hasta llegar a la abstinencia. Este procedimiento, utilizado aisladamente es eficaz para disminuir el número de cigarrillos, pero no para llegar a la abstinencia, por lo que se incluye en paquetes de tratamiento y no se utiliza de forma aislada.

· **Fumar señalizado:**

uno de los primeros autores fue Shapico et al. Pretende lo mismo, pero no se utiliza el tiempo sino una señal. En concreto Shapico y cols. Utilizaron una señal auditiva, programada para que sonar con cierta frecuencia y sólo tras la señal el fumador podría fumar. La frecuencia es cada vez menor.

· **Extinción de señales:**

es de Lowe y cols y está basada en algunas terapias de control del peso. Consiste en que los fumadores identifiquen las situaciones, las 3 señas predominantes que, en su caso les inducen a fumar. Se trata de evitar sistemáticamente fumar en presencia de dichas señales durante un periodo de tiempo (al menos una semana) antes de la abstinencia. Otro procedimiento de control estimular sería hacer difícil el acceso del fumador a la cajetilla.

• **Contratos conductuales**

También se denominan contratos de contingencias. Se trata de una técnica operante que se utiliza en muchos tipos de problemas. Consiste en establecer por escrito unas condiciones en las que el paciente se compromete a llevar a cabo unas conductas. Técnicamente a esto se le suele llamar coste de respuesta. Se hace por escrito y es firmado por el paciente, el terapeuta y, a veces, un testigo. Muchas veces el coste de respuesta implica depositar una cantidad de dinero que sólo será devuelta si se cumplen las condiciones fijadas.

3.3. TÉCNICA DE ELECCIÓN: Programas multicomponentes

Las técnicas de elección en un tratamiento son una cuestión deontológica. Un terapeuta ha de aplicar la técnica que se ha demostrado más eficaz, y lo más eficaz son los programas multicomponentes.

Los programas multicomponentes se pueden aplicar individualmente o en grupo (no más de 8 pacientes). El número de sesiones ha de ser mayor que 4 (media 6), de entre 15 y 40 minutos (media 30 – 40).

Suelen tener 3 fases:

1.– **Fase de preparación:** el objetivo es incrementar la motivación del paciente y su compromiso para abandonar la conducta de fumar. Otro objetivo sería el conocimiento de la conducta de fumar. Las estrategias utilizadas son: informativas, contrato conductual (depósito monetario), establecimiento de una fecha de abandono, autorregistro.

2.– **Fase de abandono:** se llevan a cabo, propiamente, las técnicas para dejar de fumar.

3.– **Fase de mantenimiento:** entrarían aquí las estrategias de prevención de recaídas.

Ejemplo de programa multicomponente

Este programa consta de 8 sesiones (normalmente hay entre 6 y 10 sesiones que suelen ser semanales o como mucho de 2 sesiones por semana). La duración de cada sesión va entre hora y media y 2 horas.

1ª Sesión:

Formaría parte de la preparación. Consistiría en dar **información** objetiva de los daños de la conducta de fumar (información sencilla y operativa). Se ha de informar de en qué va a consistir el programa, cuánto va a durar, las ventajas de utilizar una técnica u otra, etc. Se entrega el **contrato terapéutico** y se hace la evaluación de todos los cuestionarios que se utilizaron. También se efectúa la **entrega y explicaciones del autorregistro**, y un gráfico de progresos. Se ha de explicar la función de cada uno de estos instrumentos.

2ª Sesión:

Se hace una solución de problemas en grupos. Trataría de una discusión en grupo de las razones para fumar y para no fumar. Normalmente esto se hace por escrito, y para ello se puede hacer una tabla de doble entrada como esta:

	+	-
FUMAR		
NO FUMAR		

- análisis de los autorregistros
- reducción en un 25% el número de cigarros, se acuerda qué cigarros no se van a fumar
- cambio de marca, a una con menos nicotina
- llevar los cigarrillos justos, no coger tabaco de otro
- feedback fisiológico mediante el CO
- técnicas de autocontrol

A partir de esta sesión ya se trabaja con autorregistros. En la primera semana no se manda al fumador reducir el número de cigarrillos. A partir de la 2ª semana, ya se reduce en un 25% (se utilizó la RGINA). Se reducen

individualmente, utilizando la información de los autorregistros.

Los cigarrillos que se quitan, se quitarán de las situaciones en las que el sujeto tiene menor apetencia. Se puede empezar hacer el feedback fisiológico (la prueba del CO) y las instrucciones de control estimular. Se han de facilitar también los objetivos de la sesión.

Otro componente de esta sesión es el cambio de una marca a otra con menos nicotina.

Este mismo contenido se va repitiendo hasta la 4ª sesión.

5ª Sesión:

Tras la primera semana de abstinencia, se reprime el 100% de los cigarrillos. Es buen momento para recordar los beneficios de dejar de fumar, acudiendo a las ventajas que cada uno está teniendo, sin hacer referencias generales. Siempre se utiliza un feedback fisiológico porque es muy reforzante. También hay siempre un control de los estímulos (estrategias prácticas), mediante, por ejemplo: limpiar el coche eliminando todo resto de tabaco, ceniceros, mecheros... En esta sesión y a partir de ella, se utilizaron técnicas de aversión encubierta, en las que el estímulo aversivo no era real, sino imaginario. El sujeto debía visualizar una situación muy placentera en la que estaba fumando y, sin ruptura entre ellas, debía imaginarse una situación muy aversiva. Este tipo de técnica de aversión encubierta consiste en lo mismo que las técnicas aversivas (asociar el fumar con una situación desagradable). Esta técnica se llama ritual del exfumador y es de Powerlean.

Se les puede cambiar el autorregistro por uno de deseo o de tentaciones (si, por ejemplo, se puntúa de 1 a 10 puntos, ellos puntuarán aquellas situaciones que puntúen por encima de 8).

6ª, 7ª y 8ª Sesiones:

El resto de las sesiones son de mantenimiento, donde se siguen incluyendo el feedback fisiológico, el ritual del exfumador y la prevención de recaídas. Esta última técnica consiste en la resolución en grupos de situaciones de riesgo.

Las situaciones de riesgo quedan apuntadas en el autorregistro y algunas se repiten diariamente. Se han de trabajar estas situaciones en grupos buscando alternativas. A veces se puede acompañar de entrenamiento en situaciones de afrontamiento. Una situación de riesgo que siempre hay que tener en cuenta es la ansiedad, por lo que conviene ver técnicas de relajación. Otro factor de riesgo es el incremento de peso, sobre todo en mujeres, por lo que hay que dar instrucciones sobre la dieta, ejercicio... (que ha de ser placentero, gratificante y se ha de prescribir correctamente el momento de hacerlo y durante cuanto tiempo).

3.4. Conclusiones sobre la efectividad de las terapias (Becoña y Vazquez, 1988)

- 1.- Tratamiento de primera elección, el más eficaz, es el Programa Multicomponente o Multimodal.
- 2.- El chicle o el parche se han de aplicar únicamente dentro de un programa más amplio, nunca aisladamente.
- 3.- El programa farmacológico siempre debe ir junto con un programa conductual.
- 4.- La hipnosis o la acupuntura no tienen muchos resultados frente a una terapia conductual. Este tipo de tratamientos no han resultado ser efectivos.

TEMA 6. EL ALCOHOLISMO

• DESARROLLO Y CURSO EVOLUTIVO

El alcohol es una sustancia depresora del SN. El alcohol es el etanol o alcohol étlico, que es un paso en la descomposición e carbohidratos. En la mayor parte de las sociedades el alcohol se consume mediante la ingestión, pero hay zonas, como en Finlandia, donde el alcohol también se inhala (inhalan los vapores en las ramas(¿??)). El alcohol, debido a sus propiedades químicas, liposoluble e hidrosoluble, es igualmente soluble en grasas y en agua. Esto es fundamental para explicar como actúa. Sus características le permiten atravesar las membranas celulares fácilmente, en concreto, en las células de las paredes del estómago, y es distribuido a todos los tejidos por el corriente sanguíneo. El abuso crónico y la dependencia están relacionados con que se produzcan lesiones celulares en el cerebro, en el tálamo, macrolesiones, se dilatan los surcos y los ventrículos.

El alcohol llega muy rápido al organismo, afectando a muchas estructuras. En el alcoholismo estaría el origen de la muerte de 20.000 personas al año, y originaría un gasto medico de 600.000 millones de pesetas a año, un 16% del total de gastos médicos. Problemas hepáticos, estomacales, cerebrales, tumores de todo tipo, disfunciones psíquicas... Sólo el 20% de alcohólicos están dispuestos a someterse a tratamiento.

Tradicionalmente, el alcoholismo, ha sido considerado como un problema progresivo y acumulativo. Los problemas con el alcohol deben ser considerados derivados del consumo esporádico de alcohol.

Jellinek ha propuesto fases por las que pasarían los sujetos que contactan con el alcohol:

- **Fase prealcohólica:** la ingesta de alcohol progresa de un consumo en una situación agradable hacia el consumo como situación milagrosa para liberar tensiones. Aparece la tolerancia, el sujeto abandona el último los lugares, se toma alcohol antes de contactos sociales y después, se lleva consigo el alcohol.
- **Fase de alcoholismo temprano:** se presentan episodios cortos de tipos de amnesias, durante y después del consumo. En muchas personas estos problemas no aparecen. Aparece la tolerancia y síntomas del síndrome de abstinencia. Se empieza a ingerir alcohol al levantarse. Hay trastornos del sueño. El alcohol se convierte en el tema central del sujeto, ocupa casi todo su tiempo y dinero, aparecen los sentimientos de culpa por beber, esconde las botellas, bebe a escondidas, lleva consigo repuestos. La persona que bebe se niega a sí misma y a los demás el tener problemas con el alcohol.
- **Fase Crucial:** Empieza cuando el sujeto pierde el control por la bebida. Puede empezar experimentar fenómenos como la tolerancia reducida, cantidades pequeñas de alcohol lo llevan a la intoxicación. El sujeto lucha por mantener el control del consumo. Se empieza a resquebrajar la vida personal del sujeto. Pueden aparecer los despidos laborales, separaciones, conflictos... El sujeto se muestra agresivo, irritado e incluso agrede físicamente a los que le rodean. Pueden aparecer los primeros intentos de abandonar el alcohol, apareciendo, entonces, el síndrome de abstinencia y el delirium tremens, intentos de suicidio, depresiones...
- **Fase Crónica:** puede permanecer ebrio toda una semana. Abandona esfuerzo por mantener una imagen respetable, y por dejarlo. Se causa lesiones físicas, aparecen déficits vitamínicos,... Como bebe lo que sea, puede llegar al coma étlico y a la muerte.

Estas fases no son más que prototípicas, a modo de orientación, luego cada sujeto tiene un desarrollo evolutivo individual.

(fotocopia criterios de dependencia)

• AMNESIAS

Una de las consecuencias más aparentes del abuso son las amnesias, que pueden ser totales o parciales. Los periodos de amnesias que se han observado van, desde horas hasta días. Kopelman ha hecho una clasificación:

- **amnesia dependiente de estado:** el individuo cuando está ebrio realiza determinada acción y cuando

está sobrio no la recuerda, pero la vuelve a recordar cuando está ebrio.

- **amnesia fragmentaria:** no existe una claridad acerca del momento en que se pierden los recuerdos y cuando vuelven es porque el sujeto tiene islotes en su memoria que sí recuerda.
- **Amnesia en bloque:** tiene un comienzo y un final bien definido y el sujeto tiene la sensación de haberse perdido algo. Se llaman también fugas y pueden durar desde horas hasta días.

• EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

La evaluación del alcoholismo es relativamente sencilla para un clínico, sobre todo en las fases avanzadas.

El tema de la evaluación del alcoholismo se comenzó a partir de una iniciativa de Jellinek. El sentido de la evaluación es la dirección adecuada hacia un programa de tratamiento adecuado al sujeto que evaluamos. Cuando utilizamos un instrumento de evaluación, éste debe proporcionarnos información suficiente para la intervención posterior.

Por otro lado, hemos de tener en cuenta que la evaluación del alcohol debe ser multidimensional, debe tener muy en cuenta el funcionamiento global de la persona.

En fases iniciales es más difícil detectar un problema de alcoholismo, porque el sujeto suele ir al médico por los problemas derivados de ese consumo, entonces, es cuando se utilizan autorregistros y cuestionarios. Intervenir antes de que se produzca la última fase del alcoholismo debe ser la política base de toda clínica. La evaluación de la implicación con el alcohol no se debe hacer sólo con cuestionarios, sino con todas las técnicas posibles.

Los instrumentos de evaluación de que disponemos son:

1) Autoinformes y cuestionarios:

El interés por construir autoinformes y cuestionarios, surge con mucha intensidad después de la aparición del **Test Jellinek para el alcoholismo** (basado en preguntas cerradas). Según el autor, el autoinforme nos dará un retrato de la enfermedad y de la fase en la que se encuentra el sujeto. Este test sirvió de base para la construcción de otros instrumentos de evaluación más precisos, ya que el test de Jellinek no presentaba buenas propiedades psicométricas.

Un autoinforme nos dará una información más válida y fiable:

- cuando la persona ya no consuma
- cuando el sujeto es consciente de que sus respuestas pueden ser corroboradas
- cuanto mejor sea la relación psicólogo–cliente
- cuanto mejor estructurados estén los ítems
- cuando no haya ningún motivo para que el sujeto subestime o sobreestime su consumo
- cuando el cliente sabe que sus respuestas son confidenciales.

Tipos de autoinforme:

- **población general:**

Los cuestionarios que se han diseñado han ido dirigidos a distintas poblaciones. Los que van dirigidos a la población general son instrumentos de **screening**, para separar a aquellas personas que pueden tener problemas de las que no.

El cuestionario más utilizado es el **CBA: Cuestionario Breve de Alcoholismo**, que propuso Fenerien (¿????). Va dirigido a grupos grandes de población sana, se utiliza en estudios epidemiológicos y puede detectar problemas de alcohol, aunque no su nivel de gravedad. Da un punto de corte a partir del cual se establece la población que tiene problemas (50 puntos o más).

- **población sanitaria**

Si trabajamos con población filtrada (población médica, que ya haya acudido a los médicos por distintos motivos, y donde se puede sospechar que existe un problema de alcohol), se utilizan el **CAGE** y el **MAST**.

El **CAGE** es muy sencillo, consta de 4 preguntas a las que el sujeto responde si o no. Si responde 1 ó más que sí, se utilizará otro instrumento que detecte que tiene de riesgo.

- ¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos?
- ¿Le ha molestado alguna vez que la gente le haya criticado por beber?
- ¿Se ha sentido mal por beber alguna vez?
- ¿Alguna vez nada más levantarse por la mañana, ha bebido para calmar los nervios o librarse de la resaca?

Otro test es el **MAST: Test de Discriminación de Alcoholismo de Michigan**. Este test está destinado a la atención primaria y consta de 25 ítems (MAST) sobre problemas familiares y legales.

- **población alcohólica**

Si los sujetos han dado positivo en los anteriores test se utiliza el **MALT**, que es el **Test de Alcoholismo de Munich**. Se utiliza, por tanto, para confirmar las sospechas de que alguien tiene problemas con el alcohol.

Es un instrumento de diagnóstico diferencial. Consta de 2 partes, una de ellas la rellena el médico después de la exploración clínica (**objetiva**) y la otra la cubre el sujeto, respondiendo a experiencias con el alcohol en los últimos dos años (**subjetiva**). Tiene una proporción coste/beneficio muy alta, porque nos da mucha información.

También contamos con el **DP: Cuestionario de perfil de bebida**. Es mejor que el anterior. Da un perfil sobre el sujeto alcohólico.

- **población adolescente**

Algunos tests se han hecho para adolescentes, como por ejemplo la **Escala de Implicación con el Alcohol para Adolescentes (AAIS)**, propuesta por Mayer y Firsteld. Consta de 14 ítems y en ella se registran la edad, la cantidad de alcohol, los motivos del consumo...

Otro cuestionario sería el **Cuestionario de Expectativas sobre el Alcohol para Adolescentes**.

2) AUTORREGISTROS

3) MEDIDAS FISIOLÓGICAS

Las medidas fisiológicas se pueden utilizar como intentos de información de que alguien tiene problemas con el alcohol. Proporcionan información complementaria a la obtenida por los instrumentos anteriores. Sus objetivos son: verificar la información dada por el cliente, enseñar al sujeto a discriminar el nivel de alcohol en sangre (feed-back) y para comprobar si el sujeto está sobrio o ebrio antes de una evaluación.

Nivel de Alcohol en Sangre (alcoholemia):

$G.A = g \text{ de alcohol puro ingerido} / \text{peso en kg} \times 0,7 \text{ (hombres)} \text{ ó } 0,6 \text{ (mujeres)}$

$G.Alcohol = 0,8 \times \text{gradación} \times \text{cantidad ingerida} / 100$

Se puede expresar en miligramos de alcohol etílico por 100 ml de sangre. Se han hecho **aparatos** para realizar estimaciones de alcohol en sangre en base al aliento. Esta medida es más eficaz en tanto en cuanto sea más aleatoria. Se enseña a los sujetos a discriminar el nivel de alcohol en la sangre ¿en función de? La sensación que el sujeto experimenta, como feedback.

Otra prueba es la de la **GGT** (Gammaglutamiltranspeptidasa). Esta enzima está presente después de ingerir alcohol, aunque también aparece cuando se utilizan fármacos o en enfermedades hepáticas.

También tenemos la prueba del **Volumen Corpuscular Medio (VCM)** (examen médico). Parece que este volumen tarda semanas en regresar a valores normales si se han consumido ingestas excesivas.

- **entrevista**

Instrumento imprescindible que nos permite establecer con el sujeto una relación de colaboración y a la vez informarle acerca del tratamiento y del clínico que le atiende.

CDP: Perfil comprensivo de bebida (Marlatt): es la entrevista más usada. Son preguntas abiertas, mezcla entre cuestionario y entrevista semiestructurada. Posee tres bloques:

- **filiación:** datos sociodemográficos
- **pautas de bebida:** historia personal del consumo de alcohol, historia del consumo familiar.... Aquí se establece qué tipo de bebedor es el sujeto, si es periódico, estable, exbebedor. Informa también sobre los posibles periodos de abstinencias, situaciones en las que consume, dónde lo hace, con quién...
- **actitudes y preferencias de consumo:** bebidas preferidas, cantidad, aspectos positivos y negativos respecto al consumo de alcohol...

La información ofrecida por el sujeto en la fase de evaluación debe incluir o completarse con la perspectiva de terceras personas, allegadas al sujeto (familia, amigos...) para confrontar los datos ofrecidos por el paciente.

- **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

Se concibe una rehabilitación en tres estadios: desintoxicación, rehabilitación y seguimiento.

Desintoxicación: se puede llevar a cabo de forma hospitalaria o ambulatoria con el mismo éxito.

La desintoxicación hospitalaria incluye medicamentos como las benzodiacepinas, vitaminas (B) y otros fármacos para corregir el balance electrolítico que se encuentra muy alterado en sujetos que consumen alcohol. Dura unos 5 días y suele darse en hospitales o clínicas hospitalarias. Buscan controlar el síndrome de abstinencia.

Hay recomendaciones a la hora de decidir una u otra forma. El hospitalario es mejor para pacientes con problemas médicos no relacionados con el alcohol; en el caso de que el paciente no tenga red de apoyo con la que contar para que le ayude, para personas con dependencias a varias sustancias, en caso de historia de ataques epilépticos o de personas que hayan sufrido delirium tremens, cuando la persona no tiene trabajo y cuando acude a la primera sesión intoxicado.

La desintoxicación en medios ambulatorios facilita el trabajo psicoterapéutico posterior. Se puede desintoxicar progresivamente con la orientación psicoterapeuta.

Rehabilitación o terapia: si el paso inicial ha tenido éxito, el programa debe continuar. Un tema muy polémico es si el objetivo es la abstinencia total o el consumo controlado. En general se admite que algunos consumidores excesivos puedan moderar su consumo.

Parece que los **programas de bebida controlada** tienen más éxitos en

- personas jóvenes
- que no tienen otras disfunciones psíquicas
- que no consumen otras drogas
- que tienen apoyos sociales y personales importantes,
- una estabilidad laboral y una historia de consumo excesivo corta y con periodos de sobriedad.

Aún así, se suele recomendar pasar por un periodo de abstinencia total de 2 ó 3 semanas, previo a iniciar el programa de bebida controlada. La mayor parte de la gente opta por la abstinencia total como objetivo terapéutico.

Desde la perspectiva psicológica clínica, el éxito de un programa no se debe medir por la dicotomía total/parcial, sino por el éxito del objetivo que se marca el sujeto.

Ahora bien, muchos pacientes desintoxicados no consideran que esta fase de rehabilitación sea importante y piensan que ya están curados con la simple desintoxicación... así recaen y vuelven a recaer. Para aquellos pacientes que sí consideran útil esta 2ª fase, hay muchos tipos de tratamientos basados en las múltiples orientaciones psicológicas. Los más utilizados son los grupos de autoayuda y la terapia de ayuda.

• Grupos de autoayuda

Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados. El fundador de estos grupos se llama a sí mismo Bill W y fue un alcohólico. Nos cuenta cómo en su desintoxicación experimentó un estado de consciencia alterado, en el que toma como objetivo ayudar a otras personas a dejar de ser alcohólicos (¿???). Sus primeros pasos no fueron exitosos, pero en 1939 consiguió que su grupo tuviese más de 100 personas y que se publicara el libro de AA, en el que se recoge su práctica en la rehabilitación, los 90 días de descanso, las personas que le cuidaron, el tema de los 12 pasos, el reclutamiento por amigos...

En AA se puede participar bien a raíz de que el sujeto consulte un libro, se encuentre con uno de los asistentes o acuda a una reunión. El deseo de dejar de beber es el único requisito para ser miembro y el objetivo global es la abstinencia total. En esta terapia hay un periodo inicial de 90 días en el que se recomienda asistir a las reuniones muy frecuentemente, llegando incluso a ser diarias.

El primer paso es reconocer que no se tiene ningún poder sobre el alcohol y que de hecho, el tema se le ha escapado de las manos alguna que otra vez.

Otro ingrediente sería buscar una persona que le ayude y que haya sido alcohólico, pero debe llevar sobrio al menos un año (no vaya a ser que se vayan de copas). Las reuniones abiertas consisten en charlas de un paciente junto con 2 ó 3 personas más que comparten sus experiencias y cómo el programa les ayudó.

Este programa busca cambios en los valores personales y en las relaciones. Cada paso de los 12 implica cambios en su conducta, en sus actitudes, que pueden afectar en la vida del bebedor. Por ejemplo, el paso 9 implica pedir disculpas a las personas a las cuales el comportamiento del bebedor ha dañado. Esta petición de disculpas puede dar lugar a cambios en las relaciones personales y a reconocer que el alcohol provoca problemas. También se proponen explicaciones de porqué empiezan y surgen los problemas.

El último paso anima a la propagación de oportunidades para que se recuperen otros. Algunas reuniones son

discusiones, otras son explicación de los 12 pasos y otras son testimoniales. Unas son abiertas, pero en otras sólo pueden acudir miembros.

Aquí, el sujeto aprende estrategias para evitar las recaídas. Muchos profesionales han estudiado porqué funciona este programa. Se ha visto que las personas que participan tienen un alto sentido de la afiliación, son personas que tienen muchos problemas y tienen un gran sentimiento de culpa. Además son personas sociables.

La investigación de la eficacia tiene problemas por el rollo del anonimato. Además las reuniones no son obligatorias (los componentes pueden cambiar de sesión en sesión), no hay posibilidad de cambiar los ingredientes del programa (experimentos), no tenemos grupo control... Aún así, AA tiene éxito. Las distintas escuelas se mueven entre la desconfianza absoluta ante este modelo y entre intentar explicar sus éxitos en términos de las propias técnicas profesionales. Cada escuela trata de explicar los logros en sus términos:

- **humanista:** ven como más positivo que se anime a los miembros a aceptar sus limitaciones, que no tienen poder con el alcohol, permite compartir con otras personas aspectos dramáticos de las experiencias dolorosas de la vida...
- **aprendizaje social:** se refuerzan selectivamente conductas incompatibles con la adicción, el grupo prima estrategias de autocontrol, cuando uno monitoriza el hecho de permanecer sobrio se hace también en las emociones permite detectar reacciones del individuo a estímulos internos o externos y controlarlos para no beber asociado a ello (ein???)
- **sistémicas:** lo que se valora aquí es que propone nuevas soluciones a sus relaciones con personas significativas, en el grupo se establecen nuevas pautas comunicativas, el entrar en el grupo incrementa la red de apoyo.
- **Psicología clínica:** opina que AA supone un modelo paraprofesional, voluntarista y religioso. Explica su éxito de acuerdo con los ideales de su propia teoría.

A raíz de este éxito se han creado grupos como cocainómanos anónimos...

• TERAPIA DE GRUPO

Todas las escuelas clínicas han propuesto terapias de grupo para alcohólicos. Nos encontramos **modelos conductuales** en los que se modifica la conducta que tiene que ver con el hábito de beber, pero también **terapias de tipo sistémico**, que intentan promover la resolución de problemas personales, y terapias que se dedican al insight desde el punto de vista **psicodinámico**.

Según la escuela hay varios modelos pero todos tienen puntos en común:

- ofrecen al alcohólico la oportunidad de compartir e identificar a otras personas con problemas similares
- el alcohólico puede comprender sus propias actitudes frente al alcoholismo, porque lo ve reflejado en los demás
- les permite aprender a comunicar sus necesidades y sentimientos de manera más efectiva
- grupos son de entre 5 y 12 personas y se reúnen de 1 a 3 veces por semana dependiendo de la orientación. Se reúnen para discutir temas distintos a la adicción, aunque en otras ocasiones el tema central es el alcohol, la prevención de recaídas... Varía mucho también el grado de apoyo y también difieren en el objetivo de la terapia. Algunos sólo tienen como objetivo ayudar a tolerar la abstinencia y será material de estudio cualquier cosa que digan. En otros casos, se busca incrementar las habilidades para resistir al alcohol.

E) SEGUIMIENTO Y CUIDADOS POSTERIORES (prevención de recaídas)

Los programas de prevención de recaídas se centran en los fenómenos relacionados con la recaída y su prevención, desarrollando alternativas a la cta de beber a través de las cuales se enseñan a los sujetos habilidades generales y específicas de evitación.

Los programas más famosos han sido los propuestos por Marlatt. Han desarrollado todo un modelo que luego se ha extendido a otras adicciones. Se centra en que el sujeto debe desarrollar alternativas viables y efectivas al beber (para ese sujeto en concreto). Requiere que adopten habilidades de afrontamiento de tipo general o de tipo concreto ante los problemas, habilidades que muchos alcohólicos no poseen.

Finney, Moos y cols han mejorado algunas propuestas de Marlatt y señalan la necesidad de tratar problemas de la vida cotidiana. Desde los sistémicos ningún tratamiento que se olvide de los años en los que aparecen problemas pueden considerarse bien realizado (¿??????).

MODELO DE MARLATT

Es un programa de autocontrol en el que la meta es facilitar al sujeto técnicas con las que afrontar una recaída. Se han encontrado situaciones que incrementan el riesgo de una recaída y han sido agrupadas en dos grandes bloques: situaciones interpersonales y situaciones intrapersonales:

- **determinantes intrapersonales:** hacen referencia a estados emocionales o fisiológicos que puede llevar a una recaída y a momentos de poner a prueba el autocontrol (ir a una boda y no beber...)
- **determinantes interpersonales:** situaciones como conflictos en el trabajo, con los amigos, presión social, estados emocionales positivos...

Es importante hacerle saber al sujeto que, el consumo de alcohol en un momento dado, es decir, un desliz, no es un fracaso, sino una oportunidad de aprender porqué se ha producido ese desliz, en qué situación... es decir, estudiar la situación y buscar estrategias para el futuro.

Como decíamos antes, es fundamental el entrenamiento en habilidades generales y específicas, trabajando a través de estructuras cognitivas para contrarrestar el EVA (efecto de violación de la abstinencia).

Técnicas ante una caída o desliz. Pasos del PPR De MARLATT

1.- Educación sobre prevención de recaídas, analizando el tipo de situaciones que en un entorno pueden facilitar la caída. Mediante autorregistros de situaciones de propia conducta, de sentimientos...

2.- Vigilar las situaciones de alto riesgo, reconociendo las señales de aviso mediante autoobservación.

3.- Control de fallos o recaídas ocasionales:

- pararse, observar lo que está ocurriendo, romper la cadena de conductas que está teniendo lugar
- calmarse, porque lo normal es que el sujeto se sienta culpable (efecto de la violación de la abstinencia EVA). Se asume la posición de observador
- renovar el compromiso de no beber y seguir con el programa
- analizar la situación que ha provocado el desliz y qué puedes hacer la próxima vez para afrontarlo
- desarrollar un plan de recuperación, alejarnos de la situación y si es necesario encontrar una fuente de gratificación.
- buscar ayuda en otros profesionales

4.- contrato de contingencias para prevenir recaídas: en algunos casos incluye costos o multas si se bebe. El

paciente acepta demorar 20 minutos el primer consumo. También aparece que la caída implica una simple dosis de alcohol. Además, el paciente acepta esperar unas horas o un día antes de volver a seguir. Tiene fecha de inicio y de caducidad.

5.- Planificación de crisis y recaídas: es algo muy similar a la técnica sistémica de suscripción paradójica. Modificación del estilo de vida que previamente se ha acordado con el paciente y su familia.

6.- Técnica de reconstrucción cognitiva

7.- Entrenamiento en manejo de estrés e ira

8.- Revisar y trabajar pptos de exposición y del manejo del deseo en caídas y recaídas

9.- Fomentar la red de apoyo social

Este es un programa que se supone que es la continuación de un tratamiento previo.

TEMA 7. OPIÁCEOS

INTRODUCCIÓN

Los opiáceos constituyen un grupo de SPA cuyos efectos se parecen a los de la morfina. Históricamente se han usado como analgésicos y actualmente se siguen usando para eso, para prevenir el síndrome de abstinencia y para sedar a personas agitadas. Son sustancias de las cuales ya se conoce el uso curativo desde el 7.000 a.C, en los papiros de Evans para ayudar a los niños con cólico.

En la Era Victoriana el uso del lándano era habitual. Hoy en días estas SPA están restringidas legalmente, existe un mercado negro floreciente caracterizado por crímenes, pobreza, mafias, prostitución, sida y grandes capitales.

Los opiáceos son la sustancia que mejor encaja con la definición de droga, ya que producen un síndrome de dependencia caracterizado por repetidas suministraciones a lo largo del tiempo. Aparece también tolerancia.

EVALUACIÓN Y CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

En cualquier evaluación inicial siempre se debe incluir la historia de uso de la droga por el sujeto a lo largo del tiempo y si es posible tener una corroboración externa. Esto último es necesario porque los adictos a los opiáceos niegan los problemas y minimizan la frecuencia y las dosis que consumen, mostrando una ilusión de control. Lo habitual es que la progresión en el patrón de consumo aumente. Se progresa. Preguntas como ¿cuándo usaste SPA por última vez? o ¿qué dosis?... nos permiten valorar la repercusión que tienen y el impacto de la retirada. Se contacta mucho con los profesionales para evaluar.

*

La evaluación requiere un esfuerzo interdisciplinar (médico, psicológico...) en el que hay que trabajar intensamente. Hay que tener en cuenta la necesidad de coordinación. La evaluación constituye una parte importante del tratamiento. Hay que identificar las necesidades específicas de cada uno de los sujetos.

EVALUACIÓN

A la hora de realizar una evaluación con un sujeto adicto a opiáceos, debemos tener en cuenta una serie de aspectos importantes, para hacerlo de forma eficaz.

- debemos tener en cuenta la historia del consumo por parte del sujeto y una corroboración externa, ya que suelen negar o minimizar los problemas y mostrar una cierta ilusión de control de la adicción.
- Es esencial preguntar por el último consumo: sustancia y dosis, para conocer el grado de intoxicación y el impacto que va a provocar el abandono.
- Es necesario valorar las anteriores relaciones con profesionales.
- La evaluación requiere una coordinación interdisciplinar coherente.
- Valorar las necesidades específicas de cada sujeto

Los instrumentos de evaluación más habituales son:

- **ASI Addiction Severum Index:** (índice de gravedad de la adicción) entrevista semiestructurada sobre el impacto causado por el uso de drogas en la vida cotidiana de cada sujeto.
- **DUSI Drug Use Screening Interview:** (inventario de uso de drogas) autoinforme con el mismo objetivo anterior.

Áreas de evaluación

- 1.- Uso de la sustancia
- 2.- Estado de salud
- 3.- Estado psicológico
- 4.- Evaluación del sistema familiar
- 5.- Habilidades sociales
- 6.- Ajuste escolar y laboral
- 7.- Relaciones con pares y tiempo libre

Una vez identificados los problemas del sujeto en cada una de estas áreas, el tratamiento debe dirigirse a coordinar logros en todas.

En opiáceos nunca se va a poder realizar una buena evaluación del caso sin realizar una entrevista.

• Uso de la sustancia

El apartado uso de sustancias es donde será más fácil usar un autoinforme y donde podemos usar instrumentos distintos a la entrevista. Además es el apartado que se rellena más fácilmente.

- ◊ patrón de consumo: clases de drogas, dosis, valoración de la dependencia
- ◊ contexto del uso:
- ◊ disponibilidad de la sustancia
- ◊ gasto diario/mensual
- ◊ patrones de comportamiento con respecto a las drogas (tiempo de contacto...)
- ◊ historia detallada del abuso (estilo de vida y atención al abuso) ...

• estado de salud

Las complicaciones médicas son muy diversas. Surgen de tres fuentes:

- ◇ Fracaso en el uso de técnicas asépticas, durante la inyección. Esto puede producir septicemia, abscesos cutáneos, meningitis, tuberculosis, hepatitis, problemas renales, sida...
- ◇ Haya presencia de partículas contaminantes en la solución que se inyecta, por ejemplo, que haya sido cortada con talco puede producir una embolia pulmonar.
- ◇ Las acciones farmacológicas del propio opiáceo.

Es absolutamente necesario realizar un examen médico completo y posteriormente deben seguirse pruebas periódicas para ver la evolución del estado de salud del usuario.

- **Estado psicológico, sistema familiar, habilidades sociales**

Del sujeto:

- ◇ informes sobre creencias del acerca del efecto de las drogas
- ◇ evaluación de los sentimientos asociados al consumo de las mismas
- ◇ evaluación de cuestiones de autocontrol, habilidades disponibles y ausentes...

Un instrumento para esto es el Ways of coping scale. **Escalas de estrategias de afrontamiento**

Del sistema familiar:

La familia es la unidad organizativa por excelencia en nuestra sociedad, es la influencia principal en los valores y comportamientos de los niños. El estilo parental, el ambiente familiar ejerce la principal influencia en el desarrollo del niño hasta la adolescencia y juventud (etapas donde hay más riesgo de que se empiecen a consumir drogas).

Se deben recoger, entonces, informes sobre la interacción familiar. Hay escalas específicas (aunque, como siempre, es imprescindible la entrevista):

- FES (escala de ambiente familiar)
- FAM (medida de evaluación familiar) : mejor
- FACES (escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar)

Todas ellas nos indican patrones de interacción habituales entre los miembros de la familia, pero siempre desde el punto de vista de uno de los miembros. En las entrevistas, en cambio, se debe recoger las opiniones de todos y valorar en directo la interacción familiar.

Temas que se deben tratar en la entrevista son:

- ¿cómo reaccionaron desde el inicio hasta la actualidad?
- ¿cuáles fueron las respuestas de cada uno de los miembros ante la escalada en el consumo?
- ¿había conflictos o problemas previos?
- ¿y actuales?
- implicación de otros miembros con otras SPA
- Hacer una evaluación del momento evolutivo familiar en el que se produce tanto el inicio como la escalada y la xxxxxxxx de la adicción.
- Los recursos con los que cuenta y carece esa familia: valorar las habilidades de comunicación,

resolución de problemas

- conocer las atribuciones sobre el origen del problema, sobre su posible resolución futura
- evaluación de la estructura familiar (cohesión, adaptabilidad...)

Mediante las **FACES** se registran la cohesión y adaptabilidad (Olson y cols).

La **adaptabilidad** hace referencia a la capacidad de una familia para adaptarse a las necesidades de sus miembros, en respuesta a presiones ambientales o de momento evolutivo. Es una dimensión con un continuo que va desde:

Rigidez

Caos

Familias rígidas se caracterizan por un estilo autocrático, siendo difícil para los hijos negociar cambios

Familias caóticas se refieren a las familias donde se aplican inconsistentemente las reglas de forma familiar. Los derechos y las responsabilidades son vagas, confusas y las consecuencias de las acciones también.

La otra dimensión es la **cohesión**, un continuo de la estructura familiar con dos polos:

Aglutinamiento -----

Disgregación

La **cohesión** se refiere al grado de unión emocional de los miembros de la familia y qué grado de autonomía se puede llegar a alcanzar dentro de ella.

Aglutinamiento sería el funcionamiento de la familia donde no es posible la autonomía de sus miembros.

Disgregación o desligamiento, sería cuando cada uno de los miembros de una familia va por su lado.

En las **familias disgregadas** no existe estructura de afecto, mientras que en las **aglutinadas** el vínculo emocional será tan fuerte que impide la independencia.

Estas dos dimensiones se registran con las FACES, autoinformes a los que responden los distintos miembros de la familia.

En las familias donde un miembro tiene una adicción a opiáceos, encontramos características por debajo del punto medio en adaptabilidad y cohesión: rígidas y disgregadas.

No sólo se debe evaluar el funcionamiento de la familia sino también la motivación de la familia para el trastorno.

• Ajuste laboral y escolar

Escolar:

Se debe examinar los resultados académicos y también el proceso que siguió en sus estudios, pues puede señalar un área de fracasos en la infancia o en la adolescencia.

Laboral:

- **historia laboral pasada y situación actual**

Este aspecto es importante porque uno de los objetivos de la terapia es alcanzar la independencia económica. Nos podemos encontrar con dos situaciones:

- que el sujeto esté perfectamente preparado para trabajar
- que no tenga preparación para trabajar (en este caso le debemos ofrecer los recursos de los que dispone para formarse a nivel laboral a través de programas de la comunidad)

si el sujeto ya posee un trabajo en el momento del tratamiento, esto puede suponer:

Un problema: no se podrá llevar a cabo cualquier tipo de intervención, sino solamente aquella que sea compatible con su jornada laboral y que no le impida seguir con normalidad su trabajo (no se debe proponer internamiento). Además cualquier problema que tenga en el ámbito laboral, se deberá tener en cuenta a la hora de planificar un tratamiento.

Una ventaja: puede suponer una fuente de motivación para seguir con el tratamiento.

- **Relaciones con los compañeros y el uso del tiempo libre**

- ◇ cómo son sus relaciones interpersonales en la actualidad y antes de la adicción fuera de la familia
- ◇ Ha habido cambios a raíz de la adicción??
- ◇ de qué tipo de red social forma parte
- ◇ si sus amigos son también adictos
- ◇ si tiene amigos íntimos
- ◇ Habilidades del sujeto para las relaciones interpersonales
- ◇ actividades favoritas para el tiempo libre
- ◇ conocimiento de los recursos sociales comunitarios...
- ◇ Valoración de su red social y conocimientos y recursos para poder ampliarla correctamente
- ◇ Qué estrategias de socialización utiliza al margen de las relacionadas con el consumo de opiáceos

- **Problemas legales**

- ◇ detenciones anteriores
- ◇ procesos judiciales pendientes
- ◇ estancias en prisión...

La situación ante la ley puede desempeñar un papel importante en las pautas de consumo, es explicativa para la motivación de participar en un programa de tratamiento. Es un tema delicado, del cual se suelen señalar los aspectos positivos (¿???): que se encarcele a alguien en contingencia con un programa terapéutico.

También existen problemas como:

- Que el interés por participar en una terapia sea motivado por el hecho de evitar la cárcel, en lugar de por el hecho de querer vivir sin drogas.
- Dificultades legales como: la dificultad ante posibles chantajes en torno a la información al juez sobre si participa o no en terapia, si consume o no...
- Cuando está pendiente de una pena, se debe tener en cuenta que una cercana instancia en la cárcel es

un riesgo de recaída.

- Recoger información sobre posibles problemas del sujeto adicto, si ha sufrido abusos sexuales, malos tratos...
- La naturaleza de las actitudes hacia las drogas.
- La relación del toxicómano y su familia con los servicios de atención
- Los efectos de los distintos programas de tratamiento.

- **tratamientos seguidos: anteriores y actual**

tratamientos anteriores:

- ◇ ¿En qué momentos se llevaron a cabo?
- ◇ Tipo, contenido, duración, resultados
- ◇ Logros y fracasos

Tratamiento actual:

- ◇ evaluación de la motivación del sujeto para seguir el tratamiento
- ◇ momento de cambio en el que se encuentra
- ◇ de quién fue la iniciativa:
 - ◆ de un familiar o amigo: evaluar la influencia que ejerce sobre el sujeto
 - ◆ propia: evaluar los motivos: presión familiar, muerte de un amigo por sobredosis...
- ◇ expectativas en torno al resultado y al tratamiento.

tipología de cancrini

Cancrini y cols realizaron una investigación combinada con un centro de atención terapéutica, utilizando una muestra de más de 300 sujetos. Buscaron características comunes a partir de las cuales los sujetos pudieran clasificarse en tipos. Los criterios que se emplearon fueron:

- forma de organización de la familia
- organización psicológica del sujeto
- naturaleza de las actitudes hacia las drogas
- relación del sujeto y su familia con los servicios de ayuda y atención
- efectos que tienen los diferentes programas de tratamiento en los sujetos

Para recoger los datos se usaron cuestionarios y demás y se tuvo en cuenta la observación de profesionales. Con todos los datos se hizo un AF del cual se sacaron 4 factores.

Esta clasificación tomó como punto de partida el hecho de que el consumo de opiáceos es una tentativa, aunque errónea, de autoterapia. De tal forma que supone que el sujeto tiene una serie de problemas y utiliza los opiáceos como terapia, como intento de resolver esos conflictos.

Esto demuestra que la población de adictos a opiáceos es heterogénea.

Toxicomanía traumática:

Se trata de gente con las siguientes características: el toxicómano ha seguido con sus estudios hasta el desarrollo de la conducta de dependencia, ha estudiado, ha buscado trabajo... hasta el inicio de la adicción. Antes de ésta estaba integrado en un grupo social de pares. La toxicomanía se manifiesta sobre todo después de un suceso traumático significativo que puede contar o no. Normalmente en su familia era considerado un hijo ejemplar. No manifiesta abiertamente una conducta toxicómana, la ha ocultado durante bastante tiempo.

No consume opiáceos para buscar placer, sino para entrar en un estado de aturdimiento ante un sufrimiento que padece. Describe que con el consumo de opiáceos busca el no pensar.

No manifiesta conductas antisociales graves, ni antes ni después de la adicción. En la familia no han causado problemas; son hijos ejemplares.

Desde el punto de vista profesional:

No presenta gravedad en cuanto a la integración escolar o laboral, tampoco en cuanto a su integración en redes sociales ni trastornos de personalidad. No debería tampoco tener dificultad par un futuro proyecto de autonomía. Un tratamiento individualizado, sin necesidad de internamiento puede tener éxito.

Toxicomanía de neurosis actual:

En cuanto a la familia:

- El drogodependiente refiere peleas continuas y explícitas entre los padres, con separación o divorcio entre ellos.
- Los límites entre los subsistemas (padres-hijo) son muy débiles.
- La descripción que la familia hace del muchacho es como el hijo malo de la familia (en contraposición con otro hermano o familiar).
- Conflictos familiares rápidos y fuertes.
- Hay una fuerte implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en el proceso de drogodependencia. Al iniciar el contacto con los asistentes sociales, uno de los progenitores parece involucrado y otro más bien no. Esta estructura se llama **triángulo perverso**: alianza intergeneracional. el hijo junto con uno de los progenitores está en contra del otro (aunque esta relación es negada). A esto se le denomina coalición. El progenitor coaligado con el hijo, tiende a tapar la conducta del muchacho.

En cuanto al modelo comunicativo, se caracteriza por lo contradictorio de los mensajes.

Deja señales evidentes de su conducta toxicómana, no la oculta, como los anteriores.

Respecto al consumo, el muchacho es bastante selectivo en cuanto a la elección de los fármacos, ha sufrido uno o dos episodios de sobredosis, pide ayuda con motivo de una enfermedad física o un accidente, cuando describe el consumo se aprecia la ausencia de elementos implicados con el placer... Está triste y lo demuestra.

Desde el punto de vista de los profesionales, se dice que no presenta gravedad en cuanto a la integración escolar o laboral, ni en redes sociales, ni en la estructuración de su personalidad. Ante la propuesta de terapia, el muchacho acepta la gravedad de su situación, pero al mismo tiempo es manipulador y elusivo con el terapeuta. Uno de los padres, a la hora de trabajar con los terapeutas, participa mucho y otro menos. Hay que trabajar con ambos padres.

Toxicómanos de transición:

Entre psicosis y neurosis.

- Este muchacho ha tenido importantes dificultades escolares y ya no estaba integrado en ningún grupo de pares normalizado antes de la adicción.
- En su familia es considerado el hijo fracasado respecto a otro hijo, y refiere peleas breves y violentas entre sus padres, pero sin separación ni divorcio.
- Sólo muestra conductas antisociales graves después del inicio de la drogodependencia.

- Con el consumo de fármacos señala que unas veces busca el placer y otras veces eludirse.
- El uso de estos fármacos a veces es selectivo y a veces usa indiscriminadamente cualquier sustancia que caiga en sus manos (comportamiento autodestructivo).

Desde el punto de vista profesional: Presenta gravedad en cuanto a la realización de un proyecto de autonomía, cuando se le propone la terapia acepta, mantiene la demanda pero le demuestra al profesional que cualquier cosa que haga va a ser inútil.

Al iniciar el contacto con los servicios sociales, aparecen los dos progenitores.

Toxicomanía sociopática:

- Jóvenes que no han terminado sus estudios o que los han interrumpido muy pronto, y que no han conseguido integrarse laboralmente.
- Antes de la drogodependencia estaban integrados en un grupo de pares marginados y con comportamientos antisociales antes de iniciarse en la drogodependencia.
- Familia: Han sido adoptados (por otras familias o instituciones) durante largos periodos de tiempo, no han tenido una situación de contacto evolutivo ni un apego con sus padres constante (¿?????)
- Usan indiscriminadamente cualquier sustancia en grandes cantidades y ya han sufrido alguna sobredosis (más o menos 2)
- Es el grupo de más riesgo en el uso de sustancias.

Desde el punto de vista de los profesionales, presentan gravedad en cuanto a la integración escolar o laboral e integración de redes sociales. Ven en este grupo al de peor pronóstico en torno a la recuperación de la adicción. Ante la propuesta de terapia, muestran desconfianza y se muestran provocativos. Consideran la terapia como algo irrelevante en sus vidas.

Los progenitores al principio parecen muy involucrados, pero de forma ausente (como máximo se puede contar con uno de los dos). Normalmente se le propone para comunidad terapéutica.

Se trata de familias que vienen de clases sociales desfavorecidas o de clases sociales totalmente desfavorecidas. Son familiar descomprometidas, sin interdependencia recíproca, y con inconsistencia de las relaciones parentales (ausencia, les cuida otra persona que no ayuda para nada).

Del conjunto de Cancrini se puede resumir que, dentro de la población de heroinómanos, hay una población muy distinta, heterogénea, que requiere evaluaciones distintas, pronósticos distintos y tratamientos distintos. El tratamiento de tipo farmacológico era propuesto para los toxicómanos de tipo C y D. Los resultados en el B son bastante malos (¿??).

TRATAMIENTOS

Para cambiar el estilo de vida en el que hay abuso de opiáceos se necesita que tanto el drogodependiente, como su familia participen de forma activa en el programa que persigue la abstinencia. Es difícil que aparezcan datos de abandono de la heroína sin participación en algún tipo de tratamiento.

Según Mother, y Weitz (¿??) el proyecto de dejar el xxxxxx consta de varias etapas:

- Admitir el problema y decidir abandonar el consumo. A veces los adictos acuden a terapias por presiones y no por su propia decisión. En este caso, el terapeuta debe contar con estrategias adecuadas para convertir uno en lo otro.
- Dejar de consumir, superar el síndrome de abstinencia, y no tomar más opiáceos.

- Producir cambios en el estilo de vida personal e interpersonal, adquiriendo nuevas habilidades, recursos, apoyos que le permitan consolidar su nuevo estilo de vida sin opiáceos.
- Afrontar con estas habilidades los problemas de la vida diaria, las crisis y las recaídas.

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS Y PROGRAMAS

fase de desintoxicación

En la **fase de desintoxicación** (superación del SA) se puede realizar tanto un programa farmacológico o técnicas de tipo psicológico. También se pueden dar las dos opciones a la vez.

En los tratamientos con psicofármacos hay programas que usan tanto sustancias opiáceas (metadona) como no opiáceas. En todas ellas, la dosis de sustancia se va disminuyendo, según unos protocolos estandarizados, aunque pueden ser modificados según la sintomatología de cada sujeto.

Una sustancia que no es de tipo opiáceo es la cloridina. Esta sustancia bloquea los síntomas y los signos del SA, sobre todo los relacionados con el SNA.

Hay otra sustancia de tipo opiáceo que se usa mucho: la metadona.

- metadona: que ayuda a superar el SA por tolerancia cruzada. Las dosis de muchos fármacos se van reduciendo según distintos protocolos, pero que de alguna manera se adaptan al sujeto. En programas libres de drogas, el SA suele pasarse en casa del abstinente o en casas de acogida. Las personas que le rodean se han de comprometer a ayudarlo.

Técnicas psicológicas: tratamientos llevados a cabo a través de estrategias psico-sociales, bien de forma ambulatoria u hospitalaria.

La desintoxicación es el primer paso y generalmente es el más sencillo. Dura poco tiempo. Las desintoxicaciones con fármacos tienen un promedio de duración de unos 21 días; los síntomas físicos, tales como vómitos, lagrimeo, insomnio... suelen estar presentes un máximo de 15 días (a los 5 días van desapareciendo). A nivel psicológico suelen darse problemas de memoria a corto plazo, de concentración, ansiedad, tristeza, desasosiego, deseo de droga... que son más duraderos. A medida que el sujeto progresa en el programa, estos síntomas irán desapareciendo.

También pueden darse desintoxicaciones ultracortas con fármacos, que se superan en un par de días.

Fase de mantenimiento

♦ tratamientos farmacológicos agonistas

Los fármacos se usan también como parte del programa terapéutico, los tratamientos farmacológicos reciben el nombre habitual de programas de mantenimiento con metadona

El uso de la **metadona** con adicciones a opiáceos surge a partir de un trabajo de los 60, de Dole y Nyswander. La metadona es un opiáceo sintético capaz de controlar el SA y es de una acción duradera. Barato, en muchos casos se dice que no tiene efectos a largo plazo. Se puede tomar por vía oral y se evita compartir la vía de administración con la heroína. La dosis diaria oscila entre 20 – 100 mg, dependiendo de cada sujeto.

Los objetivos de los programas de mantenimiento con metadona son para:

- suprimir el consumo de heroína y evitar el recurso al mercado negro
- eliminar accidentes (infecciones, sobredosis...)
- se administra por vía oral y a dosis controladas
- de alguna forma disminuye el flash en el caso de que el adicto vuelva a consumir heroína
- cuando alguien inicia uno de estos programas, inicia un contacto con programas terapéuticos

Se plantean también algunas dificultades y reciben críticas:

- **Cronicidad:** En un programa así, parece que el mantenimiento con metadona es para toda la vida. Si es así están considerando la drogodependencia como algo crónico e irrecuperable (¿??????).
- A largo plazo, la metadona posee los mismos efectos secundarios que la administración de otros opiáceos.
- Ha aparecido en muchas ocasiones, mercado negro de metadona.
- La metadona crea tolerancia, aunque en menor grado.

El resultado de estos programas es que no se enseña a los adultos a no depender de ningún tipo de droga.

Laam: sustancia agonista, que los opiáceos con propiedades parecidas a la metadona, sin embargo, el laam se administra tan sólo 3 veces por semana (en lugar de una vez al día).

♦ **tratamientos farmacológicos antagonistas**

Hay otro programa de mantenimiento con antagonistas. A diferencia de los anteriores, al objetivo aquí, es no depender de ningún tipo de opiáceo. Al ser antagonistas, bloquean los efectos del opiáceo, no sintiendo los efectos de las drogas. El antagonista más conocido es la **naltroxona**, que se toma por vía oral y actúa durante 24 horas. Su administración también es oral. Cuando se administra, bloquea los efectos de los opiáceos sobre los NTs, con lo cual, aunque se consuman opiáceos no se conseguirán los efectos buscados.

Naloxona: es otro antagonista de opiáceos que se inyecta de forma gradual. Para su uso se recomienda dejar el consumo de opiáceos, al menos, dos semanas antes.

¿Con quién usar una cosa y no otra?

Los tratamientos con metadona tendrán más éxito en casos de toxicómanos adultos que hayan experimentado fracasos en otros tipos de tratamientos o que tengan problemas serios de salud. También se aconseja el tratamiento con metadona a personas que poseen muy pocos recursos personales y sociales, y que recurren a actividades delictivas.

En cuanto al otro programa de mantenimiento, se le suele ofrecer a personas jóvenes, que lleven poco tiempo consumiendo, personas que van a experimentar un periodo crítico de riesgo (por ejemplo, están en la cárcel). También a personas que duermen en la cárcel y trabajan fuera de ella. Requiere una gran motivación; por muy neutralizadora que sea una sustancia, el abandono de una adicción, implica aspectos que no tienen que ver con fármacos.

♦ **tratamientos psicológicos**

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Es una de las opciones de tratamiento más promocionada. Se ha organizado de distintas formas. En algunas no

hay profesionales, están localizadas en pueblos, y centran la recuperación en actividades de trabajo.

Son grupos pequeños de personas jóvenes que eligen vivir con ex – toxicómanos y generalmente son de inspiración religiosa. Los monitores suelen ser personas que han seguido el tratamiento con éxito.

Otras comunidades terapéuticas nacen ya como equipo de profesionales.

En la actualidad hay comunidades que cumplen los dos requisitos, es decir, ligadas a motivos religiosos y que aceptan profesionales.

El tratamiento en la comunidad terapéutica profesional se base en el concepto de autoayuda. Otro de los conceptos claves es el apoyo mutuo. El toxicómano debe asumir la responsabilidad de separarse de la heroína. Produce de los grupos de autoayuda adaptados a opiáceos (¿?)

Las comunidades terapéuticas funcionan de forma estructurada, controlando estrictamente al toxicómano las 24 horas del día. Estos grupos suponen que su éxito está en ofrecer una atmósfera de grupo que no tolere el consumo de drogas. Todos los programas deben implantar nuevas formas de vida, grupos que proporcionen apoyo para una vida distinta y alejada de las drogas. Las comunidades terapéuticas suelen constituir una fase dentro del tratamiento, están coordinadas con centros ambulatorios y de todo tipo.

Habitualmente se dice que tienen más éxito con heroínómanos jóvenes con fuerte dependencia y que tienen pocas habilidades personales y pocos recursos familiares y sociales.

El tipo de actividades se centrará en los siguientes puntos:

- planificación de la vida diaria
- trabajo y formación
- estructuración del tiempo libre
- trabajo de relaciones sociales
- tratamiento de las dificultades de los toxicómanos, de cualquier orientación
- planificación de la vida futura

Desventajas de las comunidades terapéuticas:

- 1.– Los drogadictos viven juntos: es muy habitual el hecho de que las conversaciones giren en torno al consumo de droga, lo que puede desencadenar una recaída. También, proceso de estigmatización.
- 2.– La vida está muy simplificada: están ausentes los problemas de la vida relevantes.
- 3.– Si las estancias son muy largas (más de un año), hay problemas típicos de la institucionalización, como en una cárcel o un psiquiátrico.

TEMA 8. LA COCAÍNA

Evaluación de la adicción a la cocaína

El punto de partida se debe inicialmente con una valoración clínica de la adicción. La entrevista inicial es básica. Los fines más importantes son:

- establecer una alianza terapéutica con el cliente
- recoger los datos clínicos fundamentales para que el programa del tratamiento se adapte al cliente
- informar al sujeto de todos los procedimientos, normativos del programa de tratamiento.

Uno de los temas fundamentales que se comparte con la heroína es responder a la pregunta ¿a quién se va a evaluar?. La entrevista inicial no sólo sirve para evaluar al cliente, tanto el paciente como clínico dan y reciben información. Ambas partes desarrollarán conclusiones recíprocas. El cliente intentará también catalogar al terapeuta.

Algunas de las informaciones que tratará de saber el toxicómano del terapeuta serán:

- si posee un buen conocimiento de las drogas, especialmente de la cocaína
- si tiene una actitud crítica o negativa sobre los toxicómanos o no
- si va a dedicar su tiempo para comprenderle o va a trabajar con ideas preconcebidas sobre los adictos
- si es alguien en quien se puede confiar
- si es una persona fiable que se hará cargo cuando las cosas se pongan peor
- si se le puede manipular fácilmente
- si le interesa el paciente o su dinero
- qué éxitos puede lograr

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN (igual que en opiáceos)

Hay dos instrumentos específicos:

- **CAP** (perfil de evaluación de la cocaína)
- **CAST** (cocaína-prueba de gravedad)

El CAP es un autoinforme que se rellena fácilmente. El CAST es un instrumento un poco más complejo. Es una escala de valoración con 38 ítems, que evalúa la gravedad de la adicción. El que precisa tratamiento da más de 10, (¿?????????) los que puntúan más de 30 va haber dificultada para lograr abstinencia de forma ambulatoria.

Ambos serían dos instrumentos para recoger el uso y la gravedad de la adicción, la ventaja es que no gastan tiempo en la entrevista, se pueden realizar previamente, en la sala de espera.

Se debe tener en cuenta:

- los motivos para buscar tratamiento. Discutir el motivo concreto por el que el sujeto decide iniciar el tratamiento. Este tipo de informe va a destacar áreas que se deben trabajar, puede identificar problemas de motivación. Para evitar abandonos prematuros, se debe analizar la ambivalencia del usuario. Si le ayudamos a que vea que está eligiendo no seguir el tratamiento, ya le estamos clarificando algo, puede incrementar así que solicite de nuevo ayuda (¿?????).
- evaluar cómo se siente el suj al empezar el tratamiento. Para algún tipo de personas, resulta degradante tener que solicitar ayuda terapéutica; a este subgrupo, cuya imagen de sí mismos es de éxito, se les debe convencer de que el proceso de buscar ayuda es un signo de fuerza, utilizando una técnica de reestructuración.

El tema de la cocaína presenta unas peculiaridades con respecto a la adicción de otras SPA:

- la demanda de tratamiento es mucho menor, ya que no sirve la presión del contexto. Además, un cocainómano nunca intentará dejar su adicción por el hecho de que esté consumiendo mucho
- los cocainómanos tienen un fuerte rechazo al tratamiento
- el consumo de cocaína tiene un menor riesgo en cuanto a problemas médicos
- la motivación más habitual de una demanda es una crisis por una pérdida importante a nivel relacional, labora...

TRATAMIENTO DE WASHTON

Elementos básicos:

- tratamiento estructurado
- tratamiento es estadios
- abstinencia total de cocaína
- abstinencia total de otras SPA
- educación
- implicación de la familia
- controles de orina
- tratamiento individual y grupal
- grupos AA (autoayuda)
- actividades alternativas
- contrato terapéutico

Si suprimimos algunos de estos elementos, el tratamiento no tendrá tanto éxito. Washton dice que su tratamiento no es 100% seguro, pero que hay ingredientes que van a ayudar.

• **Tratamiento estructurado**

Se necesita una buena estructuración, es conveniente que las reglas del programa se presenten por escrito al principio del tratamiento. También las posibilidades de éxito del programa.

La mayor parte de los adictos requieren que el programa esté bien estructurado, algunos sólo aceptan el tratamiento individual, estructurado sólo para ellos. El terapeuta debe ser experto en el campo de las toxicomanías, y también experto en terapias individuales, familiares y grupales.

• **Tratamiento en estadios y pasos**

La recuperación no se produce con rapidez, se ha de ir por fases. Estadios en los que cada vez se cumplan determinados tipos de tareas objetivo.

El tratamiento tiene 4 estadios:

• **Fase de estabilización e intervención en crisis**

Dura aproximadamente las 2 primeras semanas. Son necesario terapeutas expertos.

Hay que lograr:

- el cese inmediato del consumo de drogas y alcohol.
- Alejamiento de otros consumidores y traficantes.
- Desaparición de los efectos del síndrome de abstinencia
- estabilización de la vida cotidiana (resolviendo las crisis que hayan aparecido).
- Alianza terapéutica (relación cliente/terapeuta).
- Formulación del plan terapéutico.

• **Abstinencia precoz**

Primer y segundo mes de tratamiento.

- ◇ Dar información sobre la adicción, que se acepte la misma
- ◇ establecer un sistema de apoyo a la persona
- ◇ incorporarle a los grupos de autoayuda
- ◇ abstinencia estable por lo menos durante 2 semanas.

• **Prevención de recaídas**

Del tercer al sexto mes de tratamiento.

- ◇ Pasar de admitir verbalmente la adicción, a admitirla emocionalmente
- ◇ informar sobre el proceso de recaídas (factores de riesgo, posibles soluciones a las mismas [programas marlatianos])
- ◇ cambios positivos y firmes en el estilo de vida de la persona
- ◇ conocer, identificar y controlar los sentimientos negativos de nuestro cliente (problemas de reajustes, fracasos...)
- ◇ lograr una vida afectiva estable sin drogas
- ◇ aumento de la relación con grupos de autoayuda
- ◇ abstinencia estable de más duración.

• **Recuperación avanzada**

Sin plazo.

- ◇ Culminación de los objetivos anteriores y continuación con los grupos de autoayuda (incorporándose a la organización)
- ◇ culminación de cambios de actitud, estilo de vida,
- ◇ consolidación de habilidades de enfrentamiento y resolución de conflictos para aplicar a áreas distintas de su vida.

La duración total del tratamiento es de unos 6 a 10 meses por lo menos.

• **Abstinencia total de cocaína**

Es la finalidad más importante de las primeras fases. Si no hay éxito en los intentos de reducir el consumo, cualquier contacto con la cocaína aumentará su uso. Se busca la abstinencia total. No cabe la posibilidad de hacer un uso ocasional. Por eso están bien los programas de reducción gradual (poquito a poquito).

• **Abstinencia total de otras SPA**

Ampliar el marco de seguridad contra una posible recaída. Un nuevo estilo de vida sin drogas. Los adictos se oponen a esto. El motivo por el que se persigue la abstinencia total es que cualquier otra droga puede desencadenar fuertes deseos de cocaína; de hecho, la mayor parte de los adictos utilizan otras drogas (depresores, alcohol...). Los dos tipos de drogas están asociados por el uso conjunto, por condicionamiento clásico, entonces, usar una sustancia puede hacer que aumenten los deseos de consumir coca. Intoxicarse con cualquier droga puede conducir al consumo de cocaína, porque estas otras drogas relajan sus actitudes (sus barreras de control), haciendo al adicto más vulnerable ante una oferta de cocaína. Estas drogas pueden evitar la recuperación bioquímica de la función cerebral que está adaptada a la cocaína.

Habitualmente, estos argumentos llevan a los adictos a convencerles de no usarlas.

• **Educación**

Componente educacional completo, proporcionar conocimientos que hagan comprender la adicción (hacer que cambie la conducta de la gente). Incluir también una intervención educativa por parte de los familiares de la persona: efectos de la cocaína, SPA, adicciones, farmacología.

- **Implicación del la familia del cocainómano**

La dependencia a sustancias químicas en su etiología, mantenimiento y consecuencias, es un proceso familiar, la recuperación es difícil o imposible sin la participación de su familia. Éstos pueden contribuir a facilitar la adicción (dando dinero, excusando el comportamiento del miembro adicto, hacer lo posible por librarle de las consecuencias negativas de su adicción,...)

La familia debe aprender a ayudar al adicto constructivamente y establecer conductas propias más adaptativas.

- **Control de la orina**

Proporcionar regularmente una muestra de orina, ya que ayuda a detectar consumos esporádicos, no sólo de coca, sino de otras SPA. Los controles deben estar incluidos de un control terapéutico para que el adicto asuma sus responsabilidades (al saber que va a tener la analítica, a lo mejor no consume). Hay gente que incluso lo pide; ahora bien, nos podemos encontrar con falsificaciones del sujeto y falsos positivos en los análisis.

- **Terapia individual y de grupo**

- **Grupos de AA:**

Gente con tu mismo problema, cocainómanos anónimos (CA). Ofrecen apoyo, son gratuitos...

- **Actividades alternativas**

Ejercicio físico, deporte... que facilite una nueva forma de llevar el tiempo de ocio y así estar alejado del uso de la cocaína.

- **Contrato terapéutico**

No hay que usarlo para forzar al sujeto a seguir estrictamente el tratamiento. No hay que imponer castigos o coaccionar al individuo, no es amenazar, ya que esto sería ineficaz y situaría al clínico en una situación imposible (si eres amigo, eres confidente; si eres castigador, carcelario).

Contenidos del contrato:

- frecuencia preestablecida de sesiones (psicoterapia, grupo...)
- tiempo establecido para completar el programa
- cláusula en la que si la intención del paciente es abandonar el tratamiento, se discute que siga en él
- lista de miembros (familia y amigos) a los que avisar si hay una recaída, no se acude a las citas...
- establecer reuniones terapéuticas a las que debe acudir cada semana
- tema de la abstinencia completa, total de cualquier droga, incluyendo el alcohol y la maría, pero no el tabaco ni el café
- contacto telefónico con otros miembros del programa una vez a la semana
- acuerdo sobre cómo mantener ligados al programa a la familia y a los amigos

AMBULATORIO VS INTERNAMIENTO

Ambulatorio:

- más barato
- menos molesto para la vida laboral y personal del sujeto
- menos estigmatizador
- más aceptado por el sujeto
- no tiene que adaptarse primero a las condiciones de la institución y luego salir a la calle y enfrentarse a los problemas

internamiento:

- suicidio
- violencia o peligrosidad
- problemas médicos y/o psicológicos generales
- dependencia de otro SPA que necesite supervisión médica

81

-