Dedicado a María, Balma y Beatriz.

Agradecimientos

A Justo y Rosa, por la ayuda y participación en su elaboración.
A Jorge, de GlaxoSmithKline, por su apoyo en el proyecto facilitando su realización.
A Salvador y Silvia, de PrintCas, por todas las facilidades prestadas en el trabajo.

TRATADO SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS

- Prefacio.
- Capitulo I: Conceptos básicos en Drogodependencias.
- Capitulo II: Historia Clínica Orientada por los problemas. Su utilidad en el trabajo clínico interdisciplinario de las conductas adictivas.
- Capitulo III: Detección precoz de los problemas adictivos. El mejor ejemplo: “ Prevención del consumo excesivo de alcohol ”.
- Capitulo IV: Introducción a la Prevención del consumo de Drogas en el Ámbito Escolar, Familiar y Comunitario.
- Capitulo V: Abordaje asistencial de los Trastornos por uso de sustancias psicoactivas y de la psicopatología asociada.
- Capitulo VI: Diferentes niveles de abordaje. Recursos socio-sanitarios y educativos implicados.
- Capítulo VII: Bibliografía comentada.

PREFACIO

Este libro nace, a modo de compendio, como un trabajo de ordenar toda la docencia postgraduada impartida en el apasionante campo de la Adicciones, proceso que se inició desde el principio, en mi trabajo profesional, a la par que, el de formarme y trabajar en la clínica y la resolución de los mismos.

Por otra parte, ha sido una constante del trabajo diario, de una parte, ver y tratar a los pacientes, estudiar y mejorar los conocimientos en este campo, pero también, como otros compañeros de otras especialidades de la Atención Primaria de la Salud, una continua preparación y exposición de contenidos en relación a los Trastornos Adictivos, en distintos foros y ámbitos de la formación postgraduada.

Es, en ese sentido, su contenido, fruto, de una parte, de mi estudio particular, de otra, del trabajo de otros compañeros que me lo han impartido (Masteres, Cursos postgrado de diferente índole), de otra, de la experiencia en el trato directo con los pacientes en el campo asistencial, de las relaciones entre profesionales que atendemos estas problemáticas y de los recursos e instituciones públicas implicadas en su abordaje.

Habiendo sido siempre mi trabajo en la esfera Pública de la Atención, no iba ser de otra manera mi formación y la que he tratado de transmitir en los mismos, casi siempre en la docencia postgraduada acreditada: Universidad Jaume I de Castellón, Conselleria de Sanidad (IVESP, EVES), Sindicato Independiente de Enfermería Autonómico (FUDEN), Iltre. Colegio Oficial Médicos de Castellón, Universidad Miguel Hernández (INID), Formación continua y continuada en Equipos socio sanitarios Generalitat Valenciana: Atención Primaria Salud Áreas 1, 2 y 3. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Otros: Caritas Interparroquial Castellón, Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción, Cruz Roja Española..., auspiciados por instituciones públicas como Magnific Ajuntament de Vinarós, Excmo. Ayuntamiento de Castellón, Exma. Diputación Provincial de Castellón y Excmo. Ayuntamiento de Sagunto.

Paso pues a relatar, diferentes cursos impartidos y su relación con los capítulos que abordaré en el libro, dando al mismo tiempo esa referencia cronológica a la que me refería con anterioridad:

- **Conceptos básicos en Drogodependencias**:

*Cursos de Formación Continuada en Equipos de Atención Primaria y Salud Pública en Área 1 sanitaria. 1992-1993/1993-1994.

*Cursos de Prevención escolar de las Drogodependencias en escuelas públicas de la ciudad de Vinarós. Castellón.1992-1993/1993-1994.

*Grupos de Educación para la Salud de familiares de pacientes y de pacientes en tratamiento, en distintos servicios de Atención Pública de las Drogodependencias. 1992/ 2002.

- **Historia Clínica orientada por los problemas. Su utilidad en el trabajo clínico interdisciplinario de las conductas adictivas.**

*Curso de Conductas Adictivas. Abordaje Biopsicosocial. Formación continua del Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Castellón. 1995/1996.

*Comunicación Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. 1997.

*Tesina Curso Diplomado en Sanidad. Escuela Nacional de Sanidad. EVES. Instituto de la Salud Carlos III. 1999/2000.

- **Detección precoz de los problemas Adictivos. Prevención del consumo excesivo de Alcohol.**

*Curso Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. IVESP.1996/1997.

*Prevención del Consumo excesivo de Alcohol. IVESP.1997/1998.

*Tratamiento del alcoholismo. Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanidad. 2002/2003.

- **Actualización de Enfermería en Drogodependencias**.

*Cursos de Formación Continuada del Sindicato SATSE-FUDEN. 1996/1997/1998.

(Actualización de enfermería en Atención Primaria; Enfermería en Drogodependencias: Drogas, Alcohol y Legislación, Certamen y Jornadas Socio sanitarias).

*Manejo de las urgencias Psiquiatría. Formación Continua Hospital Provincial de Castellón (Manejo del Abuso de Tóxicos).1997/1998.

- **Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar, Escolar y Comunitario.**

*Cursos de Prevención Padres Escuelas de Vinarós. Castellón. 1992-1994.

*Curso de Formación de Animadores del Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar. FAD.1997/1998.

*Prevención de las Drogodependencias. Plan Formación Continuada Conselleria de Sanidad. 2002-2003.

- **Abordaje asistencial de los Trastornos por uso de sustancias Psicoactivas y la psicopatología asociada.**

*Formación Continua Sanidad. IVESP-EVES. 1992/1993; 1994/1995; 1996/1997; 1998/1999.

*Tesina Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad de Valencia. EVES. Instituto Carlos III.

*Experto Médico forense en Adicciones. IVESP 1999/ 2000.

*Comunicación XIX Congreso Nacional de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (Drogas de abuso en orina: Seguimiento de pacientes) 2000.

*II Encuentro Médico, Jurídico y Social. Sociedad Valenciana de Médicos Forenses. 2001.

*Practicas postgrado: Master Drogodependencias. INID. Universidad Miguel Hernández. 2002.

*Curso de Postgrado. Educación para la Salud: Drogas de Síntesis. Universidad Jaume I. 2002.

*Tratamiento del alcoholismo. Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanidad. 2002-2003.

* Estrategias de Deshabituación tabáquica. Plan Formación Continuada de la Conselleria de Sanidad. 2002-2003.

- **Recursos de Atención: Niveles de abordaje de las Conductas Adictivas:**

*Grupos de coordinación asistencial en Áreas de Salud 1,2,3 del mapa sanitario de la Comunidad Valenciana. 1992/2002.

*Grupos de coordinación y trabajo interservicios de Atención Drogodependencias de la provincia de Castellón.

*Seminarios de Formación en Adicciones de la C. Bienestar Social. Dirección General Drogodependencias. 1992/2002.

Éste trabajo, pretende ser también, un manual del contenido abordado en el mismo para próximos cursos de formación postgraduada orientados a la formación de profesionales del trabajo interdisciplinario del abordaje de las adicciones: médicos, enfermería, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, abogados,..., a los que iría enfocada la docencia y orientado el actual libro.

Siendo esta realidad de las adicciones, a la par que nueva, cambiante, y la realidad de la Formación Reglada Universitaria en el mismo fácilmente desfasada o no sujeta, muchas veces, a la realidad de la problemática. Está plenamente justificado su realización, para completarla y mejorarla. Y es el interés del autor su continua revisión y renovación, que quedaría abierta a próximas revisiones del mismo. Cómo lo son los criterios diagnósticos y terapéuticos implicados en el mismo.

Miguel Angel Beltrán Viciano.

CAPITULO I:

CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS.

1. INTRODUCCIÓN.
2. DROGA. DROGAS DE ABUSO. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
3. ADICCION, DROGOADICCIÓN.
4. CLASIFICACIÓN DROGAS DE ABUSO.
5. FORMAS DE CONSUMO. PATRONES DE CONSUMO.
6. DEPENDENCIA.
7. ABUSO.
8. TOLERANCIA.
9. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.
10. INTOXICACIÓN.
11. DESHABITUACIÓN.
12. DESINTOXICACIÓN.
13. FLASH-BACK.
14. CRASH.
15. CRAVING.
16. PATOLOGÍA DUAL.

1.1 INTRODUCCIÓN.

Ocurre con frecuencia, que la terminología empleada por los profesionales para expresar los conceptos relacionados con los trastornos adictivos, es en gran medida, distinta de la que se utiliza, en el lenguaje coloquial.

Puede ocurrirnos, pues, que no nos entendamos, que hagamos referencia a una misma cosa con términos diferentes o que cosas totalmente distintas sean referidas con un mismo término.

Trataremos de aclarar, el significado de aquellas palabras de la jerga de los trastornos adictivos que empleamos constantemente en su abordaje, y en las explicaciones y contenidos que a continuación estudiaremos en otros capítulos de este libro.

Toda ésta terminología, no es, ni ha sido siempre la misma. Está sujeta, al dinamismo de las revisiones, clínicas, de la investigación y a veces también, de la moda (corrección) del momento particular en el que nos encontremos. Ejemplo de esto sería el término Toxicomanía, más bien hoy

en desuso a nivel clínico, superado por otros más precisos en su significado como: dependencia, abuso u otros más generales: adicción o drogadicción.

1.2 DROGA. DROGA DE ABUSO. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Cuando nos referimos a nivel coloquial a un problema adictivo utilizamos con frecuencia la palabra **Droga**, más aun, si se trata de un problema adictivo con alguna sustancia ilegal, refiriéndose pocas veces con el término droga a otras sustancias que generan adicciones con este término si éstas son legales: alcohol, tabaco, fármacos.

El fenómeno referido se cree que parte de la confusión con la terminología anglosajona " Drug ", que se traduciría como fármaco, daría igual pues que se tratara de una aspirina, antidiabético oral o laxante. No siendo esto a lo que nos queremos referir cuando lo usamos, sería más correcto el hablar de **drogas de abuso** ("substance abuse ", de la terminología anglosajona), haciendo referencia el mismo a la posible problemática que generaría la mala utilización de las mismas.

La palabra que se va a emplear en los ambientes más profesionales (clínicos, investigación,...), será sin embargo, la de **sustancias psicoactivas**, haciendo referencia, no tanto a sus consecuencias sino a sus efectos, siempre referidos a su *acción sobre el Sistema Nervioso Central*, del animal de experimentación o persona, que los utilice. Evitando en el significado, sus consecuencias pues, son beneficiosas en muchos casos, si su utilización es terapéutica (fármacos para el tratamiento de alteración de procesos mentales), no siempre con problemáticas de ilegalidad, o posible acierto en su referencia, también para las legales: alcohol (etanol), tabaco (nicotina), puesto que son ellas mismas psicoactivas y si no lo fueran no tendríamos los problemas adictivos que ocasionan en muchas personas.

1.3 ADICCIÓN. DROGADICCIÓN.

Es un término muy general, sobre el cual caben también, matizaciones en su utilización. En primer lugar, no es el término aceptado por la comunidad médica, si bien continuamente cuando se habla del problema de las drogas se hace referencia a la adicción (drogadicción). En segundo lugar pocas veces se utiliza también en el caso de las sustancias legales, coloquialmente: fumadores empedernidos, cafeteros, bebedores insaciables o quizás alcohólicos, pero no adictos a la nicotina, adictos a la cafeína o adictos al alcohol.

El término "adicción a las drogas " se establece mas bien a la posibilidad de estar asociada al delito (coste social), sin embargo no hay base en la ciencia biomédica para calificar de un modo diferente la adicción a las drogas legales.

El concepto tendrá una etimología más general, como **problemática de salud**, sin matizar una clínica concreta (categoría diagnóstica): De uso, de abuso, dependencia; salud pública; genética (susceptibilidad); Gestión de la salud ("Unidades de Conductas Adictivas"),...

1.4 CLASIFICACIÓN DROGAS DE ABUSO.

La terminología de las Adicciones se ha referido clasificándolas, muchas veces a las mismas cualificándolas en " Duras " o " Blandas "; Otras en referencia a sus problemas con el tráfico de estupefacientes en " legales o ilegales ", términos un tanto arbitrarios, que tienen poco que ver con la nocividad o las consecuencias de las mismas.

La mayoría de las clasificaciones científicas las refieren, como la propia ciencia lo exige, con la máxima precisión: alcohol / etanol; Cannabis / marihuana, hachis; cocaína / clorhidrato de cocaína, sal resultante de su tratamiento con una base (bicarbonato, amoniaco,...): Base; tabaco / nicotina; Heroína, metadona, codeína,.../ opiáceos; Anfetaminas, metanfetaminas, MDMA, DOET,.../ Drogas de síntesis; benzodiacepinas, barbitúricos / tranquilizantes o ansiolíticos.

En el capítulo que tratará de su abordaje, nosotros utilizaremos la clasificación más práctica a nivel docente, que se basará en los propios efectos de las mismas: Depresoras del S.N.C. (alcohol, opiáceos, benzodiacepinas, Cannabis), psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis) haciendo referencia a las particularidades de las mismas en su contenido.

1.5 FORMAS DE CONSUMO. PATRONES DE CONSUMO.

El fenómeno del consumo y adicción a sustancias ha estado presente en todas las culturas a lo largo de la historia. Durante siglos las culturas han convivido con las drogas que les eran propias, han sistematizado su consumo, y en consecuencia la peligrosidad ha sido, en cierta forma, controlada.

Ha sido en los últimos veinte años, cuando el uso de sustancias adictivas, ha adquirido proporciones importantes prácticamente en todos los países, convirtiéndose en uno de los problemas socio-sanitarios de mayor magnitud en nuestra sociedad con la novedad de: la existencia generalizada del consumo, el tipo de consumidores y las nuevas tendencias de consumo, la incorporación de modelos culturales ajenos a nuestra sociedad, mercado de grandes proporciones, que no se rige por reglas mercantiles, relacionado muchas veces con el crimen organizado y la marginación.

Generalmente existen tres tipos de consumidores de sustancias psicoactivas:

- **Consumidor ocasional**: persona que, de vez en cuando, y motivada por la curiosidad o la presión de grupo, usa una o varias sustancias, sin continuidad.

- **Consumidor de fin de semana o episódico**: Suele realizarlos de una forma periódica, con uso recreativo, en épocas de descanso: fines de semana, fiestas, vacaciones.
- **Consumidor habitual**: Consumo continuado de la sustancia, si bien en la cantidad para la cual tiene una buena tolerancia a la misma, puede también aparecer, debido a diferentes circunstancias, problemáticas de salud y adictivas, por su utilización continuada en el tiempo.

1.6 DEPENDENCIA.

Sería una categoría diagnóstica dentro de la clínica y de los manuales diagnósticos de las enfermedades: CIE-10, DSM-IV-TR.

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítem siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses: (1) Tolerancia, (2) Abstinencia, (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía. (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia. (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. Existiendo una codificación del curso, en el quinto dígito (Remisión total temprana, remisión parcial temprana, remisión total sostenida, Remisión parcial sostenida.) En terapéutica con agonistas, en entorno controlado, (Leve/moderado/grave). Especificando: Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia o Sin dependencia fisiológica: No hay signos de tolerancia o abstinencia (1) y (2).

En el CIE-10: F1 x.2 Síndrome de dependencia

A. Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber aparecido simultáneamente durante al menos un mes o si han durado menos de un mes deben aparecer simultáneamente en un período de doce meses:

1) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia;
2) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, unas veces para evitar el inicio del consumo, otras para poder terminarlo y otras para controlar la

cantidad consumida, como se evidencia por: tomar la sustancia durante más tiempo del que se pretendía, o por un deseo persistente o por esfuerzos para reducir el consumo sin éxito.

3) Un cuadro fisiológico de abstinencia (ver F1x.3 y F1x.4) cuando se consume menos sustancia o cuando se termina el consumo, apareciendo el síndrome de abstinencia característico por la sustancia o uso de dicha sustancia (o alguna parecida) con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.

4) Evidencia de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como una necesidad de aumentar significativamente las cantidades de la sustancia necesaria para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o una marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad de sustancia.

5) Preocupación con el consumo de la sustancia, que se manifieste por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones en favor del consumo de la sustancia; o en gran parte del tiempo empleado en obtener, tomar o recuperar los efectos de la sustancia.

6) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (ver F1x.1), como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era presumible que lo fuera con respecto a la naturaleza y amplitud del daño.

El diagnóstico síndrome de dependencia puede ser especificado mediante los siguientes códigos de seis caracteres:

F1 x.20 En la actualidad en abstinencia
F1x.200 remisión temprana
F1x.201 remisión parcial
F1 x.202 remisión completa.

F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (p.ej. hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

F1 x.22 En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución supervisado (dependencia controlada), (p.ej. con metadona, chicle de nicotina, parche de nicotina).

F1 x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (p.ej. naltrexona o disulfiram).

F1 x.24 Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
F1 x.240 sin síntomas somáticos.
F1 x.241 con síntomas somáticos.

La evolución de la dependencia puede ser especificada si se desea, como sigue:
F1 x.25 Con consumo continuo.
F1 x.26 Con consumo episódico (dipsomanía).

1.7 ABUSO.

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítem siguientes durante un período de 12 meses:

(1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.

(2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.

(3) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Evidentemente la experiencia profesional será básica para el correcto uso del término.

Problemáticas valoradas en un momento como Abusos pueden ser revisadas en el tiempo como Dependencias, y viceversa. Normalmente el ser etiquetadas en uno u otro extremo comportan actitudes terapéuticas distintas.

1.8 TOLERANCIA.

Definida por cualquiera de los siguientes ítem:

(a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

Especificaría la característica definida dentro de una dependencia, si lo es, también fisiológica. Por tratarse de un concepto íntimamente relacionado con los mecanismos biológicos de metabolización.

1.9 SINDROME DE ABSTINENCIA.

Cumplirá los criterios:

A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias, marcando también el carácter fisiológico de la misma. Los signos y síntomas de la abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan de forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia. También afectan a los síntomas de abstinencia la dosis y duración y otros factores como la presencia de otras enfermedades. Los síntomas de abstinencia se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los signos y síntomas de intoxicación mejoran (de forma gradual en algunos casos) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia.

En CIE-10:F1 x.3 Síndrome de abstinencia

G 1. Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución del consumo de la sustancia después de un consumo repetido y habitualmente prolongado y/ o a altas dosis de dicha sustancia.

G 2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas (ver más adelante).

G 3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún trastorno médico ni por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto dígito:

F1 x.30 No complicado
F1 x.31 Con convulsiones

1.10 INTOXICACIÓN.

Son criterios DSM IV-TR:

A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Ahora bien, diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La intoxicación por sustancias se asocia con frecuencia a la dependencia o abuso de sustancias. Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico específico en la intoxicación por sustancias varía entre los sujetos y depende de la sustancia implicada (depresora, estimulante), de la dosis, de la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado, de la vía de administración utilizada.

Los signos y síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecte en el organismo. Esto puede ser debido a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales o al efecto de " ataque y retirada " por el que la sustancia altera el proceso fisiológico y la recuperación dura más tiempo que el empleado para la eliminación de la sustancia. Estos efectos de la intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia.

En CIE-10:

G1. Debe haber presencia clara de consumo reciente de una o más sustancias psicoactivas en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.

G2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia (o sustancias); tal y como se especifica más adelante, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica.

G3. Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan además otros problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas. Se deben tener en cuenta problemas como el consumo perjudicial (F1x.1), el síndrome de dependencia (F1x.2) o el trastorno psicótico (F1x.5).

Puede recurrirse a los cinco caracteres siguientes para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

F1x.00 no complicada. Los síntomas varían según gravedad, habitualmente en relación con la dosis.

F1x.01 con traumatismo o lesión corporal.

F1x.02 con otras complicaciones médicas. Por ejemplo, hematemesis, aspiración del vómito.

F1x.03 con delirium.

F1x.04 con distorsiones de la percepción.

F1x.05 con coma.

F1x.06 con convulsiones.

F1x.07 Intoxicación patológica. Sólo aplicable al alcohol.

1.11 DESHABITUACIÓN.

Hace referencia al proceso asistencial en el que está implicado el paciente y el equipo profesional que atiende la problemática, tanto a nivel primario, secundario como terciario, si procede en el proceso de tratamiento. Supera el propio hecho biológico y comporta un trabajo biopsicosocial que finalizará con la recuperación del paciente, con o sin la necesidad de tratamientos farmacológicos que ayuden a estabilizar los desequilibrios neuronales previos o adquiridos por el proceso adictivo.

1.12 DESINTOXICACIÓN.

Comporta el hecho biológico de retirada de la sustancia o tratamiento agonista, minimizando en lo posible la sintomatología de abstinencia o síndrome de retirada.

Puede realizarse ambulatoria u hospitalariamente dependiendo de la indicación terapéutica del caso, fundamentalmente basado en la dosis de la sustancia, la presencia de problemática física o psíquica (patología dual) o por motivos sociales (ausencia de apoyo socio-familiar, o condiciones sociales mínimas: techo, alimentación,...).

1.13 FLASH-BACK.

Consiste en la recurrencia transitoria de alteraciones de la percepción que son reminiscencias de intoxicaciones por la sustancia experimentadas previamente, no estando el sujeto sometido a intoxicación, ni a sus efectos. Es muy característica de sustancias como los alucinógenos. Esta reexperimentación de síntomas perceptivos causa malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del sujeto.

Incluyen formas geométricas, imágenes de campo periférico, falsees de color, colores intensificados, imágenes que dejan estela, percepciones de objetos enteros, postimagenes, halos alrededor delos objetos, macropsia y micropsia.

Se suceden por episodios y pueden ser autoinducidas (p. ejem. pensando en ellas) o desencadenadas por la entrada en un entorno oscuro, drogas varias, ansiedad, fatiga y otros estresantes. Los episodios tienden habitualmente a desaparecer tras varios meses, pero pueden durar más tiempo.

El juicio de la realidad se mantiene intacto, es decir, el individuo reconoce que la percepción es un efecto de la droga y que no representa una realidad externa.

1.14 CRASH.

Síntomas de abstinencia aguda (sobre todo a la cocaína), que se observan con frecuencia después de periodos de consumo de dosis altas y repetidas. Se caracteriza por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión, aumento del apetito. Requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación.

Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamiento suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el crashing u otras formas de abstinencia de cocaína.

1.15 CRAVING.

Necesidad irresistible de volver a tomar la sustancia, para reducir los síntomas (En la abstinencia), superada esta también (en el paciente con diagnóstico de dependencia). Será un dato a recoger sistemáticamente en las revisiones clínicas, pues, en sí mismo traduce el hecho de la activación del proceso cerebral adictivo. Resultaría francamente imposible mantener a un paciente abstinente si no logramos reducir en la medida de lo posible su craving. De no ser así condenaríamos a “ aguantar ” este deseo, dificultad añadida cuando se ve incrementado por todos los condicionamientos adquiridos en el proceso de adquisición de la dependencia, bien internos (malestar propio del sujeto) o externos (visuales, sociales,...).

Aunque hay distintas clasificaciones que intentan explicar o conceptuar el craving, unas cosas son comunes en los distintos posicionamientos:

a) el deseo o craving a drogas forma parte de la adicción;

b) el deseo se intensifica si el sujeto recibe el impacto de señales asociadas al consumo de drogas (condicionadas con él);

c) es fundamental enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y manejar sus deseos.

Aunque el concepto de craving parece central para la comprensión de la adicción, no parece existir consenso en la definición y explicación de las causas del craving (modelos basados en mecanismos de condicionamiento, modelos basados en mecanismos cognitivos y modelos neuroadaptativos). Tampoco existe acuerdo entre investigadores y clínicos sobre cómo medir el craving correctamente.

1.16 PATOLOGÍA DUAL.

La patología dual, entendida como comorbilidad entre psicopatología y abuso dependencia de sustancias psicotropas, es diagnosticada cada vez con más frecuencia en la práctica psiquiátrica cotidiana (M. Casas).

También en el estudio de cualquier tipo de comorbilidad en medicina existe la propensión académica de intentar establecer clasificaciones jerarquizadas entre los denominados trastornos primarios y los considerados secundarios, presuponiendo que ello posibilitará la delimitación de criterios clínicos y terapéuticos relevantes.

Existe la apreciación general de que la comorbilidad entre trastornos del Eje I del DSM-IV-TR y drogodependencias puede agravar la evolución del cuadro afectivo, implicando un mal pronóstico en la evolución clínica de los pacientes afectados. Las patologías del Eje I por su frecuencia en la comorbilidad serían (patología ansiosa, patología afectiva, patología psicótica), en el caso del Eje II, diferirían según los autores entre las frecuencias, encontrándose el antisocial y el límite entre los más frecuentes en la mayoría de series.

La utilidad de la clasificación sistemática de los trastornos duales en función de si es primario o secundario el trastorno afectivo o adictivo, se pone de manifiesto cuando se pretende valorar el estado actual del gran debate planteado en relación a la utilidad de la *hipótesis de la automedicación* (individuos que padecen una disfunción de los sistemas de neurotransmisión-neuromodulación a nivel del SNC, o bien, que presentan un trastorno psíquico previo al inicio de la conducta adictiva; utilizarían las sustancias objeto de abuso y dependencia como "medicamentos" para mejorar la desagradable sintomatología psico-orgánica, de características e intensidad variable, que interfiere en su capacidad de adaptación al medio ambiente y disminuye su calidad de vida) en el intento de explicar por qué inician, y posteriormente mantienen, el consumo patológico de sustancias psicotropas un gran número de pacientes que pueden ser diagnosticados de patología dual.

CAPITULO II:

HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR LOS PROBLEMAS. SU UTILIDAD EN EL TRABAJO

CLÍNICO INTER. DISCIPLINAR DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS.

2.1 INTRODUCCIÓN.

2.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. REPERCUSIÓN DE LA HCOP.

2.3 DESCRIPCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS.

2.3.1 DATOS INICIALES.
2.3.2 LISTA DE PROBLEMAS.
2.3.3 PLANES INICIALES.
2.3.4 LA EVOLUCIÓN.

2.4 VENTAJAS Y DIFICULTADES DE SU EMPLEO.

2.5 SU APLICACIÓN EN CONDUCTAS ADICTIVAS. ANÁLISIS DE PROBLEMAS DE EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE CARÁCTER PROVINCIAL EN PACIENTES ADICTOS A OPIÁCEOS EN PMM.

2.5.1 METODOLOGÍA.
2.5.2 RESULTADOS.
2.5.3 CONCLUSIONES.

2.1 INTRODUCCIÓN

El trabajo asistencial de las drogodependencias es básicamente un trabajo interdisciplinario, que atiende un conjunto de problemáticas tanto biológicas (problemas médicos), psicológicos (de la conducta), como sociales (relaciones familiares, problemas laborales, vivienda,...).

Todos ellos en diferentes estadíos de evolución, unos resueltos, otros resolviéndose, otros nuevamente diagnosticados. Los profesionales que atienden éstas problemáticas, para un trabajo en equipo realmente eficaz, necesitan estar al tanto del conjunto de las problemáticas, pues en realidad, todas ellas se interrelacionan en la evolución del proceso asistencial.

La Historia clínica Orientada por los problemas, constituye así, el instrumento necesario para la implicación en el abordaje biopsicosocial de todos los profesionales del equipo, que atienden y por tanto reflejan el trabajo realizado, sus resultados y dificultades, en ese documento tan importante desde todos los sentidos: clínico, investigación, gestión de la calidad asistencial, jurídico-legal,... reflejo de los actos asistenciales, que es la Historia Clínica.

El modelo de Historia clínica que propuso Lawrence L. Weed (1969), sin embargo, no debe ser entendido como un instrumento único y válido aisladamente, sino que la propuesta, más allá del formato documental, es la de un SISTEMA con cuatro componentes fundamentales: 1) Objetivos asistenciales y supuestos organizativos de la institución, equipo, etc. (PROYECTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO). 2) Historia clínica orientada por problemas. 3) Control de calidad. 4) Educación o formación continuada. Válidos para cualquier sistema de atención de la salud, pero especialmente para los servicios a atención y tratamiento de las adicciones.

2.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. REPERCUSIÓN DE LA HCOP.

*Diversos autores como Lewis CA (1971); Mc Intyre N y col (1972); Dixon, RA (1973) y muy principalmente Hurst W y col. (1971) y cols (1973), entre otros, han apoyado la HCOP propuesta por Weed Laureance (1969) en su libro"Medical Records Medical Education and Patiend Care", como el intento más importante de abordar la estructura de la Historia Clínica como soporte y medio de transmisión de la información.

*Abundancia de publicaciones científicas sobre el tema durante la década de los 70 y 80.Cuya repercusión está centrada en los Estados Unidos (77.28% de los artículos) y en los. países de lengua inglesa

(93.90 %), aunque haya logrado interesar a grupos concretos del resto del mundo. Peris, R y cols 1976.

*En España, encontramos algunos campos donde se ha consensuado como modelo por antonomasia, así en la Atención primaria de la Salud:

-Rodríguez Serra, FJ Peris y JB Catalán.An. Med. Intern. (Madrid), 1986,Vol. III, n°: 5:247-251.

-García Olmos L, Cañas R, Plaza MF, et al. Sistemas de Información en Atención Primaria. Modelo utilizado en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Ciudad Sanitaria 1° de Octubre. Atención Primaria l984; 1: 57-62.

-Generalitat de Cataluña. La História Clínica per a 1'Assisténcia Primária.Informes Técnics d'Assisténcia sanitaria. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Barcelona. 1984. -González Ortega M.Registro de Atención

Primaria. Comunicación a las III Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. 1982.

-Peris, R; Noguera, E.; Climent, M et al:"La Historia clínica orientada por problemas (modelo Weed) en asistencia"

Primaria. Comunicación a las I Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria. Gijón.1981.

Y en otros donde se ha demostrado su utilidad en diferentes estudios:

*Pediatría:

-R. Peris, J. Colomer, M.L. Terrada; Brines.

An. Esp. Pediatría. 10,785,1977. -Peris, R. et al. R. Sanidad Hig Pub 1981; 55:315.

2.3 DESCRIPCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS

La HCOP es, a la vez, una estructura de datos y un método para manejarla. Consta de los siguientes elementos básicos: datos iniciales (“ data base ”), lista de problemas (“ problems list ”), planes iniciales para los problemas (“ initial plan “) y, como documentos de evolución, notas narrativas orientadas por problemas y hojas de seguimiento de parámetros; por último un informe de alta orientado por problemas.

2.3.1 DATOS INICIALES.

Los datos iniciales comprenden la anamnesis, exploración clínica inmediata, datos sistemáticos iniciales de laboratorio, antecedentes y el llamado perfil del paciente. Los datos iniciales pueden ser libres o definidos. Existen elementos que se mantienen siempre como un formato libre (anamnesis), mientras que los datos definidos tienden a estructurarse hasta presentarse, incluso, con un formato especificativo.

Los datos iniciales definidos pueden ser, a su vez, un conjunto mínimo estandarizado válido para todos los pacientes o específicos por sus problemas. El tipo de unidad asistencial y las características epidemiológicas de los pacientes esperados, son los elementos principales a tener en cuenta para el diseño d unos datos iniciales estandarizados (definidos): En el modelo adictivo podríamos utilizar así mismo escalas estandarizadas como: ASI (Index Severity Addiction), EROPASI, MAP,..., definiendo esta misma estandarización una gradación en severidad, en alteración en mayor o menor medida de las áreas que evalúan cada una de ellas.

2.3.2 LISTA DE PROBLEMAS

Es un documento permanentemente abierto que encabeza la historia, donde se realiza el inventario de todos los problemas “ implícitos ” en los datos iniciales.

Los problemas pueden ser diagnósticos, situaciones fisiopatológicas, incluso signos y síntomas, pero también situaciones sociales, psicológicas o ambientales, así como cualquier circunstancia que médico y paciente acuerden que resulta tributaria de la atención que puede dispensársele desde el sistema asistencial.

La lista de problemas sirve de eje de estructuración del resto de los datos que se introducen en la historia clínica, pues todo dato presente en la historia debe estar vinculado a uno o varios de los problemas relacionados en la lista, con el que se relaciona mediante un código propio de cada problema (numero de orden).

Por lo tanto, la lista de problemas se convierte, simultáneamente, en un índice del contenido de la historia, una sinopsis de los problemas que han focalizado la asistencia y una evolución del juicio diagnóstico.

2.3.3 PLANES INICIALES

Tras la lista de problemas se sitúan los planes iniciales, diagnósticos, terapéuticos, etc., propios de cada problema. Un aspecto a subrayar es precisamente la previsión de metas a alcanzar respecto de cada problema. Aspecto éste, no siempre manifiesto en la literatura sobre la materia, que forma parte esencial del proceso de resolución de problemas.

2.3.4 NOTAS DE EVOLUCIÓN

La evolución se realiza por problemas, sistematizando la información en cuatro epígrafes: datos subjetivos, objetivos, interpretación y planes.

Hay que subrayar la necesidad de una explicación diferenciada de la evolución de cada problema y el hecho de que los planes incluyan la educación e información del paciente respecto del problema, además de la terapéutica y las pruebas o planes diagnósticos.

El informe de alta se desarrolla igualmente por problemas y también existen no pocos ejemplos de informe post-mortem orientado por problemas.

2.4 VENTAJAS Y LIMITACIONES

Respecto de los usos básicos de la historia clínica las ventajas de la HCOP proceden de su mayor capacidad de comunicación objetiva de la información y de la sistematización que puede obtenerse merced a la combinación de la indización de los datos y la flexibilidad de su formato con la definición de datos iniciales y el uso de protocolos.

Además, es un modelo de historia clínica pensado para su auditoria y ésta está en relación directa con la enseñanza de pre y postgrado.

Por otra parte, la indización, la estructuración y jerarquización de la información en esta historia, la hacen aparecer como el avance más claro en cuanto a un uso rentable de los ordenadores. Aplicable a programas informáticos de Gestión de Historias Clínicas (VADEMÉCUM, ABUCASIS,...).

Por el contrario, es un modelo que sólo se defiende desde su creencia, desde su enfoque dentro de un conjunto, como definió el propio Weed, un SISTEMA, del que sólo sería un eslabón más, que aportaría mejor cumplimiento de los Objetivos organizativos y asistenciales del equipo, mejoría en la calidad asistencial y en su control y mejoría en la formación continuada y la docencia de las propias problemáticas atendidas.

Se puede trabajar en distintos niveles de aplicación del modelo, pero su concepción integral, necesita para un resultado completo, la aplicación de todos los profesionales en el registro de la información en el mismo. Ayudando de esta manera a facilitar el intercambio de opiniones y el de decisiones en las reuniones del equipo asistencial y en la elaboración de distintos planes terapéuticos individuales de los pacientes.

2.5 SU APLICACIÓN EN CONDUCTAS ADICTIVAS. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS EN PACIENTES DEPENDIENTES OPIÁCEOS EN TTO AGONISTA OPIÁCEO EN RÉGIMEN AMBULATORIO.

2.5.1- METODOLOGÍA

Analizamos la " lista de problemas" de nuestra historia clínica, que sigue el modelo que plantea Weed orientado por los problemas y que consideramos optimo por abrirse a la interdisciplinaridad y ser favorable a la revisión longitudinal en el tiempo. Ambas cosas, características del tipo d pacientes que tratamos.

Planteamos dos revisiones en realidad, la de los problemas resueltos y por lo tanto cerrados en la misma y la de los problemas abiertos que son el motivo de nuestras intervenciones.

2.5.2- RESULTADOS

El número de problemas, entendidos como tal, cualquier objeto de diagnostico: signo o síntoma de enfermedad, enfermedad propiamente dicha o cuadro sindrómico, alteración psicológica o circunstancia ambiental y social digna de ser observada y revisada en su evolución en el tiempo.

Han sido clasificados, ayudados de Clasificaciones internacionales de enfermedades como la CIE-10 y DSM-IV/ CIE-10 para las enfermedades psicológicas.

El número total de problemas encontrados (diagnosticados) ha sido de 1.058 de los cuales 151 han sido resueltos o diagnosticados como cerrados y 907 abiertos o en abordaje.

Del estudio hemos obtenido una media de 9 problemas abiertos por paciente (multiproblemáticos) y de dos problemas cerrados por paciente.

El tiempo medio de duración del tratamiento agonista ha sido de siete meses (programa joven), con máximas de 37 meses y mínimos de 0 meses.

Las dosis empleadas tienen una media de 70 mg/día, encontrándose entre 30 y 70 mgr. en un 52 % de pacientes y entre 70 y 140 mgr. en un 48 de los mismos.

Gráfico I (Problemas Cerrados).

Se distribuyen en los siguientes porcentajes:

* Biológicos: 51,6%
* Psicológicos: 37,5 %
* Sociales: 5,8%
* Cambio diagnóstico: 5,1 % (Su cierre abre otro problema que lo engloba o precisa).

La mayoría de estos problemas fueron de índole biológica y dentro de los mismos los procesos infecciosos ocupaban casi la mitad con un 44'3 %.

Los biológicos, distribuidos por aparatos (CIE-10), se dividen en:

*Respiratorios: 25,3 %

- TBC pulmonar: 40%
- Neumonías: 35%
- Infección vías resp. altas: 10%
- Otros: 15%

* Digestivos: 12,6 %

- Epigastralgias: 40%
- Estreñimiento: 30%
- Otros: 30%

La mayoría de la vía y un porcentaje pequeño hepático, a diferencia de lo que veremos en los abiertos.

*Neurológicos: 12,6 %

- Muy distribuidos pero de preferente afectación central y no periférica.

*Dermatológicos: 13,3 %

- Siendo otra vez las infecciosas mayoritarias (44,4%) y otras como sudoración excesiva un porcentaje destacable (33%).

* Otros: 36,72%

- Muy repetidos en otros sistemas (locomotor, urológicos, hematológicos, traumatología, cardiología y ginecología).

Gráfico II (Problemas cerrados de orden biológico).

Los psicológicos (abordados desde CIE-10 y DSM-IV), correspondían a problemas tóxicos en una gran mayoría 75 % primariamente y englobados en otros cuadros de enfermedad secundaria, (100 % de cuadros psicóticos, 100% de, cuadros de insomnio y 67 % de cuadros de ansiedad).

*Sustancias de abuso primarias: 76 %

- Destacan los problemas de síndrome de abstinencia a opiáceos, 78,7 % y otros muy por debajo (abuso anfetaminas, abuso benzodiacepinas, abuso de alcohol).

* Ansiedad: 6,8 %

- Debido a cocaína 33,3 %, debido a anfetaminas 33,3 % y secundario a otra enfermedad médica 33,3 %.

* Depresión: 4,5 %

- Siendo el no especificado y el depresivo mayor 50 % cada uno.

* Psicóticos: 4,5%

- Debidos el 100 °% o a tóxicos, inducidos por cocaína 50 % y por anfetaminas 50%.

* Insomnio: 6,8%

- El 100 % asociados a diagnósticos de dependencia u otro abuso.

* Otros: 1,4%

Gráfico III (Problemas psicológicos cerrados).

Del porcentaje inicial los problemas sociales y ambientales abarcan un 5,8% y se distribuyen de la siguiente forma:

-Judiciales:	30%
-Laborales:	20%
-Prácticas de riesgo en relación al contagio VIH:	20%
-Otros:	30%

Gráfico IV (Problemas cerrados de tipo ambiental o social).

PROBLEMAS ABIERTOS

Son problemas que se encuentran en abordaje en nuestras intervenciones y que por motivo de vigencia no se han cerrado (resuelto o englobado en otro que continua abierto).

Son mayoritariamente psicológicos (51 %) y de ellos la mayoría en relación con sustancias de abuso, biológicos (41 %) y de ellos las patologías infecciosas crónicas son las más numerosas, ambientales y sociales (8%), pensamos que en general infradiagnosticados a nivel profesional.

PROBLEMAS ABIERTOS

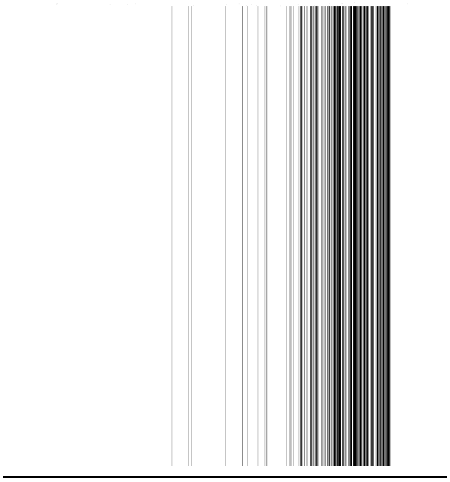


Gráfico V (Problemas abiertos)

PSICOLÓGICOS

PROBLEMAS PSICOLOGICOS ABIERTOS

Gráfico VI (Problemas psicológicos abiertos)

***Sustancias de abuso: 79 %**

-Dependencia a nicotina:	25%.
-Abuso de cocaína:	21%.
-Abuso de benzodiacepínas:	18%.
-Abuso de cannabis:	11%.
- Abuso enólico:	11 %.
- Síndrome abstinencia opiáceos:	6 %.
- Otros:	8%.

***Ansiedad: 6 %**

-Trastorno de ansiedad inducido por cocaína:	33,0%
-Trastorno de ansiedad inducido por anfetaminas:	18,5%
-Trastorno de ansiedad no especificado:	18,5%
-Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	22,0%
-Otros:	9,0%

* **Depresión: 2,5 %**

-Trastorno depresivo no especificado:	67%
-Trastorno depresivo mayor, episodio único:	17%
-Trastorno depresivo recidivante leve:	8%
-Otros:	8%

*** Trastornos psicóticos: 2,3 %**

-Trastorno psicótico no especificado:	45%
-Esquizofrenia tipo paranoide:	27%
- Esquizofrenia tipo indiferenciado:	9%
- Trastorno psicótico inducido por cocaína: con alucinaciones:	9%
-Otros:	1%

* **Insomnio: 5 %**

-Insomnio relacionado con trastornos médicos:	91%
-Trastornos del sueño inducido por cocaína:	9%

*** Otros 5,2%**

BIOLÓGICOS

BIOLÓGICOS ABIERTOS

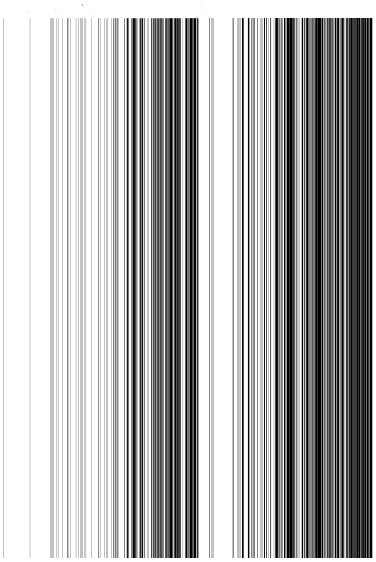


Gráfico VII (Problemas biológicos abiertos)

Son mayoritariamente infecciones 64 % y los mismos son crónicos e inaccesibles hoy por hoy. Relacionados con VIH 30 % y hepatitis vírica 59%.

*Infecciosos: 64 %

-VIH: 30 % - VIH serologicamente positivo.
-Sida.
-Infecciones oportunistas.
-Síndrome constitucional asociado VIH.
- VHC: 33%
-VHB: 26%
-TBC pulmonar: 1,2%
-Otros: 9,8%

* Digestivo: 19 %

-Se invierten los del tubo digestivo con respecto a los hepáticos, al revés que en los resueltos o cerrados.

-Hepáticos: 70%
-Tubo digestivo: 27%
-Otros: 3%

* Neurológicos: 10 %

* Otros: 7 %

-Dermatología.
-Urología.
-Cardiología.
- Metabólicos.
-Aparato locomotor.

Foto 6

SOCIALES

AMBIENTALES Y SOCIALES

Gráfico VIII (Problemas ambientales y sociales abiertos):

PROBLEMAS CERRADOS

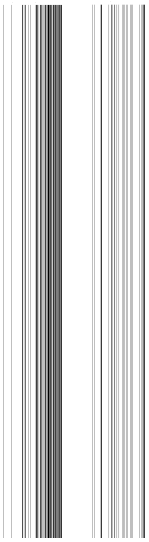


Gráfico I (Problemas Cerrados).

ORIGEN BIOLÓGICO CERRADOS

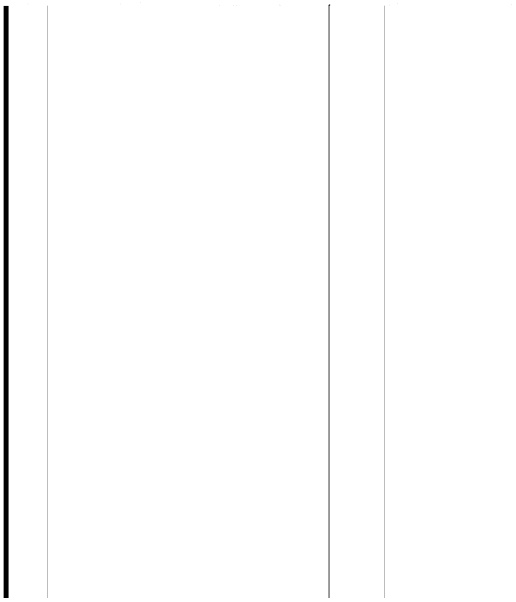


Gráfico II (Problemas Biológicos Cerrados).

Foto 7

PROBLEMAS PSICOLOGICOS CERRADOS

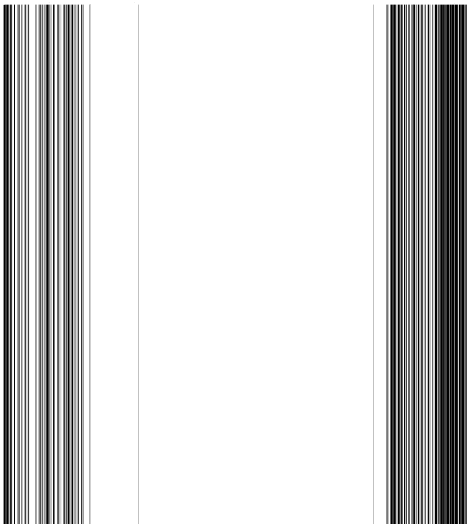


Gráfico III (Problemas Psicológicos Cerrados).

PROBLEMAS CERRADOS DE TIPO SOCIAL

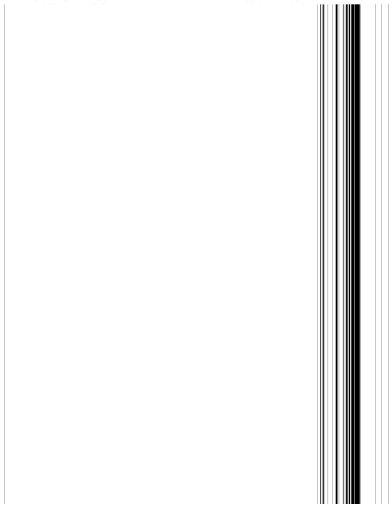


Gráfico IV (Problemas cerrados de tipo ambiental o social).

2.5.3-CONCLUSIONES:

Pacientes multiproblemáticos en los que los trastornos psicológicos e infecciones predominan, acompañados de problemas sociales de difícil resolución:

*Relativos al grupo primario de apoyo:	15%
* Laborales:	28%
* Vivienda:	10%
* Económicos:	8%
* Ambiente Social:	10%
* Enseñanza:	1%
* Legal o criminal:	10%
* Otros:	18%

Acuden periódicamente: a diario, 2 veces por semana o una vez por semana a la Unidad a tomar o recoger el tratamiento.

Precisan múltiples derivaciones o relación a la multiplicidad de sus problemáticas, la mayoría de las cuales solo podrán ser abordadas tras su estabilización clínica el problema principal por el que los tratamos: Dependencia a opiáceos (F11.2 / 304.00).

El número de pacientes ha sido la totalidad de personas que en este momento teníamos en el programa N= 96.

Presentan índices de retención elevados, que se aproximan al 80 %. Resolvemos principalmente problemas biológicos (51,6 %), seguidos de los psicológicos (37,5 %), principalmente debidos a estabilización de problemática adictiva de abusos sustancias concomitantes con la dependencia opiáceos). Baja resolución de problemática social (5,8 %), dada la gravedad y especial dificultad de resolución a corto plazo.

Foto 8

CAPITULO III

: DETECCIÓN PRECOZ DE LOS PROBLEMAS ADICTIVOS:

3.1 INTRODUCCIÓN.

3.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS: ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

3.2.1 CUESTIONARIO CAGE.
3.2.2 MÜNCHNER ALKOHOLISMUS TEST (MALT).
3.2.3 TEST AUDIT.
3.2.4 INTERROGATORIO SISTEMATIZADO DE CONSUMOS ALCOHÓLICOS (ISCA).
3.2.5 INDEX SEVERITY ADDICTION (ASI).
3.2.6 INDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (EUROPASI).
3.2.7 CUESTIONARIO SOBRE LA GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (SADQ).
3.2.8 ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EIDA).
3.2.9 CUESTIONARIO SOBRE LOS COMPONENTES OBSESIVO-COMPULSIVOS DE LA BEBIDA (OCDS).
3.2.10 TEST DE FAGERSTRÖM.

3.3 MARCADORES BIOLÓGICOS:

3.3.1 MARCADORES DE ESTADO.
3.3.2 MASCADORES DE RASGO.

3.1 INTRODUCCIÓN.

La detección precoz de los problemas adictivos es un objetivo prioritario en los servicios primarios de atención, puede considerarse incluso, la propia prevención secundaria de las adicciones.

Supone un reto de los servicios encargados en la detección de estas problemáticas el disponer de los instrumentos básicos para su cumplimentación y objetivización de las sospechas clínicas.

Esto se pude ver claramente en el caso del alcoholismo, donde la sospecha clínica, siempre será fundamental en el establecimiento del primer paso en la detección de problemas, situación que debe completarse con el establecimiento de algunos cuestionarios diagnósticos (CAGE, AUDIT, ISCA,...), de elevada sensibilidad, si bien no tanto especificidad, y el establecimiento de la indicación de analíticas para detección de marcadores biológicos (GGT, VCM del hematíe,...).

3.2 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS.

3.2.1 CAGE

Consta sólo de 4 ítems, siendo los 3 primeros aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol, y el último explora aspectos relacionados con la abstinencia alcohólica.

Son de respuesta dicotómica: sí/ no. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en los 4 ítems. En cada ítem, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0.

Se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0= no hay problemas relacionados con el alcohol.
1= indicio de problemas relacionados con el alcohol.
2-4= dependencia alcohólica.

Cuestionario CAGE

	Sí	No
1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?		
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?		
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?		
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?		

3.2.2 MÜNCHNER ALKOHOLISMUS TEST (MALT).

Está formado por dos partes: MALT-O (MALT objetivo): constituido por 7 items orgánicos de la dependencia alcohólica.; MALT-S (MALT subjetivo): formado por 27 items sobre la percepción subjetiva del paciente sobre sus problemas de alcohol (dependencia psicológica).

Todos lo items tienen una respuesta dicotómica sí/ no. La parte objetiva ha de ser administrada por el clínico y la subjetiva por el propio paciente. Debe ser contemplado e interpretado en su conjunto.

En el MALT-O, la respuesta afirmativa vale 4 puntos y la negativa 0. En el MALT-S, la respuesta afirmativa vale 1 punto y la negativa 0 puntos.

Se recomiendan los puntos de corte:

0-5= no problemas relacionados con el alcohol.
6-10= sospecha de alcoholismo.
> 11= alcoholismo.

Test Müncher Alkolismustes (MALT)

Cuestionario MALT-O		
	Sí	No
1. Enfermedad hepática (mínimo 1 síntoma clínico p.ej., hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos 1 valor de laboratorio patológico, p.ej., GOT, GPT, GGT). (Solo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido; descartar hepatitis viral, hepatomegalia de hepatopatía congestiva, etc.)		
2. Polineuropatía (solo procede cuando no existen otras causa conocidas, p.ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas especificas)		
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4. Consumo de alcohol superior a los 150 ml (en la mujer 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5. Consumo de alcohol superior a los 300 ml (en la mujer 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6. Aliento alcohólico (en el momento de la exploración)		
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)		

Cuestionario MALT-S

	Si	No
1. En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos		

2. A temporadas, sobre todo por las mañanas, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar		
3. Alguna vez, he intentado calmar la resaca, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4. Actualmente, me siento amargado por mis problemas y dificultades		
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o del almuerzo		
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7. A menudo pienso en el alcohol		
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo ha prohibido		
9. En las temporadas en que bebo más, como menos		
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11. Últimamente, prefiero beber alcohol a solas (y sin que me vean)		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás		
13. Desde que bebo más, soy menos activo		
14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido		
15. He ensayado un sistema para beber (p.ej., no beber antes de determinadas horas)		
16. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
17. Sin alcohol no tendría yo tantos problemas		
18. Cuando estoy excitado bebo alcohol para calmarme		
19. Creo que el alcohol esta destruyendo mi vida		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
22. Si yo no bebiera me llevaría mejor con mi esposa/o (o pareja)		
23. Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol		
24. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo		
25. Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo		
27. A veces, al despertar, después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera		

3.2.3 TEST AUDIT.

Consta de 10 items que exploran el consumo de alcohol del sujeto, asi como, los problemas derivados del mismo.

Es in instrumento auto aplicado. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 items. En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los items 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres.

Hombres:

0-7= No problemas relacionados con el alcohol.
8-12= Bebedor de riesgo.
13-40= Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

Mujeres:

0-5= No problemas con el alcohol.
6-12= Bebedora de riesgo.
13-40= Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica.

Test AUDIT

Item	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0.Nunca 1.Una o más veces al mes 2.De 2 a 4 veces al mes 3.De 2 a 3 veces a la semana 4.Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0.Una o 2 1.Tres o 4 2.Cinco o 6 3.De 7 a 9 4.Diez o más
3. ¿Con que frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0.Nunca 1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario
4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de beber una vez había empezado?	0.Nunca 1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario
5. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no	0.Nunca

pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario
6 .¿Con que frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0.Nunca 1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario
7. ¿Con que frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0.Nunca 1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario
8.¿Con que frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0.Nunca 1.Menos de una vez al mes 2.Mensualmente 3.Semanalmente 4.A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0.No 2.Sí, pero no en el curso del último año 4.Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0.No 2.Sí, pero no en el curso del último año 4.Sí el último año

3.2.4 INTERROGATORIO SISTEMATIZADO DE CONSUMOS ALCOHÓLICOS (ISCA).

Es un cuestionario diseñado para detectar precozmente bebedores de riesgo en el ámbito de la Atención Primaria.

Evalua el consumo alcohólico, patrones de consumo regulares, como irregulares, en la población general. Tres preguntas de tipo cantidad-frecuencia: 1) explora el consumo de alcohol. 2) la frecuencia de consumos 3) las variaciones de consumos entre días laborales y festivos.

El resultado final es un cálculo del consumo semanal de alcohol medido en UBE (1 UBE= 10 grs.).

Punto de corte (bebedores de riesgo):

Hombres: 28 puntos.

Mujeres: 17 puntos (valorando los casos entre 11-16).

Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA)

1. Si en alguna ocasión toma bebidas alcohólicas (vino, cerveza, etc.). ¿Cuántas consumiciones toma el día que bebe? (Expresado en UBE)			
2. ¿Con que frecuencia lo hace? (Número de días a la semana)			
3. ¿Los fines de semana (o los días laborables) cambia sus hábitos de consumo?			
Hoja de registro (en UBE)			
	Cantidad	Días	Subtotal
Consumo días laborables			
Cantidad días festivos			
		Total	

3.2.5 INDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (EuropASI).

Entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias.

Desde el punto de vista asistencial, proporciona información útil para describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones.

Podría utilizarse como vimos en el capítulo HCOP, como parte biografía sanitaria del modelo de Historia Clínica Orientada por los problemas en Drogodependencias.

Consta de 6 áreas que són independientes entre sí:

- Situación médica (16 ítems).
- Situación laboral/ soportes (26 ítems).
- Consumo de alcohol/ otras drogas (28 ítems).
- Problemas legales (23 ítems).
- Relaciones familiares/ sociales (26 ítems).
- Estado psiquiátrico (22 ítems).

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor gravedad.

3.2.6 CUESTIONARIO SOBRE LA GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (SADQ).

Diseñado para evaluar la gravedad de la dependencia al alcohol.

Tiene un marco de referencia temporal, en los últimos 6 meses.

Consta de 33 ítems que se agrupan en 5 subescalas: 1-7 (Síntomas físicos de abstinencia), 8-14 (Síntomas afectivos de Abstinencia), 15-21 (Conductas para aliviar los síntomas de abstinencia), 22-27 (consumo habitual de alcohol), 28-33 (reinstauración de los síntomas de abstinencia tras un periodo de recaída.

Autoaplicado. Se obtiene una puntuación total a partir de la puntuación obtenida de cada ítem. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

3.2.7 ESCALA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EIDA).

Diseñada para valoración de la gravedad de la dependencia etanol. Derivado de SADQ. Auto aplicado. 30 ítems. Puntos de corte: < 21 (dependencia leve); 21-37 (dependencia moderada); > 37 (dependencia grave).

3.2.8 CUESTIONARIO SOBRE LOS COMPONENTES OBSESIVO-COMPULSIVOS DE LA BEBIDA (OCDS).

Valora la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y el consumo (componente compulsivo).

14 ítems , en 2 subescalas: 1-6 (componente obsesivo); 7-14 (componente compulsivo. Cada pregunta 5 posibles respuestas que se puntúan de 0-4.

Autoaplicado. No existen puntos de corte. Cuanto mayor es la gravedad de la dependencia alcohólica, mayores son las puntuaciones alcanzadas en el componente obsesivo, compulsivo y del total de la escala.

3.2.9 TEST DE FAGERSTRÖM.

Instrumento autoaplicado que exploran el consumo de cigarrillos y, por tanto, la dependencia de nicotina.

Las puntuaciones oscilan d 0 a 2 en los 3 primeros ítems y 0-1 en los restantes.

A mayor puntuación, mayor intensidad del consumo-dependencia.

0-2= Dependencia muy baja.
3-4= Dependencia baja.
5= Dependencia media.
6-7= Dependencia alta.
8-10= Dependencia muy alta.

3.3 MARCADORES BIOLÓGICOS.

3.3.1 IMPORTANCIA.

Desde el punto de vista médico, nos ayudan a diagnosticar junto a la anmnesis, test de orientación diagnóstica y exploración física y están asociados a la relación que establecerán con la presencia de la bebida etílica de forma continuada en el paciente y su repercusión orgánica (MARCADORES DE ESTADO), provocada. Algunos también tienen la cualidad de poder controlar la abstinencia de los pacientes alcohólicos durante el tratamiento. Otros, en su papel superan la propia condición presente y se ha pretendido utilizarlos en relación con el riesgo a que una condición de alcoholismo se produzca en el futuro (MARCADORES DE RASGO).

3.3.2 MARCADORES DE ESTADO

En la actualidad no existe ningún marcador ideal y la mayoría de los estudios acerca de los mismos se basan en la combinación de varios de ellos con el fin de aumentar la sensibilidad y especificidad que presentan por separado.

Serán aquellos de estado o evolución, aquellos que indican el estado actual de un sujeto, reflejan la patología física asociada al consumo de alcohol.

También se debe destacar que, aun trabajando con iguales marcadores, los resultados varían de unos trabajos a otros, debido a la heterogeneidad de las poblaciones, al tiempo que transcurre desde el cese dela ingesta a la realización de la prueba, y a la presencia de enfermedades hepáticas asociadas.

Por ultimo decir, que pese al gran número de marcadores descritos, todavía no se ha descubierto ninguno que supere la eficacia y que sea tan rentable como la combinación clásica de volumen corpuscular medio eritrocitario (VCM), gammaglutamil-transpeptidasa (GGT) y aspartato aminotransferasa (GOT).

3.3.2.1 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO ERITROCITARIO

Está aumentado y se debe a un efecto tóxico del alcohol sobre los hematíes. Sin embargo, una posible hepatopatía asociada puede contribuir a la macrocitosis. Otras causas posibles: déficit de vitamina B12, Déficit de ácido fólico, reticulocitosis, fármacos (antiepilépticos,...), tabaco, edad, menopausia, tendrán que tenerse en cuenta.

Tras la abstinencia disminuye lentamente hasta que se normaliza en 3-4 semanas y vuelve a aumentar al reiniciar la ingesta.

Hoy en día se considera como la prueba de mayor eficacia diagnóstica, que mejora si se combina con otras pruebas.

3.3.2.2 GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA

Es otro de los marcadores que se utiliza con mayor frecuencia. No se conoce bien la causa de su elevación, aunque se cree debida a una inducción enzimática o a una lesión de los hepatocitos.

Existen diversos procesos que pueden elevar las cifras de GGT(colestasis, fármacos inductores del sistema microsomal, hepatopatías, obesidad, diabetes, pancreatitis, insuficiencia

cardiaca, traumatismos graves), por lo que su alta sensibilidad se acompaña de una especificidad relativamente baja.

La ingestión aguda de alcohol no modifica sus valores. En los alcohólicos, las elevaciones son superiores cuando existe una enfermedad hepática asociada.

Salvo cuando existe lesión hepática asociada, las cifras se normalizan a las 6-8 semanas del cese de la ingesta, para volver a elevarse si se reanuda el consumo.

3.3.2.3 TRANSAMINASAS HEPÁTICAS

Tanto la aspartato aminotransferasa (GOT/ AST) como la alanino aminotransferasa (GPT/ALT), son muy sensibles para la detección de lesión hepática, sin embargo, son muy poco específicas para determinar el tipo de lesión.

En el alcoholismo no suelen alcanzar valores superiores a 500, y la GOT presenta valores superiores, quizás debido al déficit de fosfato de piridoxina, un cofactor necesario para la síntesis de GPT. Mayor interés tiene para el diagnóstico tiene el cociente GOT/GPT, que si es superior a 1,5 es sugestivo de etiología alcohólica, siendo altamente indicativo que sea superior a 2.

Al afectar el alcohol fundamentalmente a las mitocondrias, se estudió la fracción mitocondrial de la GOT (GOTm), y se comprobó que en el alcoholismo se eleva dicha fracción independientemente de si existe lesión hepática o no, también serviría para el control de la abstinencia, ya que los valores de GOTm comienzan a descender a los 7 días del cese de la ingesta.

Para algunos autores tendría mayor eficacia el cociente GOTm/GOT total, ya que es cuatro veces mayor en los alcohólicos que en los sanos o en otros hepatópatas.

3.3.2.4 ALTERACIONES EN LOS LÍPIDOS PLASMÁTICOS

Hay aumento de los triglicéridos (hasta en el 30 % de los pacientes), especialmente en pacientes con hipertrigliceridemia previa, normalizándose los valores a la pocas semanas de la abstinencia.

También aumenta el colesterol-HDL por inducción de los enzimas microsomales y por aumento de la actividad de la lipoprotein-lipasa plasmática, en los procesos crónicos, al descender el colesterol total y la fracción LDL , se enmascaran algo los efectos del alcohol. El colesterol-HDL también aumenta por factores genéticos, en la hipercolesterolemias, por la dieta, con el ejercicio físico y al usar fármacos inductores del sistema enzimático, lo cual no le hace un buen marcador.

3.3.2.5 ACIDO ÚRICO

Aumenta en los alcohólicos al disminuir la excreción renal, debido a la lacticidemia existente.

Es un marcador poco sensible y poco específico.

3.3.2.6 ALCOHOL, ACETALDEHÍDO Y ACETATO.

El mejor método para demostrar la ingesta de alcohol y el grado de intensidad de la misma, es detectar su presencia y determinar su concentración en algún fluido biológico (sangre, orina, aire espirado o sudor).

Sin embargo, estos métodos no diferencian si ha habido una ingesta aguda o crónica, salvo por la posible relación entre concentración de alcohol y tolerancia al mismo.

Su principal utilidad es la medicina legal para demostrar la ingesta reciente de alcohol. Sí pueden servir para el control de la abstinencia, ya que se dispone de tiras reactivas para detectar alcohol en orina mediante cromatografía de gases.

El acetaldehído, que es el primer metabolito del alcohol, se eleva tras la ingesta del mismo, sin embargo, al ser su vida media en plasma muy corta, no es un buen marcador biológico.

Al ligarse a los eritrocitos, su vida media aumenta varios días. También pueden formar complejos con diversas proteínas como la hemoblogina, la albúmina, la tubulina , y otras proteínas citosólicas y microsomales, y éstos complejos sí se han utilizado como marcadores biológicos del alcoholismo, aparte, estos complejos, al funcionar como neoantígenos, desencadenan la producción de anticuerpos que también se han utilizado como marcadores, aunque con escaso valor, al detectarse en otras hepatopatías.

El acetato es el segundo producto de oxidación del alcohol y se eleva tras una ingesta aguda de alcohol, aunque en mayor proporción en los alcohólicos crónicos que en los sujetos sanos.

3.3.2.7 GLUTAMATO DESHIDROGENASA (GDH) Y ALCOHOL DESHIDROGENASA (ADH).

El alcohol es principalmente tóxico para las mitocondrias de los hepatocitos centrolobulilares, lugar donde se localizan estos dos enzimas, por lo que se pueden utilizar más que como marcadores de alcoholismo, como marcadores de lesión hepática, siendo más eficaz la GDH que la ADH y más aún el cociente GDH/ADH.

Sin embargo, por no distinguir la etiología de la hepatopatía, al aumentar tras una ingesta aguda de alcohol aunque no haya lesión hepática, y al ser de vidas medias muy cortas, su valor como marcador es escaso.

3.3.2.8 METANOL

Es un producto que se encuentra en múltiples bebidas alcohólicas y que también se metaboliza por la ADH.

Sin embargo, su afinidad por esta enzima es inferior a la del etanol, por lo cual se reduce su oxidación y se eleva su concentración plasmática en los alcohólicos y más en los bebedores crónicos que en los esporádicos.

3.3.2.9 COCIENTE ÁCIDO ALFA-AMINO-N-BUTÍRICO (AANB)/ LEUCINA.

Los niveles séricos de AANB se elevan con el consumo crónico de alcohol al aumentar su producción hepática, y se normalizan con la abstinencia.

Sin embargo, en la malnutrición protéica, presente en los alcohólicos, bajan los niveles de AANB. Para intentar anular este efecto se ha utilizado el cociente AANB/Leucina.

El hecho de que este cociente aumente en otras hepatopatías y al precisar un método de detección caro, hace que sea un procedimiento poco asequible.

3.3.2.10 DOLICOLES URINARIOS.

Son sustancias necesarias para la síntesis de glucoproteínas y cuya concentración urinaria se eleva en los alcohólicos y tras una ingesta aguda de alcohol. También se elevan en la senectud y en el Alzheimer.

Su especificidad es escasa, su vida media muy corta y los métodos de detección costosos.

3.3.2.11 FERRITINA Y TRANSFERRINA

La ferritina se encuentra elevada en los alcohólicos, así como en otras hepatopatías crónicas, como la hemosiderosis o la hemocromatosis.

La tranferrina es una glicoproteína de elevado peso molecular que se sintetiza en el hígado y de la cual existen diversas isoformas que se diferencian por su contenido en acido siálico, lo cual les confiere puntos izo-eléctricos (pl) distintos.

En los alcohólicos se elevan las de bajo contenido en ácido siálico o deficientes en carbohidratos (CDT) , con un pl entre 5,7 y 5,9.

Existe una RIA para su determinación con una elevada sensibilidad y especificidad.

Sus valores no se modifican con ingestas moderadas de alcohol, con el uso de fármacos que sí elevan la GGT o las transaminasas, no parece que influya la presencia de una hepatopatía, no suele elevarse en hepatopatías debidas a otras etiologías (Expto: cirrosis biliar primaria) y las cifras se normalizan a las 2-3 semanas de abstinencia.

Según diversos estudios sería especialmente útil en alcohólicos con lesión hepática asociada.

3.3.2.12 OTROS

Se han intentado utilizar como marcadores biológicos del alcoholismo diversas sustancias como enzimas eritrocitarios (ADH eritrocitaria, delta aminolevulínico deshidratasa, superóxido dismutasa...), el 2,3 butanediol (metabolito del etanol por una vía distinta de la ADH), el salsolinol (metabolito a través de la piruvato deshidrogenasa), la beta hexosaminidasa lisosómica, la hemoglobina A1c y la inmunoglobulina Ig A, así como el cociente IgA/ Ig G.

Sin embargo, todos estos métodos, o por poco prácticos, o por su utilidad no corroborada en posteriores estudios, no han resultado de utilidad como marcadores.

3.3.3 MARCADORES DE RASGO

Aquellos que indican la susceptibilidad de un sujeto a desarrollar una determinada patología en el futuro, de vulnerabilidad.

El más investigado es la enzima Monoamina oxidasa B (MAO B) plaquetaria. En el alcoholismo, se ha postulado que la actividad de la MAO B reflejaría tanto una vulnerabilidad genética a los efectos delas concentraciones intoxicantes de alcohol. Estudios tanto in Vivo, como in Vitro , han mostrado una menor actividad en la MAO B en alcohólicos que en no alcohólicos.

Sin embargo, esta enzima probablemente no sea específica del alcohol, ya que niveles bajos han sido descritos en otras patologías psiquiátricas. También existe su gen localizado en el cromosoma X, lo cual no encaja con el patrón de herencia autosómica, generalmente aceptado para el alcoholismo.

Otros estudiados han sido EEG: actividad electroencefalográfica de reposo y potenciales evocados relativos (PER), en relación con el lugar de acción de drogas, la susceptibilidad genética y los correlatos electrofisiológicos de los estados conductuales inducidos por drogas.

Se han relacionado niveles bajos de ondas lentas (alfa) en el EEG previo al consumo de alcohol. Estudios de poblaciones de alto riesgo, patrones similares EEG (mayores aumentos en las ondas lentas y mayores descensos en la actividad alfa rápida, el aumento en la actividad alfa lenta también retorna a niveles basales más rápidamente).

El P 300 tras la aparición de un estímulo ha sido la más utilizada en el estudio de las drogas de abuso, relacionándose como marcador genético, en diferentes estudios de investigación.

No aplicación a la clínica práctica, motivan discusiones en su defensa, unas veces y en su contra, según la aparición de datos que resuelvan a favor o en contra en diferentes investigaciones, que buscan la resolución práctica del análisis genético y de la vulnerabilidad individual al padecimiento de estas enfermedades, junto a la presencia de factores ambientales y culturales que predispongan a su utilización.

CAPITULO IV:

INTRODUCCIÓN A LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL AMBITO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO .

4.1 INTRODUCCIÓN.

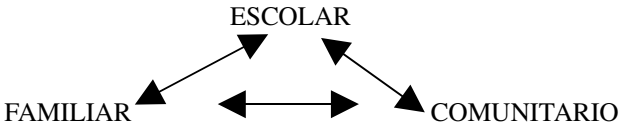
4.2 PREVENCIÓN.
- 4.2.1 ESCOLAR.
- 4.2.2 FAMILIAR.
- 4.2.3 COMUNITARIA.

4.3 EJEMPLO PROGRAMACIÓN.

4.3.0- INTRODUCCIÓN.
4.3.1.-JUSTIFICACIÓN DEL CURSO
4.3.2.- OBJETIVOS
4.3.2.1. - OBJETIVO GENERAL
4.3.2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS
4.3.3.-ESTRUCTURACIÓN DE CONTENIDOS.
4.3.3.1.-UNIDADES DIDÁCTICAS
4.3.3.2.-ESQUEMA DEL DESARROLLO DE LA UNIDADES Y GUIONES DE CADA SESIÓN
4.3.4.-EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

4.1 INTRODUCCIÓN :

Planteamos un modelo multivariado de intervención cuyo objetivo general final seria la obtención de un estilo de vida sano.



PREVENCION PRIMARIA:
Programas inespecíficos.
-Educativos.
-Sanitarios.
-Mass -media.

PREVENCION TERCIARIA:
Equipos especializados (Atención problemática secundaria a dependencia o consecuencia de la misma.

PREVENCION SECUNDARIA:

Objetivo: Captación y diagnóstico precoz del paciente.
¿Quien? : Teóricamente, recursos asistenciales , tanto sanitarios como sociales, que trabajan a nivel primario.
-Equipos de atención primaria de Salud.
-Equipos sociales de base.
¿Como? : DIAGNOSTICO
-sustancias (alcohol, opiáceos,...)
-uso / abuso / dependencia.
-toma de contacto
-entrevista clínica:
cuestiones
diagnóstico

-marcadores biológicos

• Las adicciones a sustancias psicoactivas : enfermedad crónica recidivante, en la que los resultados terapéuticos pueden ser excelentes si se realiza un diagnostico precoz, tratamiento y seguimiento adecuado.

• Los equipos de atención primaria(facultativos, enfermería, auxiliares) tienen un papel primordial en la captación y correcto diagnostico de esta patología, debido a que constituye el primer contacto del paciente con el sistema sanitario.

Además se encuentra en una situación privilegiada porque la continuidad de la atención genera un clima de confianza que es necesario en la relación con estos pacientes.

• A partir de la aplicación en 1988 del Programa de Actividades Preventivas y promoción de la salud en atención primaria (PAPPS) el medico de cabecera / equipos de atención primaria disponen de una útil herramienta para la detección precoz del abuso del alcohol y otros hábitos tóxicos, entre todos los pacientes entre 14 y 65 años con una periodicidad no superior a dos años, la cobertura de este programa es aun limitada.

El primer contacto es otras veces a través de trastornos relacionados con el consumo (que deberemos conocer) o enfermedades que no relacionadas con el mismo impliquen abstinencia(fármacos incompatibles, ingresos hospitalarios, ...)

Paciente o familiares , que en primer termino demanden ayuda a su medico de cabecera.

Alteraciones orgánicas (enfermedad ulcerosa, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, endocarditis infecciosas, TBC, VIH, neumonías, ...) son las únicas que preocupan al paciente, en otros casos, y por las cuales demanda asistencia.

Alteraciones analíticas, en revisiones o chequeos de salud, en ambulatorios hospitales, médicos de empresa...

Problemas laborales relacionados con el abuso de sustancias, antes incluso de que se instaure una dependencia(historia de bajas laborales ,absentismo, accidentes laborales etc ...).

En el ámbito familiar , la gran mayoría de pacientes que solicitan un primer tratamiento se encuentran en esta etapa denominada de desajuste familiar, en la que existen alteraciones de las relaciones intrafamiliares pero sin llegar a la separación o dispersión de los hijos.

TOMA DE CONTACTO

El primer contacto con el profesional sanitario para abordar un problema de drogodependencia tiene una gran trascendencia, tanto para los que rodean al paciente como para este.

Se debe dedicar una atención especial y cuidado, poniendo interés en que el paciente no se sienta juzgado sino atendido y entendido.

Una actitud receptiva y comprensiva aumentara las posibilidades inicie el tratamiento.

Es conveniente plantear dos preguntas:

¿Que le induce a pedir ayuda?
¿Porque precisamente ahora?

En patologías crónicas conocer los factores desencadenantes de la demanda de tratamiento facilitara una información útil para motivar al paciente y posteriormente establecer estrategias de abordaje coherentes con los factores desencadenantes de la petición de ayuda.

Es necesario implicar desde el primer momento a la pareja y familiares que convivan con el paciente, ya que son necesarios para el adecuado cumplimiento del tratamiento.

Es importante averiguar por ello la actitud de la familia frente al problema:

-víctima paciente,

-fomentadores del habito,

-indiferente ,

-buena colaboración,

-actitud de rechazo...

Recoger en la historia clínica el problema y hacerla de la forma mas completa posible.

toxico

cantidad

frecuencia

A través de los siguientes instrumentos:

entrevista clínica: exploración cuantitativa.

cuestionarios de screening.

exploración física:

marcadores biológicos.

ENTREVISTA CLINICA

Ninguna técnica hasta el momento puede sustituir al medico o enfermera de cabecera, en una conversación confidencial con el paciente a cerca de sus hábitos de consumo.

Realizar una exploración cuantitativa de consumo y un test de screening ante un consumo moderado o ante la sospecha de dependencia seria de gran utilidad en el diagnostico precoz. Formas de cuantificar

ALCOHOL:

alcohol ingerido (gr)=cc de bebida graduación 0,8.

unidades drink =8 gr de alcohol al 100%.

UBE= unidad de bebida estandar= 10 gr alcohol puro.

Abstemio = nunca a tomado alcohol de forma habitual, aunque toma pequeñas cantidades ocasionalmente.

Clasificamos operativamente:

- Bebedor moderado =

  < 280 g semana en hombres o < 28 UBE/ semana.

  < 168 g/ semana en mujeres o < 17UBE/ semana.

- Bebedor de riesgo =

  >280 g / semana en hombres o > 28 UBE/ semana.

  >168 g / semana en mujeres o > 17 UBE / semana.

Ingestión concentrada de 50 g (5 UBE) de alcohol o más en una sola ocasión, al menos una vez en el último mes.

- Bebedor de riesgo con trastornos relacionados con el alcohol (TRA):

Lo que en el ámbito anglosajón se denomina bebedor problema para referirse a algunos pacientes que a causa de el consumo presentan algún problema psíquico, familiar, social, legal, económico, y no se relaciona proporcionalmente al grado cuantitativo.

- Bebedor con síndrome de dependencia alcohólica (SDA):

Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en las cuales el consumo de alcohol es prioritario. El criterio objetivo para esta categoría diagnóstica puede establecerse mediante la utilización del test de MALT o los criterios diagnósticos recogidos en el DSM-IV y la CIE-10.

Foto 11

OPIACEOS:
ocasional/frecuente/habitual
gr/día
cuantas veces/día
tiempo total en el que ha estado estabilizad el consumo a esa dosis.
Vía (parenteral, inhalada, intranasal,...)

COCAINA:
ocasional/ frecuente/ habitual
gr /día
vía (intranasal, inhalada, parenteral...)
forma: polvo “free-base” (forma de preparación, sustancias empleadas)./clorhidrato de cocaína.

4.2 PREVENCIÓN DROGODEPENDENCIAS EN AMBITO ESCOLAR, FAMILIAR Y COMUNITARIO:

La escuela, junto con la familia y el grupo de iguales, es un poderoso agente educativo y de socialización del niño. Sin embargo, se diferencia en que el carácter educador y socializador de la escuela es intencionado. Su influencia queda patente en la relación que existe entre una deficiente adaptación o autopercepción escolar y el consumo de sustancias adictivas.

El profesor como modelo y agente educativo juega un papel importante en la prevención. En la investigación desarrollada en Carlet se observó que los alumnos que no se han iniciado en el consumo de drogas tienen una mejor relación con sus pares y sus profesores que los consumidores.

Debemos recordar la necesidad de ofrecer un modelo congruente con la información y hacerlo extensible a los profesores. Si se está intentando transmitir un modelo saludable de vida: fumar es nocivo para la salud, sería conveniente que los educadores evitaran, en la medida de lo posible, la realización de conductas que entran en contradicción con esta ideas, como por ejemplo: fumar delante de los alumnos.

Se ha observado, así mismo, que el fracaso escolar, manifestado en la inexistencia de interés educativo, suele ser un antecedente común en los jóvenes usuarios de drogas.

El método de enseñanza utilizado en la escuela también influye en el consumo de drogas. Hoy en día se sigue utilizando en exceso la clase magistral que fomenta que la docilidad y el poco espíritu critico, así como la inseguridad del alumno -que , es un aspecto de la personalidad que puede facilitar el desarrollo de una drogodependencia -.

Otras características del sistema educativo como el excesivo numero de alumnos y la rigidez de los planes de estudios, tradicionalmente motivaban que los profesores dedicaran poco tiempo al contacto humano con los alumnos. Desgraciadamente los maestros también tenían poca formación para la educación para la salud y la educación sobre drogas. Sin embargo, los nuevos planes de estudios prometen expectativas más halagüeñas en estos aspectos que acabamos de exponer. Quizá sea demasiado pronto para juzgar si estos deseos se han cumplido, pues los cambios han sido muy recientes. Este es, sin duda uno de los grandes retos para el nuevo sistema educativo. Ciertamente nuestro trabajo actual apunta hacia la búsqueda de un programa preventivo desarrollado desde la participación y la elaboración constructiva del alumno y adaptándose a las características de cada comunidad.

Entre los años 50 y 60, prolifero la información en las escuelas acerca de los peligros de las drogas. La idea era que una información que atemorizara a los niños evitaría que estos consumieran droga.

Tales programas fracasaron incluso aumentaron la curiosidad por iniciar el consumo que ya de por si es la primera causa y motivo del inicio en el consumo de drogas Pickens (1985), tras revisar 26 programas preventivos de los años 70, mantiene que los que se basan en la información no necesariamente cambian las actitudes y, si lo hacen, no siempre es en la dirección prevista .

El fracaso de muchos programas de prevención se debe a que están mal planteados. No es que no se deba informar a los niños, sino que debe hacerse de forma metodológicamente adecuada y complementada con programas tendentes a cambiar actitudes.(Actitud: es la evaluación favorable o desfavorable de los resultados de una consulta en cuanto que afectan al propio sujeto).

El planteamiento actual comprende una información fiable y seria y el reconocimiento de las motivaciones y actitudes que llevan al uso de las drogas.

Prevención inespecífica: educación para la salud. Debe aplicarse en el ciclo inicial, hasta 6° de E. G .B o 1° de ESO.

Prevención especifica: formación en drogas. Debe aplicarse en el ciclo medio y superior.

El fracaso escolar, es una señal de alarma que todos los autores coinciden en valorar muy enfáticamente.

El centro docente es el lugar adecuado, para llevar acabo un programa para la educación para la salud, puesto que en el encuentran los integrantes de la comunidad "educadores y padres" que inciden de forma directa en la adquisición de hábitos y actitudes de los mas pequeños.

No se trata de enseñar salud, sino de potenciar aspectos saludables que favorezcan en bienestar de la población.

Un trabajo eficaz a de ser persistente y globalizado, incorporado en el esquema total de programas y servicios prestados en conjunto. Ha de tener en cuenta todos los factores y proponer, consecuentemente estrategias para lograr un aumento notorio de eficacia y eficiencia global de sistemas de cada uno de sus programas.

La educación sobre drogas, ecología, para el consumo, la tolerancia y la paz, educación vial y sexual, habilidades sociales , ..., quedaría así, inscrita en un proyecto global de educación y prevención de la salud , con una educación pedagógica positiva que promueve hábitos de vida sanos, formulando y / o fortaleciendo un puente entre la familia, la escuela y la comunidad, un configurador sano y coherente de la conducta humana.

PREVENCION DE LA DROGADICCION A NIVEL FAMILIAR:

		POCA DEDICACIÓN A LOS HIJOS		
	MODELO A IMITAR		OPORTUNIDADES DE EDUCAR	
ESCASA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN		**FAMILIA**		REDES DE COMUNICACIÓN ROTAS

	CONCIENCIA LONGITUDINAL		FORMADORES DE ACTITUD ES POSITIVA HACIA LA SALUD	
		ESTILO DE VIDA INSANOS		

La familia es, sin duda un factor principal a la hora de comprender el fenómeno de las drogodependencias, y es importante porque el clima familiar en el que se mueve un individuo es decisivo para configurar su personalidad, sus actitudes, su autoconcepto y su forma de interrelacionarse con el medio social y cultura en que esta inmerso. Además, la influencia que otros contextos sociales pudieran tener sobre los hijos pasa normalmente por el tamiz de los padres, ampliando o disminuyendo sus efectos positivos o negativos.

Independientemente de sus características personales y familiares, los padres son siempre la mayor mejor protección contra el consumo inadecuado .

Foto 10

Probablemente, todos los padres y madres están influyendo sin saberlo:

Animan a sus hijos a esforzarse, los apoyan cuando se cansan o deprimen, enseñan el afecto, la esperanza en un mañana mejor, el consuelo de la solidaridad y comprensión, estimulan la curiosidad por el conocimiento, el amor a lo bello, la búsqueda de la amistad, la tolerancia hacia lo diferente,...

Pero es también cierto, que las circunstancias deseables en toda familia son, a veces, inalcanzables.

¿Quien puede cambiar los hechos del pasado?,

¿como conseguir que unos padres que no desearon serlo lo desee amen y sean cariñosos con sus hijos?,

¿Quien olvidara sus propias frustraciones y amarguras para educar a los hijos en la confianza en el futuro, el esfuerzo y la satisfacción por el trabajo bien hecho, el deseo de la belleza en un mundo como el actual...?.

Schwebel (1989) afirma que la mejor protección contra el uso indebido de drogas es:

• nacer en el seno de una familia unida y afectuosa donde se favorezca la comunicación abierta y espontánea entre padres e hijos

.• tener mucha autoestima lograda mediante el afecto y las oportunidades para triunfar y recibiendo mas aprobaciones que criticas.

• tener capacidad y pensar con claridad y sensatez, lo que se consigue conversando con los padres, discutiendo las reglas y aprendiendo de las consecuencias de los empeños inadecuados.

• desarrollar la capacidad para resolver problemas, tener oportunidades para analizar las dificultades y encontrar soluciones.

La prevención de las drogodependencias debe considerar las distintas situaciones de crisis, evolutivas o no, que el sujeto puede atravesar y dotarle, en la medida de lo posible, de las habilidades que necesite para evitar que, ante una situación de tensión, frustración, opresión del grupo o fracaso, pueda recurrir a la "salida en falso" que proporcionan los efectos psicoactivos de las drogas.

Es importante conocer los hábitos mas comunes relacionados con la salud en el entorno de nuestros hijos, dentro y fuera del hogar familiar.

Conviene informar veraz y serenamente sobre las drogas sus efectos, usos y hábitos, peligros y ventajas.

Se deben atender a las señales de alerta que desde ese momento pueden indicar que algo esta pasando, como consumo de drogas u otra cosa.

Pueden indicar un riesgo mas elevado que antes del consumo de drogas.

Habrá que atenderlas con inteligencia, paciencia y mucho cariño.

Habrá que distinguirlas de otras situaciones o crisis propias de la edad y en absoluto relacionadas con las drogas: enamoramientos, crisis de identidad, crisis emocional, religiosas, problemas de crecimiento. cambios bruscos de humor y /o actitud muy notorios y frecuentes.

Disminución de la asistencia o trabajo escolar.

Cambio repentino en actividades y /o aficiones.

Empeoramiento en las relaciones familiares o con amigos.

Despiste, irresponsabilidad en horario, costumbres higiénicos... ,

Resistencia repentina, continuada no argumentada a la disciplina y a las normas hasta entonces aceptadas.

Cambio radical en las preferencias y el grupo de amigos.

Disminución o relajación de normas éticas y de la responsabilidad en compromisos, pactos, palabra dada, control gastos económicos... .

Perdida o ganancia de peso muy bruscos, debilidad física, agotamiento, somnolencias, ...

Hechos muy alarmantes y no explicados (perdida de objetos valiosos, gastos no justificados, embriaguez, intervención en discusiones violentas, riñas callejeras,...).

Foto 9

Estudiar la realidad familiar, en el pasado y actualmente, en cuanto a la salud y la enfermedad. Podemos observar a relación que guardan hechos completamente lejanos como que el noviazgo o el compromiso de los padres coincidiera con enfermedades o problemas importantes en una o las dos familias de origen de estos, o que el matrimonio y el primer hijo fueran tiempos de frecuentes enfermedades o trastornos.

Con adolescentes problemáticos encontramos un cuadro muy común de hechos (padre ausente, madre obsesiva / depresiva, desautorizaciones mutuas, malas relaciones matrimonio, ausencia o defectos de limites incomunicación, delegación /interferencias de terceros, hijo no deseado, carencias afectivas, maltrato físico /psíquico, hijo como pierda arrojadiza, ...) que no son propios del sujeto estudiado, sino que parecen sea las bases de una conducta que la sociedad achaca al individuo y castiga en el, sin analizar o valorar que razones o motivos hicieron de esa conducta la única posible o las mas adecuada ante una situación de aprendizaje y desarrollo insostenibles en una familia determinada.

Expresar nuestras experiencias y sentimientos, frecuentemente se inicie la conversación al revés, solicitando de ellos que nos hablen de sus problemas, sentimientos expectativas,... ello suele provocar miedo, reacción de rechazo, agresividad.

Conviene expresar puntos de vista claros y firmes que establezcan normas de comportamiento exigidas para el futuro. Sería preferible conseguir pactar las normas, de esta forma aunque no fueran totalmente del agrado del padre, ni tampoco del joven, si este se compromete a su cumplimiento, y en el pacto se incluye la aceptación del precio en caso de ruptura o incumplimiento, será un atentado contra la propia palabra y la credibilidad, no castigado por el padre sino "pagado" sin lugar a discusión ni rechazo, según lo previsto por incumplimiento de contrato.

Si surge la certeza del consumo inadecuado de drogas, el diálogo resulta más importante que nunca y la ruptura y la violencia entre padres e hijos es más perjudicial y contraproducente que en ninguna otra circunstancia.

No transigir con ciertas actitudes y comportamientos no debe cerrar la vía del diálogo, la búsqueda de acuerdos y pactos, la negociación para el compromiso.

En todo caso debemos tener presente que es el propio sujeto y nadie más quien:

Debe reconocer que tiene un problema con el consumo de drogas.

Necesita de otras personas para resolverlo.

Debe participar activamente en el diseño, realización y evaluación de su propio plan terapéutico o de tratamiento.

Frente al problema del consumo de drogas, aunque sea moderado, controlado, aceptado socialmente (alcohol, psicofármacos, porros), son negativos y contraproducentes algunas actitudes como:

Ignorar el problema.

Perseguir y vigilar.

Culpabilizar.

Sermonear.

Marginarlo, expulsarlo de casa, cortar toda relación.

Consentir el consumo, darle dinero "para que no tenga que robar,...".

Dejar que "pase lo que tenga que pasar" sin actuar, permitiendo, de hecho, que toda la familia esté pendiente de una persona (adaptando el medio a la persona y no la persona al medio).

En la práctica, se han demostrado que son actitudes positivas y adecuadas, eficaces para resolver el problema:

1 -Aprender e informarse sobre las drogas y el mundo que las rodea, los problemas, deseos y opiniones de la juventud,

2-Informarse de posibilidades técnicas y terapéuticas profesionales serias y de recursos de la comunidad, evitando caer en soluciones fáciles o en centros y posibilidades que buscan el beneficio económico o el proselitismo sectario o religioso.

3-Asesorarse y consultar el caso con especialistas.

4-Analizarse uno mismo, la familia y las circunstancias que lo rodean, detectando incoherencias sobre la salud, consumo de drogas, alcohol o fármacos.

5-Plantear los cambios necesarios en la dinámica familiar: horarios de trabajo y diversión,...

6-Dialogar tranquila y pausadamente buscando un espacio y un tiempo lo bastante amplios y adecuados para ello, sobre la situación y las alternativas posibles.

7-Contactar con los padres con problemas similares buscando el apoyo mutuo y la comunicación de experiencias (sobre todo si el problema se ha hecho

crónico o muy prolongado en el tiempo).8-Ayudar a buscar alternativas concretas y grupos de amistad o intereses positivos.

PREVENCION DROGODEPENDENCIAS A NIVEL COMUNITARIO:

Foto 12

		EVALUACIÓN MAS COMPLEJA		
	TODA LA POBLACION		CONCIENCIA SOCIAL DE SALUD	
RIESGO DE				RIESGOS DE

CONTRA-PREVENCION		**COMUNIDAD**		DISFUNCIONES DE OBJETIVOS
	CAMBIO SOCIAL		PROCESO CONTINUO	
		INCIDENCIA A LARGO PLAZO		

Foto 13

4.3 EJEMPLO PRACTICO DEL DISEÑO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO

4.3.1- INTRODUCCION

Dentro de los múltiples campos de aplicación de la Educación para la salud, he elegido las Drogodependencias para la elaboración de este programa, por ser un campo que demanda a

nivel preventivo intervenciones eficaces y coordinadas desde distintos niveles (educativo, socio-sanitario, familiar y comunitario).

El programa se enmarca en otro mas global de Prevención Escolar de las Drogodependencias, que es coordinado del un Gabinete Municipal Drogodependencias (Unidad de Prevención Comunitaria), de la ciudad de Castellón.

Las posibilidades de realización del mismo fueron una de las causas que me llevaron a elegir este campo al estar trabajando de colaborador en este proyecto municipal.

El proyecto pretende el formar a profesorado de educción secundaria de un Instituto de la ciudad. Y sería llevado a cabo por personal de enfermería de la escuela Universitaria de Enfermería de Castellón, con experiencia en el campo y en la docencia.

Partiendo de unos datos estadísticos recientes en nuestra comunidad (EDIS-Dirección General Drogodependencias. Generalitat Valenciana, de 1996), que apuntan en esta comunidad:

Consumieron el último mes		Edad media de inicio
Alcohol	56.4%	16.6 años
Tabaco	41.6%	16.83 años
Cannabis	6.3%	18.5 años
Cocaína	2.3%	21 años
Drogas sintéticas	1.3%	20 años
Anfetaminas	1 %	22.5 años
Alucinógenos	0.6%	19 años
Heroína	0.5%	21 años

Siendo también nuestra población (Castellón), la estudiada en este trabajo de campo, creemos que la población y en las edades sobre las que pretendemos actuar en nuestras intervenciones lo serán en una eficacia elevada.

4.3.2.- JUSTIFICACION

Partiendo de la dimensión que está alcanzando el problema de la drogadicción en nuestro país y de los graves conflictos que esto genera en varios contextos (personal, familiar, laboral, social, económico, legislativo ...), nos centraremos en el ámbito escolar como medio idóneo desde el que realizar acciones preventivas eficaces.

El marco escolar y el sistema educativo formal, constituyen un ámbito privilegiado desde el que abordar el problema ya que la Educación para la Salud nos brinda la posibilidad de prevenir las drogodependencias entre los adolescentes.

Sin embargo, nos encontramos con una serie de dificultades a la hora de intervenir en la prevención del consumo de drogas en el entorno escolar. Algunas de ellas son: la ausencia de conocimientos precisos del profesorado, la carencia de recursos materiales y personales, y una serie de actitudes negativas hacia la aplicación de programas preventivos. Todo ello, junto a una ineficiente política legislativa al respecto, hace que hasta el momento carezcamos de acciones

pedagógicas sistematizadas dirigidas a la promoción de la salud de los escolares, sobre todo en materia de drogodependencias.

A partir de la LOGSE y de la implantación de la Educación para la Salud como materia Transversal en el marco escolar, se posibilita el desarrollo e implantación de programas preventivos del consumo de drogas. Desde esta perspectiva se intenta que en la escuela no sólo se transmitan contenidos , sino que se desarrollen también actitudes, valores y habilidades de competencia para la interacción social que permita a las alumnos afrontar y rechazar las situaciones que favorecen el inicio del consumo de sustancias adictivas que repercutirán negativamente sobre su salud.

En este contexto, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) ha definido un Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES) como un conjunto de acciones educativas cuyo objetivo es sistematizar la prevención de las drogodependencias en el contexto escolar.

Uno de los retos a superar por este Plan de Prevención es el de suplir las carencias detectadas en el profesorado, que ya hemos comentado anteriormente. De este modo, una de las acciones específicas dirigidas a suplir esta carencia es la Formación del Profesorado que tiene como objetivo capacitar a los profesores para elaborar y aplicar programas educativos de prevención de las drogodependencias, atendiendo a las características específicas de los adolescentes a los que, a su vez, han de formar.

De ahí que el presente proyecto trate de recoger una serie de acciones pedagógicas dirigidas, precisamente, a la formación del profesorado de Educación Secundaria, respondiendo a una serie de objetivos que a continuación nos proponemos desarrollar.

4.3.3.-OBJETIVOS

4.3.3.1.- Objetivo General:

Preparar al profesorado de Educación Secundaria para diseñar, desarrollar y aplicar un Programa de Prevención Escolar del Consumo de Drogas, basado en la formación /cambio de actitudes y valores, la formación de competencias para la interacción individual y la toma de decisiones.

4.3.3.2.- Objetivos Específicos:

-Ofrecer al profesorado unos conocimientos básicos sobre drogas y factores asociados (factores de riesgo).

-Capacitar al profesorado para la elaboración y desarrollo de programas educativos de prevención que tengan coherencia y propongan acciones sistematizadas adecuadas a las características de sus alumnos.

-Entrenar al profesorado en el manejo de una serie de estrategias de prevención con las consecuentes educativas técnicas educativas y material de prevención para el desarrollo del programa.

-Motivar al profesorado del centro para que se impliquen en la implementación y desarrollo del programa de prevención del consumo de drogas.

4.3.4- ESTRUCTURACION DE CONTENIDOS

4.3.4.1.- Unidades didácticas

1 -La prevención del consumo de drogas en el marco educativo
2.-Conceptos básicos relativos al consumos de drogas
3.-Factores asociados al consumo de drogas
4.-Diseño de programas de prevención escolar del consumo de drogas
5.-Materiales para la prevención escolar
6.-Estrategias de prevención I. Formación y cambio de actitudes
7.-Estrategias de prevención II. Formación de valores
8.-Estrategias de prevención III. Desarrollo de la competencia individual para la interacción social
9.- Estrategias de prevención IV. Aprendizaje y Toma de Decisiones
10.-Evaluación de programas de prevención

Foto15

UNIDAD 1.- LA PREVENCION DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MARCO ESCOLAR

1.- OBJETIVOS

1.1.-Objetivo general:

Presentar una propuesta conceptual y metodológica, adaptada al ámbito escolar, en la que se puedan diseñar y ejecutar acciones preventivas del consumo de drogas.

1.2.- Objetivos específicos:

- Justificar el modelo Biopsicosocial para definir la Prevención.
- Contextualizar las acciones educativas preventivas
del consumo de drogas dentro de la Educación para la Salud.
-Proponer un método para programar la prevención del consumo de drogas en la escuela.

2.- CONTENIDOS:

-Prevención: Marco conceptual.
-Modelos explicativos de intervención en prevención.
-Concepto de prevención
-Estrategias preventivas.
-La respuesta preventiva desde el medio escolar.
-Idoneidad del marco escolar como ámbito de intervención.
-Educación para la Salud como estrategia de prevención educativa

El PIPES: Una propuesta aplicada de intervención preventiva en la escuela.

3.- TIEMPO:

Una sesión de tres horas aproximadamente.

4.-DESARROLLO DE LA UNIDAD

- A manera de introducción del tema de esta unidad, se presentará el diagnóstico de la situación de los problemas a distintos niveles, que genera el consumo de drogas. Para esto nos apoyaremos en el comentario de las páginas 11 y 12 del libro de Escámez , J. y otros (1 993) Educación para la Salud-. Nau Llibres.

- Vista la realidad se planteará la necesidad de prevenir para acotar y disminuir los problemas que puede generar el consumo de drogas. - Se determinará un modelo de referencia, analizando los

distintos modelos tradicionales que han explicado el fenómeno de las drogas: modelo ético-jurídico, médico-sanitario, socio-cultural y biopsicosocial.

- El modelo biopsicosocial centrado en el individuo como agente activo, planteando acciones globales de educación integral de las personas, será el modelo ideal para partir de un marco de referencia en la planificación de acciones preventivas.

- Se explicarán a continuación los fundamentos y proposiciones de acción de la estrategia de la Educación para la Salud y la idoneidad del marco escolar como respuesta preventiva

- Se propondrá el Plan Integral de Prevención Escolar como modelo teórico-práctico, explicando los fundamentos, estrategias de implementación y criterios de prevención:

Qué es el PIPES
Cuales son las características del PIPES
Qué pretende
Qué ofrece.

Para la explicación del PIPES nos apoyaremos en el Manual "Materiales para la Enseñanza Secundaria Obligatoria", págs. 11 21 y 241 a 249.

UNIDAD 2: CONCEPTOS BASICOS RELATIVOS AL CONSUMO DE DROGAS.

1.-OBJETIVOS:

Generales: Conocerlos conceptos básicos de las drogodependencias.
Específicos: Conocerlas distintas sustancias psicoactivas y sus efectos.

Clasificación de las mismas.

2.-CONTENIDOS

Droga de abuso.
Tolerancia. Tolerancia cruzada. Tolerancia inversa.
Dependencia.
Intoxicación por sustancias de abuso.
Síndrome de abstinencia.
Sobredosificación.
Clasificaciones-.
-estructura química .
-legal.
-procedencia.
-efectos.

3.-TIEMPO TOTAL
Tres horas de duración. Repartidas en dos sesiones.

4.-MATERIAL DE CONSULTA

-Sinopsis de psiquiatría. 711 ED. H. 1 Kaplan . Cap 12, pag: 396@. (1996).
-Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psyquiatric Press. M. Galanter. Cap. 2, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15. (1997).
-Encuesta escolar 2000. Plan Nacional sobre Drogas.
-Memoria 1999. Plan Nacional sobre Drogas.

5.-MATERIAL DE APOYO

-Transparencias:
I- concepto droga.
II-. tolerancia.
III-. dependencia. (DSM-IV, CIE- 10).
IV-clasificación por efectos. Intoxicación sobredosificación.
-Videos:
serie información sobre drogas 1 y 11 .
PIPES. FAD.

6.-ACTIVIDADES:

Extraer de los videos visionarios información sobre drogas I y II. Para alcohol, alucinógenos, estimulantes y narcóticos (opiáceos) principales efectos psicoactivos (intoxicación), principales consecuencias de sobredosificación (sobredosis).

7.-DESARROLLO:

-una hora exposición teórica.
-media hora, visión videos.
-una hora actividades:
-efectos
-consecuencias

UNIDAD 3.- FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Se explicarán las características individuales, sociales, familiares y culturales que, en conjunción, puedan incrementar la vulnerabilidad de determinados sujetos ante posibles consumos de sustancias adictivas.

Se explicará la teoría con apoyo de transparencias, además de actividades de participación activa, mediante la representación de historias de consumo, presiones, resistencias, etc.

Se propondrá un caso práctico y a través de un role-playing se conseguirá reconocer tanto áreas de vulnerabilidad, factores específicos de riesgo, como factores de protección.

1.- OBJETIVOS

1.1.- Objetivos Generales:

- Aprender a identificar los factores de riesgo que interactúan en el proceso de adquisición y mantenimiento de conductas de consumo de drogas.
Que enseñen y potencien los factores de protección.

1.2.- Objetivos específicos:

- Aprender el modelo del consumo de drogas.
- Identificar los principales factores de riesgo asociados al inicio del consumo de drogas.
- Identificar riesgos y pautas de consumo actual
- identificar los factores de protección. Enseñanza de estos (desarrollada en otras unidades)

2.- CONTENIDOS

2.1. - Conceptos básicos.

- Factores de riesgo versus Factores de protección
- Factores predisponentes de sus mantenedores

2.2.- Principales teorías explicativas de la génesis del consumo de drogas.

2.3.-Génesis del consumo de drogas :

- Factores: iatrogénicos, individuales, familiares, grupales, socio- económicos, escolares.
-Aspectos motivacionales.

2.4.-Vulnerabilidad versus Factores de protección.

2.5.-Pautas de consumo actual. Características básicas de los policonsumos.

3.- ACTIVIDADES

-Exposición teórica de los contenidos
-Apoyo de transparencias
-Representación (R. Playing- R. Reversal) de distintas historias de consumo
- Análisis de los casos prácticos actuados.

4.- TIEMPO

Aproximadamente 3 horas.
5.- MATERIAL

5.1.- Material de consulta .

- Material programa PIPES
- Temas elaboración propia
- Artículo “Éxtasis (MDMA)” en España. Usuarios y pautas de uso. GAMELLA y otros. Resista Proy. 19. Sep 1996.
-"Motivaciones asociadas al abuso de OH en adolescentes". PONS DRESS, J. y otros Revista Española de drogodependencias. Vol. 20, nº3. 1995.
- "Consumo de drogas en menores" J. J . Llopis Llacer. Revista española de Drogodependencias. Vol. :20, ni 1. 1995.
-"Éxtasis. Droga de diseño de Alta Potencia Tóxica". LORENZO, P. y otros. Adicciones. Vol 6. nº 4, 1994.
- "Éxtasis. Aspectos médico- legales" BOBES, J. y otros. Adicciones. Vol. 6, nº 4.1994.

5.2. Material de apoyo.

- Transparencias propias
- Transparencias programa PIPES.
- Fichas: 10 pasos para.. (elaboración propia)
- Programa Prevención de drogodependencias (D. Curricular ESO), Programa Tú decides.

UNIDAD 4.- DISEÑO DE PROGRAMAS DE PREVENCION DEL CONSUMO DE DROGAS

1.-OBJETIVOS

1. 1. Objetivo General:
Aprender a diseñar Programas de Prevención.

1.2.- Objetivos Específicos:

-Conocer el concepto y estructura de Programas de Prevención
-Obtener diagnósticos e informes actitud¡nales
-Saber formular objetivos de acuerdo al diagnóstico

2.- CONTENIDOS:

-Diseño de programas

-Qué entendemos por programa
-Estructura del programa:
- Finalidad
-Diagnóstico de la situación
-Objetivos relacionados con el diagnóstico
-Actividades: actuación
- Contenidos
-Evaluación
- Seguimiento

3.- ACTIVIDADES:

-Nº 1: Diagnóstico actitudinal.
-Nº 2: formulación de objetivos.

4.-TIEMPO
Total de la Unidad: 3 horas.

5.- MATERIAL

A.- Material de Consulta:
-"Directrices para la elaboración de Programas Escámez y otros.
-"Cuestionario-Escala de actitudes". Escámez y otros "Cuestionario de actitudes ante la droga".

B.- Material de Apoyo
-Hoja matriz de diagnóstico actitudinal.
-Hoja matriz de informes y recomendaciones
-Listado de ejemplos de objetivos.

UNIDAD 5- DESARROLLO DE LA UNIDAD: PROGRAMA PREVENTIVO.

Qué se entiende por programa:

Concepto :
"Conjunto de actuaciones relacionadas entre sí para la consecución de una meta"
- Criterios para la elaboración de un programa: Adaptado a:
- ámbito de aplicación
- diagnóstico del problema - contexto de aplicación Realista
- actuaciones posibles
- medios materiales y personales

Unidad de diseño:
Coherencia entre: objetivos, contenidos, acciones, materiales, técnicas y tiempo.

Flexible:

-expuesto a modificaciones y ampliación

- Estructura del programa

-Finalidad del programa

-Diagnóstico de la situación

- Objetivos

-Líneas de actuación: actividades

- Contenidos:

- Selección y secuencialización - Estrategias

- Técnicas

- Medios

Temporalización:

-Evaluación

-Propuestas de mejora

-Planificación de acciones preventivas.

Diagnósticos e informes actitudinales:

Sobre los items de la página 70 del libro "Material de consulta" se obtienen unos resultados o porcentajes de riesgo.

Estos items se relacionan entre sí pudiendo agruparlos en cinco grandes bloques o creencias.

1.-Uso de sustancia no perjudica la salud.

Items: 1,9,13,15,17,19 y 23.

2.-El uso de sustancias es una exigencia social:

Items: 2, 12 y 21.

3.-El uso de sustancias Nº genera dependencia

Items: 8 y 10.

4.-El uso de sustancias ayuda a sentirse bien

Items: 4,6 y 16

5.-El uso de sustancias no perjudica el deporte

Items: 5 y 11.

Una vez obtenidos los porcentajes se hace una valoración determinando qué AREAS se deberán trabajar prioritariamente.

- Formulación de objetivos

Si se considera que un área a trabajar sería:

"Efectos del consumo de drogas para la actividad deportivas un objetivo general sería:

"Crear la convicción en los alumnos de que el consumo de drogas perjudica la salud"

y los objetivos específicos serían, entre otros,

"Conocerlos efectos perjudiciales del tabaco para la salud"

"Conocerlos efectos perjudiciales del alcohol para la salud física y psicológica"

"Que aprendan a diferenciar el rendimiento deportivo de una persona consumidora a una no consumidora".

Para ello se trabajarán la fichas 3. 1. para el diagnóstico, la 3.2. para el informe y la 3.3. para la propuesta preventiva, al igual que la actividad Nº 1 (pág. 28) y la actividad (pág. 33) del Manual del Formador.

1-OBJETIVOS:

1.1-Generales: Conocer saber utilizar materiales didácticos para la prevención escolar de las drogodependencias.

1.2-Específicos: Conocerlos utilizados para la elaboración de nuestro programa:

-FAD.(PIPES).

-ECCA.(Prevención de las Drogodependencias - Dirección General de

-Drogodependencias (Manual del Formador).

Aprender a seleccionar y utilizar materiales apropiados para la prevención escolar.

2-CONTENIDOS:

Criterios para la aplicación de materiales.

Selección y lo elaboración de materiales.

Materiales seleccionados.

3-TIEMPO

Tres horas de duración. Una sesión.

4-MATERIALES

Material de Prevención del consumo de Drogas para la educación secundaria obligatoria. PIPES. FAD. 1996.

Manual de Técnicas para la prevención Escolar del consumo de drogas. PIPES. FAD.1996.

Escamez. Educación para la Salud. Un Programa de Prevención Escolar de las drogodependencias. Nau-Llibres. 1 994.Valencia.

Prevenir las Drogodependencias. Manual del Animador. ECCA.1992.

Manual didáctico para Educadores .Generalitat Valenciana. FAD. Bancaixa F. Etorkintza 1993.

VIDEOS:

-La Historia de Pascal.

-El mago de No.

TRASPARENCIAS

Publicidad tabaco. "Malboro". Serie de vaqueros.

5-ACTIVIDADES

"La Historia de Pascal". Evaluación y comentario crítico. Análisis en grupos.
"El mago del Nº". Elaboración de una guía de Observación.
Imagen Publicitaría. Análisis de una imagen.

6-DESARROLLO

-Media hora. Introducción Teórica.
-Media hora. Presentación de distintos materiales preventivos.
-Media hora. Actividades Hª de Pascal: Evaluación y comentario crítico.(Grupos I). El Mago del N0: Guía del observador. (Grupo II)..Análisis de Material Publicitario (Grupo III).
-Una hora exposición de los grupos..

UNIDAD 6.- ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCION Y FORMACION CAMBIO DE ACTITUDES

1.- OBJETIVOS

1.1. - Objetivo General:
Conocer el modelo teórico sobre las actitudes de Fishbein y Ajzen y entrenar en el manejo de estrategias de Participación activa y Cooperación en el aula para formar actitudes positivas hacia la salud.

1.2.- Objetivos Específicos:
- Conocer e interpretar el modelo de Fishbein y Ajzen y todos sus componentes.
- Seleccionar actitudes positivas hacia la salud y estilos de vida saludables.
- Aprender las características de las estrategias de Participación Activa.
-Conocerla técnica de Aproximación Didáctica y diseñar actividades con ella
- Conocerla técnica de Role-Play y diseñar actividades con ella
- Conocerla técnica de Discusión en grupo
-Aprender las características del Aprendizaje Cooperativo
-Conocerla técnica Puzzle de Aronson y diseñar actividades con ella
- Conocerla técnica del Juego- Concurso de De Vries.

2.-CONTENIDOS

1.- Actitudes y Prevención:

- Dificultades para enseñar actitudes
- Concepto, adquisición y funciones de las actitudes .
- El modelo de Fishbein y Ajzen.

2.-Estrategias para la formación y cambio de actitudes :

2.1.- Estrategias de Participación Activa.

- Técnica de Aproximación Didáctica.
- Técnica de Role-Play
- Técnica de Discusión en Grupo.

2.2.- Estrategias de Cooperación en el aula.

- Técnica Puzzle de Aronson
- Técnica Juego-Concurso

3.- ACTIVIDADES

-Nº 1 "Dinamicidad del modelo"
-Nº 2.- Selección de actitudes positivas hacia la salud
-Nº 3.- Caso de Aproximación Didáctica
-Nº 4.-Caso de Role-Play
-Nº 5.-Caso de Puzzle de Aronson

4.- TIEMPO

Tiempo total de la Unidad: 7 horas
Se realizarán dos sesiones, una de cuatro horas y la segunda de tres.

5.- MATERIAL

5.1. - Material de Consulta:

- Escámez, J.-. "La enseñanza de actitudes" en Escámez, J. y Ortega, P. (1996) La enseñanza de actitudes y valores. Nau Llibre. Valencia. Pág.: 525-539.
- Manual de técnicas para la Prevención Escolar del Consimo de drogas". PIPES. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

5.2.- Material de Apoyo

-Fotocopia del ejemplo de dinamicidad el modelo ficha nº 5. 1. - -Transparencias propias sobre ejemplos de actividades elaboradas con las técnicas que se presentan.

- Fotocopias de las actividades del cuaderno de ejercicios Fichas 5.2.; 5.3.; 5.5.;5.7. y 5.116.

6.-DESARROLLO DE LA UNIDAD

Esta Unidad de desarrollará en dos sesiones.

- Sesión 1ª: Se iniciará explicando la necesidad de educar en actitudes para prevenir las drogodependencias y las dificultades que encontramos a nivel educativo. Luego se explicará apoyándose en transparencias el concepto de actitud, su adquisición y funciones.

Una vez situados, se explicará el modelo de Fishbein y Ajzen y todos los elementos que lo conforman así como su interrelación, apoyándose de transparencias.

Después de la exposición teórica se realizarán actividades prácticas que serán..

- Realización de la ficha Nº 5.1 en grupos y puesta en común.

- Invención de un caso por los grupos de profesores y señalar cada elemento del modelo siguiendo la ficha Nº 5.2

- En grupos se seleccionarán las actitudes positivas hacia la salud que se desean fomentar y para ello se repartirá a cada grupo la fotocopia de la Ficha 5.3.

Después se retomará la exposición teórica para explicar las Técnicas de Participación Activa. Apoyándose de transparencias se explicarán las características de las Técnicas de Participación Activa y la estructura que debe seguirse a la hora de diseñar una actividad para que tenga coherencia.

En este momento se irá alternando la explicación teórica de cada una de las técnicas con un ejercicio práctico sobre la misma que consistirá en la elaboración por grupos de una actividad con la técnica explicada.

El profesor irá revisando y asesorando a los grupos en la elaboración de las actividades.

- Sesión 2ª:En esta sesión se explicarán las características y principios del Aprendizaje Cooperativo.

Se explicará la técnica Puzzle de Aronson, viendo un ejemplo concreto de elaboración y se realizará prácticamente con los profesores, para que ellos lo experimenten y a su vez les sirva para elaborar la técnica.

Posteriormente se explicará teóricamente la técnica de Juego Concurso de De Vries.

UNIDAD 7.- ESTRATEGIAS DE PREVENCION II. FORMACION DE VALORES

1.- OBJETIVOS

1.1 - Objetivo General

Conocerlas bases de la educación en valores y las técnicas empleadas en la clarificación de Valores para la prevención.

1.2.- Objetivos específicos:

- Conocer el concepto de valor y sus funciones.
- Situar los valores en el ámbito educativo y preventivo en el marco de la LOGSE.
- Conocerla técnica de Lista de Valores y diseñar actividades con ella
-Conocerla técnica de Hoja de valores y diseñar una actividad
-Conocerla técnica Frases inconclusas y respuestas esclarecedoras y diseñar actividades preventivas.

2.- CONTENIDOS

2.1- Concepto y funciones de los valores.

- Concepto de valor

- Funciones de los valores
- Situación educativa, legal y preventiva de los valores a partir de la LOGSE.
-Valores y prevención

2.2.- Técnicas de educación en valores .

- Lista de Valores
-Hoja de Valores
-Frases inconclusas y respuestas esclarecedoras.

3.- ACTIVIDADES

-Nº 1: Selección de valores preventivos
-Nº 2: Práctica de Lista de valores
-Nº 3.- Elaboración de un caso con Hoja de Valores
-Nº 4: Elaboración de un caso con frases inconclusas y respuestas esclarecedoras.

4.- TIEMPO
El tiempo total de la Unidad es 3 horas Se realizará una única sesión.

5.- MATERIAL
5.1.-Material de Consulta:

- Manual de técnicas para la Prevención escolar del consumo de Drogas. PIPES. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción
-VARIOS- FAD. Resumen de Valores y prevención. Investigación PIPES. (1996)

5.2.-Material de apoyo:

- Transparencias FAD
- Transparencias propias
- Fotocopias de las Fichas Nº 6.1, 6.2, 6.3, 6.5 y 6.7 del CuaderNº de ejercicios

6.-DESARROLLO DE LA UNIDAD

Esta unidad se desarrolla en una única sesión de 3 horas aproximadamente. Se comenzará explicando el papel que juegan los valores en la prevención de las drogodependencias y se realizará una exposición teórica de qué son los valores, sus funciones la situación de los mismos desde la LOGSE, su relación con los factores de riesgo y qué valores deberían fomentarse como factores de protección

Después de la exposición se realizará una práctica que consistirá en una selección de valores, a partir de la ficha 6. 1. del cuaderno de ejercicios. Posteriormente se explicarán las técnicas de Clarificación de Valores. Para ello se alternará la exposición teórica de las mismas con la realización práctica por parte de los profesores.

Para finalizar se realizarán conclusiones y se aclararán dudas.

UNIDAD 8. ESTRATEGIAS DE PREVENCION III. DESARROLLO DE LA COMPETENCIA INDIVIDUAL PARA LA INTERACCION SOCIAL

1.- OBJETIVOS

1.1.- Objetivo General

-Utilizar la interacción social para prevenir las drogodependencias

1.2.- Objetivos específicos:

-Comprender el proceso de distancia social, aislamiento y rechazo.
- Conocerla importancia de la incorporación de las habilidades sociales en la estructura de la protección de la persona.
- Comprender que el entorno escolar es le marco idóneo para la enseñanza de habilidades sociales.
- Conocerqué son y qué importancia tienen las habilidades de autoafirmación en la prevención.
- Saber construir críticas correctamente.
-Conocerqué son las habilidades de oposición asertiva y enseñanza en entrenamiento de sus técnicas.

2.- CONTENIDOS

2.1.- Competencia individual para la interacción
- Distancia social, aislamiento y rechazo en la interacción escolar. - Habilidades sociales y proceso evolutivo.

2.2.- Habilidades de autoafirmación
- Concepto
-Protección del rol y consumo conversacional
-Crítica: cómo realizarla correctamente.

2.3.- Habilidades de oposición asertiva.
- Concepto
-Capacidad preventiva
-Presión de grupo. Técnicas de afrontamiento.

3.- ACTIVIDADES

-Nº 1: "Análisis y formulación de críticas" .
- Nº 2:"Para ti, para mí".

– Nº 3: "disco rayado".
- Nº 4 “Juego sucio” .

4.- TIEMPO

Tiempo total de la unidad: 6 horas a desarrollar en dos sesiones de 3 horas cada una.

5.- MATERIALES

5.1. - Material de Consulta
-"Competencia individual para la interacción"
-"Habilidades de autoafirmación para la prevención"
-"Habilidades de oposición asertiva para la prevención"

5.2..-Material de Apoyo
- Material PIPES libro "Material de apoyo (Págs. : 129. 132, 137147)
- Material PIPES. Cuaderno de ejercicios (Fichas: nº 7.1,Nº 7.2, Nº 7. 1 0, Nº 7.1 2, Nº 7.1 3).

UNIDAD 9.- ESTRATEGIAS DE PREVENCION IV. APRENDIZAJE Y TOMA DE DECISIONES.

1.- OBJETIVOS

1.1.- Objetivo General:

Conocer los procedimientos para la adquisición de las habilidades generales para la toma de decisiones en el marco de la prevención escolar.

1.2.- Objetivos Específicos:

- Conocer el modelo de Zurilla y Goldfried.
- Conocer las competencias básicas en la toma de decisiones
- Conocer y aplicar la técnica de indagación
- Conocer y aplicar la técnica de análisis morfológico.
- Conocer y aplicar la técnica de ponderación de atributos.

2.- CONTENIDOS

2.1.- Toma de decisiones y Prevención:
-Modelo teórico.
-Competencias básicas de la toma de decisiones :
a) Planificación.
b)toma de decisiones.

c) Ejecución.

2.2.-Técnicas para la formación en Toma de Decisiones:
- Indagación
- Análisis morfológico
- Ponderación de atributos.

3.- ACTIVIDADES

-Nº 1: "Máquina registradora".
-Nº 2: "Objetos perdidos".
-Nº 3: "La compra del reloj"

4.- TIEMPO
Tiempo total de la actividad: cuatro horas a desarrollar en una única sesión

5.- MATERIAL

5.1.-Material de Consulta

Material PIPES: "Manual de Técnicas" (Págs: 145 a 148; 157, 158; 166 a 168n).

5.2.-. Material de Apoyo:

Material PIPES: "Cuaderno de ejercicios de Ejercicios" Fichas páginas 97 a 99 v 102 a 105.

UNIDAD 10: EVALUACION DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Evaluar el programa es importante porque nos proporciona información sobre :

1.-Grado de eficacia del programa (si se produce un cambio en las actitudes no deseables de los jóvenes hacia las drogas ...)

2.-Valorar las necesidades de reajuste del programa (evaluar las consecuciones de cada meta antes de pasar a la siguiente ...)

Igualmente ir valorando los efectos que se van produciendo en los docentes.

3.-Que los profesores elaboren con coherencia un programa cumpliendo los criterios evaluativos del diseño de programas.

1.- OBJETIVOS

1.1.- Objetivo General:

- Capacitar al profesorado para evaluar sus programas de prevención escolar.
-

1.2.-Objetivos específicos:

- Adquirir conocimientos básicos de Teoría Evaluativa: concepto de evaluación, tipos de evaluación, elementos metodológicos...

-Saber analizar la coherencia de objetivos, contenidos, actividades, técnicas, materiales, tiempos de un programa.

- Conocerlos criterios de evaluación de programas: coherencia, consistencia, criterios en fase ejecutiva...

-Analizar y evaluar un programa .

2.- CONTENIDOS

2.1. - Concepto de evaluación

-Introducción al concepto
-Aspectos básicos de la evaluación: objeto, contexto, criterios...
-Tipos de evaluación
-Elementos metodológicos en evaluación.

2.2.-Criterios de evaluación de programas:

- Grado de definición del programa.

- Justificación de la necesidad y conveniencia de efectuar el programa en el Centro Escolar (diagnóstico situacional, petición del centro ...)

-Población destinataria: descripción.

-Objetivos: Específicos y coherentes con el planteamiento del programa.

-Actividades: Coherentes con objetivos y contenidos, ubicación correcta (D. Curricular, transversales, tutoría....).

-Recursos: Coherentes con el programa preventivo. apoyo de otros recursos.

- Equipo: Participación activa de varios profesores en la organización del programa.

- Calendario: Detallado, que describa actividades y tiempos de cada actividad.

-Técnicas: adecuadas a los objetivos perseguidos en cada actividad y correctamente desarrolladas.

2.3.- Coherencia del Programa

-Según el modelo preventivo explicado
- Especificidad del programa (en actividades y planteamientos)
- Coherencia en relación objetivos, actividades, recursos, tiempo...

2.4.- Consistencia de¡ Programa

Relación de las actividades y tiempo de las mismas

2.5.-Fase ejecutiva

-Evaluación de¡ cumplimiento de¡ programa

- Revisión con los profesores de elementos que han facilitado o dificultado el programa preventivo.
- Evaluación del grado de implicación de los profesores.
- Evaluación del grado de generalización del programa.

3.- METODOLOGÍA

-Exposición teórica de contenidos
-Apoyo de transparencias
-Evaluación crítica de dos programas preventivos
1.-Programa PIPES 'La anunciación".
2.-Programa Prevención de drogodependencias APAS
-Confección de un programa preventivo.

4.- ACTIVIDADES

1.-Exposición teórica
2.- Análisis y evaluación de 2 programas:
Objetivos
Metodología,
Evaluación informe (modelo),
Material: Programas para evaluar
Fichas criterio evaluación (PIPES)
Modelo de informe (PIPES)
3.-Evaluación de las actividades :
Fichas de observación
Cuestionarios autoevaluativos.
Cuestionarios diagnósticos actitudinales.

5.- MATERIAL

5.1.-Material de Consulta:

-Programa PIPES (FAD)
-Prevención de la drogadicción en la escuela. J.J. GALLEGOS DIAZ. De. Bruñó. 1996.

5.2.- Material de Apoyo

- Transparencias Programa PIPES.
- Transparencias propias
- Hoja matriz de Criterios de evaluación.
- Programa "La Anunciación"
- Programa prevención de drogodependencias para APAS.
- Ejemplo de evaluación de un programa.

4.3.5.-EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Se propone dejar transcurrir dos semanas tras la última sesión del curso para que los profesores terminen de elaborar y concretar el programa que van a desarrollar.

4.3.5.1.- Evaluación de los programas:

Se fijará una fecha en la que se realizará una sesión de revisión de los programas elaborados. Cada grupo presentará su programa y se realizará una evaluación de los mismos, con el fin de modificar, en su caso, o asesorar sobre posibles mejoras.

4.3.5.2.- Evaluación del curso:

Será realizada por los profesores asistentes, y se realizará mediante un cuestionario similar al que se nos pasó a los formadores con el fin de analizar la metodología empleada, los intereses, la claridad de las unidades, organización, tiempo y contenidos del curso, entre otros aspectos.

4.3.5.3.- Seguimiento:

Se establecerá un calendario de reuniones de seguimiento con cada uno de los grupos que van a desarrollar el programa que han elaborado.

Foto14

CAPITULO V:

ABORDAJE ASISTENCIAL DE LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DE LA PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA.

5.1 CLASIFICACIÓN TRASTORNOS.
5.2 ALCOHOL.
5.3 OPIÁCEOS.
5.4 ESTIMULANTES.
- 5.4.1 COCAÍNA.
- 5.4.2 ANFETAMINAS. DROGAS DE SÍNTESIS.

5.5 CANNABIS.
5.6 INHALANTES.
5.7 ALUCINÓGENOS. DROGAS DE SÍNTESIS.
5.8 PATOLOGÍA DUAL.
- 5.8.1 SD. DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM.
- 5.8.2 T. PSICÓTICO.
- 5.8.3 SD. AMNÉSICO.
- 5.8.4 T. DEL EJE II: DE LA PERSONALIDAD.

Fotos 20 y 21 disquete.

5.1 CLASIFICACIÓN:

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.

F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES

F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES

F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS

F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA

F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA)

F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINOGENOS

F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLÁTILES

F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MULTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPAS

5.2 ALCOHOL.

F10.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA AL CONSUMO DE ALCOHOL

A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes:

1) Desinhibición.
2) Actitud discutidora.
3) Agresividad.
4) Labilidad del humor.
5) Deterioro de la atención.
6) Juicio alterado.
7) Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes deben estar presentes:

1) Marcha inestable.
2) Dificultad para mantenerse en pie.
3) Habla disártrica (farfullante).
4) Nistagmo.
5) Nivel de conciencia disminuido (p. e. estupor, coma).
6) Enrojecimiento facial.
7) Inyección conjuntival.

Comentario:

Foto 2

Cuando la intoxicación por alcohol es grave puede aparecer hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos.

Si se desea, el nivel de alcoholemia se puede especificar usando los códigos de la CIE-10, Y90.0-Y90.8. El código Y91.-, puede usarse para especificar la gravedad de la intoxicación si no se dispone de alcoholemia.

Por lo general la intoxicación alcohólica aguda que requiere tratamiento psíquico es la idiosincrasia, en la que suele presentarse agitación, con auto o heteroagresividad, alteraciones perceptivas, etc.

Cuando se requiere la sedación del paciente, se recomienda el empleo de neurolépticos, como levopromazina a dosis de 25-100 mg. Alternativamente también se emplean benzodiacepinas si bien presentan un mayor riesgo de depresión respiratoria o efectos paradójicos.

Con frecuencia es preciso también recurrir a la contención mecánica : indicada para prevenir auto y heteroagresiones e incluso graves, si otros métodos no han resultado eficaces, se debe aplicar con personal suficiente (5 personas) y formado, y considerar la posición de inmovilización mas adecuada para cada caso (decúbito supino o prono).

Hay que administrar el tratamiento psicofarmacológico lo mas rápidamente posible, esté o no el paciente totalmente inmovilizado; contener las medidas de contención garantizando la comodidad y seguridad, y registrar y sustraer los objetos peligrosos que el paciente pueda llevar encima. El personal auxiliar debe observar al paciente cada 15 minutos y cuidar de su higiene, hidratación y alimentación. Una vez contenida la crisis, el paciente debe ser gradualmente liberado de la contención y ser informado del motivo de la misma.

Efectos Paradójicos:

Las reacciones paradójicas suelen presentarse en pacientes con enfermedades psiquiátricas. Tales reacciones incluyen un aumento de la hostilidad y de la irritabilidad, sueños vividos, inquietudes o pesadillas. Del mismo modo se ha señalado la aparición de cuadros psicóticos e impulsos suicidas. El cuadro típico de estas reacciones se caracteriza por locuacidad, inquietud, ansiedad, euforia trastornos del sueño, excitación, hiperactividad, de furia, aumento de la espasticidad muscular e hiperreflexia. Estas reacciones aparecen frecuentemente al inicio del tratamiento y pueden ser secundarias a una cierta disminución de la ansiedad.

El tratamiento recomendado de estas reacciones paradójicas es haloperidol, 5mg. IM., repitiendo la misma dosis y vía si no han cesado a los 20-30 minutos.

Nota: Esta categoría esta siendo estudiada. Los criterios de investigación deben ser recogidos como provisionales.

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0) con la excepción de que la intoxicación patológica ocurra después de beber cantidades de alcohol insuficientes para causar intoxicación en la mayoría de las personas.

B. Existe una conducta agresiva verbal o física que no es habitual cuando la persona esta sobria.

C. La intoxicación se produce muy pronto (habitualmente en pocos minutos) después del consumo de alcohol.

D. No hay evidencia de trastorno orgánico cerebral u otros trastornos mentales.
Comentario:

Es un cuadro infrecuente. La alcoholemia encontrada en este trastorno es más baja que la que causaría intoxicación en la mayoría de la gente, p. e. menor de 40 mg/ 100 ml.

F10.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL

A. Se deben satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia (F1x.3).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

1) Temblor de lengua, párpados o manos extendidas;
2) Sudoración;
3) Náuseas o vómitos;
4) Taquicardia o hipertensión;
5) Agitación psicomotriz;
6) Cefalea;
7) Insomnio;
8) Malestar o debilidad;
9) Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles;
10) Convulsiones de gran mal.

Comentario:

Si existe delirium el diagnóstico será síndrome de abstinencia al alcohol con delirium (delirium tremens) (F10.4).

Es importante el abordaje precoz, cuando no ha sido posible la prevención de este síndrome, ya que una vez instaurado puede evolucionar hasta delirium, convulsiones u otras complicaciones respiratorias y alteraciones electrolíticas.

En general se emplean tratamientos sustitutivos, esto es, fármacos que presentan tolerancia cruzada con el etanol. Los tratamiento substitutivos requieren administrar la dosis adecuada del fármaco, en función de la intensidad clínica del cuadro de abstinencia.

Valoración de la intensidad de la abstinencia Alcohólica

	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
Ansiedad	No	+	++	+++
Sudación	No	Solo nocturna	Nocturna y diurna	Gran diaforesis
Temblor	No o fino, distal, matutino	Fino, distal, permanente	Grosero, permanente, y en la lengua	Generalizado palpable
Déficit de conciencia	No	Episodios nocturnos aislados	Episodios nocturnos y	Notorio y constante
Desorientación	No	Episodios aislados	Desorientación total	Desorientación permanente
Trastornos de la percepción	No	Solo nocturnos	Nocturnos y diurnos	Alucinaciones constantes y falsos reconocimientos
Trastornos de la memoria	No	Amnesias referidas a la noche	Amnesias referidas al día y a la noche	Amnesias de más de 12 horas
Insomnio	No	De conciliación o despertar precoz	Intermitente	Total
Hipertermia	No	No	No	Si
Psicomotricidad	Normal	Normal	Inquietud	Agitación
Delirio ocupacional	No	No	No	Si

Grado 1=0-7 Grado 2=8-15 Grado 3= 16-23 Grado 4=>24

Los tratamientos substitutivos mas utilizados son: BENZODIACEPINAS; especialmente el diazepan por su capacidad anticonvulsiva y la posibilidad de empleo parenteral.

En casos leves, a dosis de 10 a 30 mg/ día por vía oral, con progresiva reducción dentro de los 10-15 idas.

Ante sintomatología de abstinencia mas severa, administrar 20 mg de diazepan o equivalente cada 2 horas hasta la desaparición del temblor y otros signos mayores de abstinencia alcohólica, sin sobredosis la dosis total diaria de 100 mg. La dosis total requerida se repartirá en 24 horas, procediéndose una reducción diaria de un 20% aproximadamente. Recuérdese la errática absorción de las benzodiacepinas administradas por vía intramuscular por lo cual se recomienda la vía oral (también sublingual) o intravenosa lenta si el paciente vomita o esta muy agitado.

Las benzodiacepinas, especialmente el oxacepan y el loracepan, se recomiendan en pacientes hepatópatas graves y de edad avanzada (Vm corta).

Diazepan 5 mg.= loracepan 1 mg.=oxacepan15 mg.

HEMINEURINA:

También disponible para uso parenteral, con una buena capacidad anticonvulsiva y de empleo muy difundido en España.

No se recomienda sobrepasar la dosis total de 4 mg al día (un vial o 20 cápsulas).

TETRABAMATO:

Sólo disponible para administración oral, con buena tolerancia y probablemente con bajo potencial d abuso y dependencia.

En cualquier caso y sobre todo en un caso complicado con delirium, conviene prestar atención a las necesidades hidroelectrolíticas y aportar 100 mg/ día por vía IM de Tiamina (Benerva 1 amp.) y de forma precoz, para prevenir el síndrome de Wernike, sobre todo si se trata de un alcohólico crónico. Glucosado al 5% o 20 ml de solución glucosada al 50% (después de B1-B6-B12 : Benadon amp. 2 ml.=300 mg) 2 amp. IM o IV, no ha demostrado mejorar el nivel de conciencia.

Si se precisa mayor sedación, se recomienda el empleo de neurolépticos tipo Levopromocina, a dosis de 25 mg. por vía parenteral, repetible.

Si aparecen crisis convulsivas (se presentan en un 3-10% de los casos no tratados , por lo general aparecen en las primeras 48h. y no requieren tratamiento) en numero superior a 2 o persisten tras 48h. hay que aumentar la administración de benzodiacepinas (1710.06, intoxicación aguda con convulsiones, y 1710.41, síndrome de abstinencia con delirium y convulsiones).

F10.52 ALUCINOSIS ALCOHOLICA (291.3)

Es característico de este cuadro la existencia de alucinaciones, generalmente auditivas, que el paciente presenta estando vigil y bien orientado, lo que lo distingue de otros cuadros alucinatorios alcohólicos crónicos donde el nivel de conciencia es difuso. Es mas frecuente en varones que en

mujeres y con una dependencia de alcohol superior a 10 años de evolución. Las alucinaciones auditivas suelen ser de forma amenazante y son vividas por el enfermo con ansiedad, miedo y en ocasiones se acompaña de agitación.

La claridad y viveza de las alucinaciones hace que el paciente actúe como si las voces fueran reales. A partir de la remisión, las alucinaciones van desapareciendo y el paciente es capaz de hacer una correcta critica de las mismas.

En función de la intensidad del cuadro alucinatorio y según el riesgo que comporte el estado del enfermo, puede ser preciso el ingreso hospitalario. Se instaurara tratamiento con antipsicóticos: butirofenonas (de 5-10 mg día) o fenotiacinas (hasta 600 mg./día), o fenotiacinas.(hasta 9 mg./día), y benzodiacepinas (hasta 40 mg/ día de diazepan o equivalente)

F10.511 CELOTOPIA Y PARANOIDISMO ALCOHOLICOS (291.5)

El deliro celotípico de los alcohólicos es un cuadro interpretativo, con interpretaciones laxas y poco sistematizadas, que tiende a cronificarse a pesar de la abstinencia. Suele provocar agresividad.

F.10.2 DEPENDENCIA ALCOHOL.

Son criterios, los vistos en el primer capítulo, recogidos en DSM-IV-TR y CIE-10.

CINARAMINA CÁLCICA. DISULFIRAM.

En el abordaje farmacológico, históricamente se han utilizado los interdictores (antidipsotrópicos, aversivos), tales como: cinaramina cálcica (Colme), disulfiram (Antabús), otros medicamentos y sustancias también los provocan (coprinus atramentarius, hongo comestible distribuido por toda España; algunos fármacos: antibióticos, antifúngicos , antiparasitarios ...).

Cuando el paciente ha asumido que debe estar abstinente y el clínico considerar que es un objetivo asumible en el proceso, los fármacos dipsotrópicos , pueden evitar un primer consumo de alcohol involuntario o inadvertido, que podría conducir a una recaída. No aconsejable en pacientes con craving de consumo etílico, pues la reacción “ efecto antabus “, consistente en una especia de “ intolerancia “ a el acumulo de acetaldehído, a nivel periférico, puede ser perjudicial en mayor o en menor grado para la salud del paciente. Tampoco se pretende un efecto punitivo, sino simplemente disuasorio del mismo. Se recomienda el consentimiento informado , en el cual se explica al paciente y acompañante del riesgo de una reacción acetaldehídica grave si llegara a ingerir bebidas alcohólicas, incluso 7-15 días después del último comprimido de disulfiram. También recordarles productos alimentarios (vinagres) , cosméticos(colonias, masajes,...) medicamentos líquidos (jarabes,...) que pueden contener alcohol y, por consiguiente, deberán evitar.

Las contraindicaciones absolutas del disulfiram son la presencia de cardiopatía, neumopatía grave, epilepsia y psicosis agudas. El tratamiento continuado con disulfiram produce una inhibición de la enzima aldehido-deshidrogenasa, que en algunos pacientes puede persistir durante más de 7 días. Los preparados intramusculares, injertos subcutáneos, tampoco mejorarían

en nada el comportamiento farmacocinético ni farmacodinámico del propio fármaco, que se debe admistrar en dosis día (250 mg) de 1 comprimido por via oral, o en comprimidos dispersables, en días alternos, y permiten que otra persona pueda supervisar su cumplimiento.

La cinaramina, en cambio, es un inhibidor reversible, cuyo efecto aparece a las pocas horas de su administración y desaparece al día siguiente. Su dosis es de 50 mg cada 12 horas, en forma de solución oral y, puesto que no produce inhibición de la enzima dopamina-B-hidroxilasa, no interfiere en el metabolismo de la dopamina y puede ser administrada en pacientes psicóticos.

ACAMPROSATO (Campral, Zulex):

Su presencia en el mercado desde hace 5 años en nuestro país, han permitido ofrecer a estos pacientes un tratamiento farmacológico de su deseo patológico " craving ".

En diversos ensayos clínicos y en estudios de seguimiento de pacientes en tratamiento demuestran su superioridad frente a placebo para disminuir la tasa de recaídas.

Su efectividad es sobre todo, en paciente abstinente de consumo. La dosis de 6 comprimidos diarios repartidos a lo largo del día, hacen, sin embargo, difícil el buen cumplimiento posológico.

Su mecanismo de acción parece estar relacionado con un efecto antagonista de los receptores NMDA, que conseguirían una reducción de la hiperexcitabilidad neuronal, la cual persistiría tras la desintoxicación y bloquearía así los posibles estados de abstinencia condicionada, que podrían conducir al consumo de alcohol.

Dosis habitual es de 2 comprimidos (333 mg) 3 veces al día, que se reduce a 4 comprimidos por día para las personas con menos de 60 kg de peso.

Se tolera bien, no metabolismo hepático, son efectos descritos indeseables: diarrea, molestias gastrointestinales, cefalea, inestabilidad, casi siempre leves y pasajeros.

Estaría contraindicado en pacientes con hipercalcemias, litiasis renales e insuficiencias renales.

El inicio de acción aparece a los 7-10 días de tratamiento, la duración del tratamiento oscila entre los 6-12 meses. Se pueden utilizar en diferentes fases del proceso, pero es de máxima eficacia en la fase de abstinencia (en la deshabituación).

NALTREXONA (Antaxone, Celupan, Revia):

Es un antagonista de los receptores opiáceos (u, γ, κ) su inclusión en los programas de tratamiento de alcoholismo se basa en la reducción del craving que produce en los pacientes que mantienen el consumo de alcohol, por bloqueo del refuerzo positivo que provoca la propia ingesta.

Será de elección en pacientes no abstinentes, poco motivados para la abstiencia o en objetivo parcial de reducción de la ingesta etílica diaria.

La posología recomendada es un comprimido o cápsula de 50 mg / día. Dosis inferiores 25 mg / día, pueden ser eficaces. Son contraindicaciones la insuficiencia hepática de pacientes, marcadas a nivel clínico por aumento de bilirrubina.

Foto 1

F.10.1 ABUSO ALCOHOL.

Fármacos como *naltrexona*, disminuyen la ingesta de alcohol, tanto en pacientes con dependencia de alcohol, como de bebedores excesivos, generalmente asociados a programas de intervención cognitivo-conductuales y con un seguimiento periódico de loas intervenciones. El efecto se inicia en 20-30 minutos y permanece 24-36 horas, pudiendo ser utilizado de forma discontinua en los pacientes que lo requieran.

Fármacos antiepilépticos como *lamotrigina* (Lamictal), *gabapentina* (Neurontin), *oxcarbamacepina* (Trileptal), son prometedores en esta indicación, por reducción de la impulsibidad del paciente, normalizando la conducta y actuando en el " priming " (elevación del deseo consumo tras el primer trago etanol), facilitando el manejo del paciente y aumentando las tasas de retención en los servicio de atención de esta problemática.

Las posologias más cómodas , las proporcionan lamotrigina , dosis única o doble de 50-400 mg / día, oxcarbamacepina (300-600 mg cada doce horas), gabapentina (300-600 , cada 8 horas). Normalmente muy bien toleradas, estabilizando incluso la esfera efectiva del paciente y la ansiedad concomitante**.**

5.3 OPIÁCEOS.

Foto amapola(Foto 19).

F11.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA AL CONSUMO DE OPIOIDES

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en alguno de los siguientes:

1) Apatía y sedación;
2) Desinhibición;
3) Elentecimiento psicomotor;
4) Deterioro de la atención;
5) Juicio alterado;
6) Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes:

1) Somnolencia;
2) Habla farfullante;
3) Contracción pupilar (excepto en la anoxia por sobredosis grave cuando ocurre dilatación pupilar).
4) Nivel de conciencia disminuido (p. E . estupor y coma).

Comentario:

En la intoxicación aguda por opioides cuando es grave, se puede acompañar de depresión respiratoria (e hipoxia), hipotensión e hipotermia.

F11.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIOIDES

A. Se deben satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia (F1x.3). (Recuérdese que un síndrome de abstinencia a opioides puede ser reducido tras la administración de un antagonista a opioides después de un breve período de consumo de opioides).

B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:

1) deseo imperioso de drogas opioides;
2) rinorrea y estornudos;
3) lagrimeo;
4) dolores musculares o calambres;
5) calambres abdominales;
6) nauseas o vómitos;
7) diarrea;
8) dilatación pupilar;
9) pilo erección o escalofríos
10) taquicardia o hipertensión;
11) bostezos:
12) sueño sin descanso.

C. Los síntomas del criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Manifestaciones clínicas de la abstinencia de opiáceos

Manifestación clínica	DSM-IV (17)	UHD Hospital Sant Pau. Barcelona (18)	UHD Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona (12)	UHD Hospital del Mar. Barcelon (19,20)	Kleber y Gold (21)	Schuckit (22)	Freixa, Masferrer y Sala (10)	Kaplan (23)
Sintomatología psíquica								
Ansiedad o miedo			X		X		X	X
Craving	X		X		X	X		X
Sintomatología general autónoma								
Bostezos	X	X	X	X	X	X	X	X

Sudación	X	X	X	X	X	X	X	X
Lagrimeo	X	X	X	X	X	X	X	X
Rinorrea	X	X	X	X	X	X	X	X
Midriasis	X		X	X	X	X	X	X
Palpitaciones		X	X	X			X	X
Calor/frío		X	X		X	X		X
Piloerección	X	X	X	X	X	X	X	X
Eyaculación espontánea			X		X	X	X	
Sintomatología neuromuscular								
Inquietud motora		X	X	X	X		X	X
Dolores óseos y musculares	X	X	X	X	X		X	X
Temblores		X	'X		X	X		X
Astenia		X				X		
Sintomatología gastrointestinal								
Calambres abdominales		X		X		X	X	X
Diarrea	X	X	X	X	X	X	X	X
Náuseas o vómitos	X	X	X	X	X	X	X	X `
Anorexia		X	X	X	X	X	X	
Trastornos del sueño								
Sueño interrumpido	X	X	X	X	X	X	X	X
Insomnio	X	X	X	X	X	X	X	X

Otros trastornos inducidos por opiáceos:

Delirium por intoxicación por opiáceos.

Es más probable que aparezca este trastorno cuando los opiáceos y opioides se consumen en dosis altas, se mezclan con otros compuestos psicoactivos, o los consume una persona con lesiones cerebrales preexistentes o algún trastorno del S.N.C..

Trastorno psicótica inducido por opioides.

Este trastorno puede empezar durante la intoxicación. El especialista puede especificar si los síntomas predominantes son alucinaciones o ideas delirantes.

Trastorno del estado de ánimo inducido por opioides.

Este trastorno puede empezar durante la intoxicación. Los síntomas del trastorno del estado de animo inducido por opioides pueden ser de naturaleza maniaca, depresiva o mixta, según la respuesta individual a estas sustancias.

Trastorno del sueño y Disfunción sexual inducido por opioides.

La hipersomnia suele aparecer con más frecuencia que el insomnio. La disfunción sexual más corriente es la impotencia.

Trastorno relacionado con opioides no especificado.

A los cuadros que no encajan en ninguna de estas categorías.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

F11.0 INTOXICACIÓN AGUDA

Cuando requiere tratamiento, suele ser por los efectos depresores sobre la función respiratoria y el riesgo de muerte (F11.02).

El tratamiento de elección consiste en la administración de un antagonista opiáceo, por lo general naloxona -por vía intravenosa si es necesario- precisándose con frecuencia el empleo de una segunda o tercera dosis de 2 ampollas de 0.4 mg.

En cualquier caso hay que tener presente la escasa persistencia del efecto de la naloxona (unas 2 horas), por lo que conviene mantener una perfusión continuada -p. E j., 2 ampollas en

500 ml suero, que hay que perfundir en 4 horas, o repetir dosis i. m. o s. c. cada 2 horas-; si la intoxicación opiácea es por heroína, deberá mantenerse la perfusión de naloxona durante al menos 6 horas, y durante 24 horas si la intoxicación es por metadona.

Foto 3

El efecto de la naloxona debe ser rápido; si 5 min. después de la administración de 0.4 mg no remite el cuadro, deberá repetirse la administración, y una tercera vez si es preciso. Si tras administrar 1.2 mg no se obtiene mejoría, será preciso pensar en otra etiología (intoxicación por benzodiacepinas asociada,...).

A menudo el tratamiento con antagonistas no sólo invierte la sobredosificación, sino que puede precipitar un cuadro de abstinencia, por lo que conviene monitorizar adecuadamente el tratamiento. Si esto sucede con las primeras administraciones de naloxona, hay que prever la posibilidad de la reaparición de la depresión respiratoria a los pocos minutos.

F11.2 Síndrome de dependencia a opiáceos

Clásicamente el tratamiento de deshabituación a opiáceos se aborda desde una perspectiva multimodal, con recurso a ingreso en centros de media estancia como comunidad terapéutica (síndrome de dependencia a opiáceos en la actualidad en medio protegido: F11.21) y tratamientos ambulatorios -tanto asociados al empleo de fármacos agonistas, antagonistas o un programa libre de drogas-.

A nivel farmacológico destaca el uso de antagonistas opiáceos y de los mantenimientos con metadona.

La naltrexona utilizable por vía oral y cuya vida media permite su empleo cada 48-72 horas suele indicarse en sujetos con un bajo nivel desadaptativo previo, con una historia relativamente corta de dependencia, en ausencia de patología psicótica asociada y con un entorno sociofamiliar relativamente conservado.

El tratamiento (F11.23: síndrome de dependencia a opiáceos, en la actualidad en abstinencia por tratamiento con aversivos o bloqueantes) se inicia una vez eliminada toda dependencia metabólica -lo que se constata con la administración de naloxona como test para evidenciar la ausencia de clínica de abstinencia, a pesar del uso de antagonistas a dosis de 25 mg/ día que se incrementan hasta 50 mg/ día a partir del cuarto o quinto día de tratamiento. Para facilitar el cumplimiento del tratamiento se emplea también el esquema de 100 mg los lunes y miércoles, y 150 mg los viernes.

Las contraindicaciones para el empleo de naltrexona se circunscriben al embarazo y a la hepatopatía aguda grave; se aconseja precaución en el uso con pacientes psicóticos -en principio candidatos a mantenimiento con metadona- y en hepatópatas crónicos sin insuficiencia hepática.

Con cierta frecuencia el tratamiento con antagonistas opiáceos se acompaña de la aparición de abuso de otras sustancias, no presente anteriormente.

Alternativamente se presentan los programas de mantenimiento con agonistas, normalmente metadona (F 11.22). Son de aplicación en pacientes con patología psiquiátrica severa, largo historial de repetidos fracasos en el tratamiento de la drogodependencia, entorno sociofamiliar deteriorado, patología orgánica grave o embarazo; también se han implicado para reducir la prevalencia de la infección por el VIH. Se basan en la administración diaria de metadona en un amplio espectro de dosis que no suelen superar los 200 mg al día.

Una vez ajustada la dosis de estabilización, ésta se mantiene durante varios meses, a la espera de una lenta y progresiva reducción, que no siempre es posible, sobre todo en los sujetos con un mayor índice de marginalidad o de alteración psicopatológica.

Son programas en los que el paciente se mantiene por lo general durante los periodos largos de tiempo, entre 1 y 4 años con frecuencia.

Al igual que en el caso de los pacientes alcohólicos, la presencia de enfermedad psiquiátrica asociada ensombrece el pronóstico del tratamiento de la heroinomanía.

F11.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS

Básicamente son dos las opciones de tratamiento farmacológico, que a menudo se usan conjuntamente.

La primera opción consiste en el empleo de un sustituto opiáceo, por lo general metadona, a dosis de 10-20 mg, que se repite cada 45 a 90 min. hasta el control de la clínica; la dosis se mantiene durante 24 a 48 horas, y se inicia la retirada procurando no sobrepasar el 20 % de reducción diaria.

Alternativamente se puede calcular la dosis equivalente de metadona con respecto a la heroína consumida, aplicando la equivalencia de 2.5 mg de metadona por cada miligramo de heroína pura y partiendo de la base de que la heroína de venta habitual no sobrepasa el 5 % de pureza; esta dosis equipotente se administra el primer día de tratamiento dividida en cuatro tomas, y se procede a la reducción, como se ha indicado.

El tratamiento sustitutivo provoca con frecuencia numerosas demandas por parte de los pacientes, que suelen percibir la reducción en las dosis de opiáceo. Además, es fácil que las dosis de metadona necesarias sean altas, con lo que el proceso de reducción se prolongue.

Por ello es interesante poder emplear un tratamiento no sustitutivo, con el que ni la duración ni la dosis dependen de la cantidad de droga consumida - sí del peso del paciente y de la duración del síndrome de abstinencia del producto opiáceo-.

Los fármacos usados son agonistas alfa-dos-adrenérgicos, que reducen la hiperactividad noradrenérgica, que se postula que esta en la base de la etiopatogenia del síndrome de abstinencia. Los dos más difundidos son la guanfacina, a dosis entre 1.5 y 4.5 mg / día, durante 8-10 días, y la clonidina, a dosis de 0.45 a 1.2 mg /día, con la misma duración.

No existen datos concluyentes sobre que tipo de tratamiento de desintoxicación ofrece más ventajas y bienestar para el paciente.

Para tratamientos de desintoxicación hospitalaria, recomendamos utilizar una pauta mixta que incluye la administración de guanfacina (con efectos hipotensores y bradicardizantes mucho menores que los de la clonidina), a dosis de 3 mg/70 Kg de peso, y metadona v. o., a dosis sustitutivas, según se ha indicado, que se retirará a un ritmo del 25 % diario a partir de las 48 horas de tratamiento. Retirada la metadona se efectuará un test de naloxona, tras 24 horas; si este es satisfactorio, se retirará la guanfacina 24 horas después y se dará el tratamiento por finalizado.

Para tratamientos domiciliarios deberán recomendarse condiciones semejantes a los de la hospitalización (p. Ej ., un familiar responsable de la medicación, no salidas del domicilio, control de llamadas telefónicas,...), administrándose la misma pauta de guanfacina con propoxifeno en este caso y únicamente en consumidores de mas de 0.5 g de heroína al día o que hayan fracasado en un primer intento sin sustitutivos.

Tanto en el caso de tratamiento sustitutivo como en el tratamiento con agonista alfa dos se suele precisar la adición de hipnóticos -tanto benzodiacepínicos como inductores del sueño, como neurolépticos a dosis bajas para el mantenimiento del mismo- y de analgésicos -p. E j ., paracetamol-

En el caso de un paciente estabilizado en una dosis, puede ser necesario aumentarla cuando se introduzca algún tratamiento inductor hepático (rifampicina) o desaconsejar un tratamiento inhibidor metabólico como la cimetidina, que puede aumentar la toxicidad opiácea.

En caso de tratarse de un paciente sometido a ayuno obligado deberá mantenerse el tratamiento con metadona utilizando la vía subcutánea o intramuscular (IM) (según la dosis y el volumen que se deba inyectar); se recomienda administrar la misma dosis que se administraría por vía oral, fraccionándola en 2 dosis separadas por,: 12 horas si la dosis total es superior a 40 mg.

Para los pacientes en mantenimiento con metadona (antes del ingreso hospitalario o durante éste) con necesidad de analgesia postoperatoria lo indicado es utilizar un agonista de acción breve como la meperidina (debe evitarse la pentazocina por su acción antagonista parcial).

El tratamiento de los signos y síntomas asociados al desajuste de los sistemas neurológicos alterados por el consumo crónico de drogas, fundamentalmente opiáceos, o síndrome de abstinencia, constituye el objetivo fundamental de este programa.

Al igual que en el alcoholismo, la confección de una historia clínica integral, es básica para decidir las estrategias de intervención, sobre todo las referentes al tipo, lugar de tratamiento(ambulatorio u hospitalario), y al diagnóstico de los procesos morbosos concomitantes.

Generalmente se acepta que los drogodependientes con consumos elevados mantenidos durante tiempo, casi siempre politoxicómanos, o aquellos con trastornos orgánicos o psiquiátricos graves, o que carezcan de soporte familiar o que en éste se consuma, u otras circunstancias como embarazo, son subsidiarios de tratamiento hospitalario, aunque siempre la decisión la determinará el equipo que diseñe el proceso a seguir.

El tipo de tratamiento a utilizar dependerá, entre otros, del tipo de opíoide y la dosis diaria, del consumo concomitante de otras sustancias, a este respecto el consumo de Flunitrazepan, según nuestra experiencia, es signo de peor pronóstico en la evolución, del estado psico-orgánico, del número de desintoxicaciones previas, y por supuesto del grado de motivación.

En este programa no se admiten "urgencias», debe ser planificado, y ser voluntario, con un contrato terapéutico escrito que regule las condiciones en las que ha de realizarse. No se informa al paciente de los fármacos utilizados. En nuestra Unidad no se utilizan nombres comerciales, siendo su presentación en cápsulas de un mismo color.

Su aplicación en régimen ambulatorio exige el apoyo familiar.

En la práctica se observa que la desintoxicación conseguida de manera tolerable, alcanza mayor cumplimiento del programa, y posibilita condiciones favorables para la aplicación de otras modalidades terapéuticas.

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA

1.-Fármacos específicos.

1.1.- Agonistas alfa-2 adrenérgicos presinápticos: Clonidina (Catapresán) y Guanfacina (Estulic), Tizanidina (Sirdalud).

Inhiben la hiperactividad del locus coeruleus, responsable de la sintomatología noradrenérgica (lagrimeo, rinorrea, diarrea, náuseas, etc.). Su acción sobre el resto del cuadro (mialgias, insomnio, deseo de consumo, etc.) es inexistente.

La hipotensión y la bradicardia son los efectos secundarios más relevantes. La posología está en función del peso del paciente, y las pautas farmacológicas reductivas suelen durar unos 10 días. (menor en Tizanidina, lo que la hace de elección en pautas ambulatorias, actuando sobre las mialgias por ser un relajante muscular central, en médula espinal, no benzodiacepínico).

Las drogodependencias moderadas o leves constituyen sus indicaciones principales.

1.2.- Agonistas opiáceos en pauta decreciente:

1.2.1.- Metadona (Metasedin):

foto 5

Muy efectivo en la supresión de la sintomatología, carente prácticamente de efectos secundarios, y con índices de retención mayores que con los agonistas adrenérgicos.

Las pautas mixtas con Metadona durante tres días y agonistas alfa 2, acortan el tiempo de desintoxicación, el cual constituye el principal inconveniente para los casos de incorporación del enfermo a los programas con antagonistas.

Las dependencias graves, politoxicomanías severas, embarazo, trastornos orgánicos, medio hospitalario, etc. son algunas de sus indicaciones. Con posologías iniciales de 30 miligramos y reducciones progresivas, se consigue un perfecto control de la sintomatología.

Foto 4

1.2.2.- Dextropropoxifeno (Deprancol):

Con efectos secundarios a dosis superiores a 1200 mg/ día (crisis epilépticas, psicosis tóxicas), de ahí que en consumidores importantes es poco efectivo. En tratamientos ambulatorios hay que tener presente su interacción sinergista con el alcohol, el cual compite con los sistemas metabólicos hepáticos, aumentando los niveles sanguíneos del dextropropoxifeno.

1.2.3.- Brupenorfina (Buprex. Prefin):

Las experiencias clínicas con este agonista-antagonista de los receptores opiáceos, en los estudios de desintoxicación, parecen evidenciar resultados satisfactorios, sobre todo, al acortamiento del tiempo, para la administración de antagonistas.

1.2.4- Tramadol (Adolonta, EFG):

Muy buena afinidad a los receptores mu, lo que le capacita para una buena analgesia y Sd. Abstinencia bien tolerado. Dosis repartidas cada 4-6 horas, varían entre 50-100-150 mg / 4-6 horas, en pautas decrecientes.

2.- Fármacos coadyuvantes
En función de la variada sintomatología por las dependencias mixtas

2.1.- Benzodiacepinas

Dosis de 20 mg de diazepan al día suelen ser suficientes para tratar la ansiedad.
Las benzodiacepinas de vida media corta y sobre todo la Trazodona (Deprax), molécula no diacepínica con acción antidepresiva , proporciona muy buenos resultados en el control del insomnio rebelde, en adictos consumidores de Flunitrazepan.

2.2.- Otros:

Neurolépticos sedantes.
Analgésicos.(Paracetamol, Ibuprofeno,...).
Medicación sintomática.

3.- Desintoxicaciones rápidas con antagonistas opiáceos.

Fundamentadas en la disminución del tiempo utilizado en la desintoxicación y el empleo precoz de antagonistas.
Aunque su aplicación puede desarrollarse en el medio ambulatorio, las denominadas pautas ultracortas", (12 horas) se deben practicar, al menos, en régimen de hospitalización parcial.
Existe una variedad que abarca desde la ultracorta a pautas de 3-4 ó 5 días, en ellas se utiliza la combinación de antagonistas opiáceos (Naltrexona, Naloxona) junto a agonistas adrenérgicos(Clonidina).

En las ultracortas, se combinan con un antiemético con efectos ansiolíticos (Ondansetron, Zofran) y una benzodiacepina hipnótica (Midazolam, Dormicum). En las desintoxicaciones cortas (24 horas) de metadona, se añade Flumazenil (Anexate), antagonista de las benzodiacepinas, para revertir la sedación secundaria a las dosis elevadas de Midazolan.
En todas, el paciente sale inducido con Naltrexona (Celupan, Antaxone, Revia).
A modo de ejemplo, se expone una pauta de desintoxicación ultracorta: Comienza a las 12 horas del último consumo de heroína.

9 horas	Midazolam Ondansetron Clonidina	Vía oral Vía Oral Vía oral	30-60 mg. 4-8 mg. 0,3 mg.
9,10 horas	Naltrexona	Vía oral	50 mg.
9, 25 horas	Naloxona	Vía subcutánea Vía nasal(spray)	0,4-0,8 mg. 4 mg.(P. original)
21 horas	Ondansetron Naltrexona	Vía oral Vía oral	4-8 mg. 50 mg.

Se puede añadir medicación sintomática - analgésicos, rehidratación, antiulcerosos, etc- .

5.4 ESTIMULANTES

5.4.1-CONCEPTO

La cocaína y las anfetaminas provocan las adicciones desenfrenadas. La cocaína es una sustancia natural que se encuentra en las hojas de coca. En el siglo XIX, el principio activo, cocaína, fué purificada e identificada su estructura química. Se descubrió que era un poderoso anestésico local, especialmente para paralizar las mucosas de la nariz, garganta y ojos. Un primer exponente del consumo médico y por placer de la cocaína fué Sigmound Freud, que negaba que fuese adictiva. En Europa y mas tarde en Norteamérica se generalizó el uso de la cocaína como tónico.

La anfetamina es un producto de la industria farmacéutica. Sin embargo en la naturaleza existe también un arbusto llamado Khat que contiene una sustancia llamada cathiona que difiere en sólo un átomo de la anfetamina. Las poblaciones nativas de Etiopía y Somalia han masticado hojas de khat desde tiempos inmemoriales, igual que los peruanos de los andes masticaron hojas de coca .

5.4.2-EFECTOS SOBRE EL S. N, C.

La tarea de explicar las acciones de la cocaína y de las anfetaminas se hacen relativamente fácil, pues las anfetaminas se parecen mucho a la dopamina y a la norepinefrina, dos de los principales neurotransmisores contenidos en las vías cerebrales que regulan la conducta emocional.

Sean cuales fueren los mecanismos moleculares precisos, el resultado final se explica muy fácilmente. Los efectos alertadores y estimulantes de la cocaína y las anfetaminas son producidos por la intensificación de la actividad noradrenalínica en el córtex cerebral.

La euforia suscitada por estas drogas implica probablemente al sistema límbico.

El aumento de la fuerza muscular y de resistencia que nota el usuario puede atribuirse en parte a la general elevación de su estado de ánimo y de su estado más alerta, pero también a la estipulación de las neuronas norepinefrínicas que regulan la actividad muscular.

Naturalmente, nadie sostiene con absoluta seguridad que la anfetamina la cocaína o cualquier otra produzca un efecto en la conducta por medio de un mecanismo neurona¡ específico.

La respuesta a cómo las anfetaminas y la cocaína provocan una psicosis similar a la esquizofrenia es también bastante clara. De la multitud de drogas que influyen sobre el SNC -el alcohol, los barbitúricos, las drogas psicodélicas , la marihuana, y tanta otras- sólo las estimulantes y las neurolépticas producen efectos mentales estrechamente asociados con el proceso esquizofrénico. De todas las drogas psicoactivas son éstas las que más selectivamente influyen en los sistemas dopamínicos del cerebro.

El principal efecto farmacodinámico de las anfetaminas, que está relacionado con sus efectos conductuales, el bloqueo competitivo de la recitación dopaminérgica a través del transportador de la dopamina. Este mecanismo de bloqueo aumenta la concentración de dopamina en el espacio sináptico, y esto conduce a una mayor activación tanto de los receptores dopaminérgicas D1 como de los D2. La cocaína también bloquea la recaptación de otra catecolamina, la noradrenalina y de la serotonina. También se asocia a un glucosa descenso del flujo sanguíneo en el cerebro, y al desarrollo de áreas en las que se observa una hipofuncionalidad de la glucosa.

La COCAÍNA actúan básicamente liberando catecolaminas (dopamina principalmente) de los terminales presinápticos. Los efectos son especialmente potentes sobre las neuronas dopaminérgicas que proyectan desde el área tegmental ventral al córtex y áreas límbicas.

F14.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA AL CONSUMO DE COCAÍNA

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades perceptivas incluyéndose alguno de los siguientes:

1) Euforia o sensación de aumento de energía;
2) Hipervigilancia;
3) Creencias o actos grandiosos;
4) Agresividad;
5) Actitud discutidora;
6) Labilidad del humor;

7) Conductas repetitivas, estereotipadas;
8) Ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
9) Alucinaciones, normalmente con la orientación conservada;
10) Ideación paranoide;
11) Interferencia con el funcionamiento personal.

C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1) Taquicardia (a veces bradicardia);
2) Arritmias cardíacas;
3) Hipertensión (a veces hipotensión);
4) Sudoración y escalofríos;
5) Náusea y vómitos;
6) Pérdida de peso evidente;
7) Dilatación pupilar;
8) Agitación psicomotriz (a veces elentecimiento);
9) Debilidad muscular;
10) Dolor en el pecho;
11) Convulsiones.

Comentario:

En los consumidores de cocaína, la interferencia en el funcionamiento personal se manifiesta tempranamente en las interacciones sociales variando de una extensa sociabilidad al aislamiento interpersonal**.**

F15.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTES INCLUYENDO LA CAFEÍNA.

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades de la percepción como se evidencia en al menos uno de los siguientes:

1) Euforia o sensación de aumento de energía;
2) Hipervigilancia;
3) Creencias o actos grandiosos;
4) Agresividad;
5) Actitud discutidora;
6) Labilidad del humor;
7) Conductas repetitivas, estereotipadas;
8) Ilusiones auditivas, visuales o táctiles;
9) Alucinaciones con la orientación conservada;
10) Ideación paranoide;
11) Interferencia con el funcionamiento personal.

C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1) Taquicardia;
2) Arritmias cardíacas;
3) Hipertensión (a veces hipotensión);
4) Sudoración y escalofríos;
5) Náusea y vómitos;
6) Pérdida de peso evidente;
7) Dilatación pupilas;
8) Agitación psicomotriz;
9) Debilidad muscular;
10) Dolor en el pecho;
11) Convulsiones.

Comentario:

La interferencia en el funcionamiento personal se manifiesta más tempranamente que en consumidores de otras sustancias y varía de una extrema sociabilidad al aislamiento interpersonal.

F 14.2 -DEPENDENCIA DE COCAINA. (304.20):

La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella.

Debido a la corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia a cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga. Los sujetos con dependencia de cocaína a menudo necesitan descontinuar el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, como el cuidado de los hijos, pueden abandonarse para obtener o consumir la cocaína.

Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión, y pérdida de peso.

La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración.

Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas.

F 14.1 ABUSO DE COCAÍNA. (305.60).

La intensidad y la frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en periodos breves de tiempo

(horas o días) seguidos por periodos más largos (semanas o meses de consumo ocasional o de abstinencia sin problemas.

Los problemas legales pueden ser resultado de la posesión o el consumo de la droga.

Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso.

F14.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A COCAÍNA.

A. Se deben satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia (F1x.3).

B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).

C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1) letargo y fatiga;
2) elentecimiento o agitación psicomotriz;
3) deseo imperioso de cocaína;
4) aumento del apetito;
5) insomnio o hipersomnia;
6) sueños extraños o desagradables.

Foto planta cocaína(foto 18).

Los síntomas del criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tras el cese del consumo o tras una intoxicación aguda, la depresión postintoxicación ("crash") se caracteriza por disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, hipersomnia, y, a veces, agitación.

Con un consumo leve o moderado, los síntomas de abstinencia aparecen en 18 horas. Con un consumo importante, como el que se observa en la dependencia de cocaína, los síntomas pueden durar una semana alcanzando su pico a los 2-4 días. Algunos pacientes también refieren síndromes de abstinencia que han durado semanas o meses.

Los síntomas de abstinencia también pueden asociarse a ideas suicidas. Durante la abstinencia, el "craving" puede ser muy intenso, porque la persona cree que tomando cocaína desaparecerán sus síntomas. Estas personas a menudo intentan automedicarse con alcohol, sedativos, hipnóticos o ansiolíticos.

OTROS TRASTORNOS INDUCIDOS POR ESTIMULANTES:

Delirium inducido por estimulantes:

Al aumentar la dosis o la duración de la administración, la estimulación eufórica se convierte en disfórica.

En la mayoría de las intoxicaciones por estimulantes, una mezcla de ansiedad e irritabilidad se acompaña en seguida a los efectos eufóricos deseados La ansiedad oscila entre una estimulación disfórica leve y la paranoia extrema o un delírium similar similar a la angustia.

En la forma moderada se produce un estado de descarga simpática global , que se parece mucho a una crisis de angustia y que se suele asociar con temor a la muerte inminente provocada por el estimulante. Normalmente no existe desorientación, pero puede haberla. En las formas más graves se produce una psicosis orgánica con desorientación.

Cuando hay un verdadero delirium se requieren neurolépticos y contenciones físicas.

No obstante, se debe ser extraordinariamente prudentes a la hora de tratar el delirium inducido por estimulantes, ya que dichos síntomas pueden indicar una sobredosis inminente. En

estas circunstancias , el control médico urgente es absolutamente prioritario sobre el control psiquiátrico

.

Ideas delirantes causadas por estimulantes.

Las psicosis delirantes pueden presentarse después del consumo de dosis altas y repetidas (binges) de estimulantes.

Se han inducido experimentalmente mediante anfetamina en sujetos normales y parecen estar más relacionados con la cantidad y duración de la administración de estimulantes que con la predisposición a la psicosis. No se han producido experimentos idénticos con cocaína pero si parecidos.

El contenido delirante suele ser paranoide y, si es leve, el individuo que abusa de estimulantes puede ser consciente y los temores inducidos son una consecuencia de la ingesta inmediatamente previa de estimulantes. No obstante, si es grave, el enjuiciamiento de la realidad está completamente deteriorado y se debe ser cauto.

Las ideas delirantes provocadas por cocaína son habitualmente transitorias y desaparecen después de la normalización del sueño. Las ideas por anfetamina acostumbran a ser más breves, pero los clínicos refieren episodios prolongados que pueden durar varios días.

No se han descrito fenómenos de flash back o un resurgimiento demorado de síntomas en las psicosis inducidas por estimulantes.

Disforia tras el consumo de estimulantes.

Cuando un episodio de consumo de estimulantes consiste en varias readministraciones secuenciales o en dosis considerables, incluso en un

consumidor no dependiente, al cesar el consumo el estado de ánimo no vuelve hasta la línea basal, sino que desciende hasta la disforia.

Esta disforia (síntomas de abstinencia aguda) llamada crash por los sujetos que abusan, normalmente autolimitada y se resuelve después del sueño.

Clínicamente el crash imita totalmente a una depresión unipolar con melancolía, excepto por su comparativamente breve duración.

La depresión por el crash puede ser extremadamente grave y consistir en ideación suicida potencialmente letal, aunque temporal, que remite completamente cuando se acaba el crash.

F15.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OTROS ESTIMULANTES, INCLUYENDO CAFEÍNA

A. Se deben satisfacer criterios generales con síndrome de abstinencia (F1x.3).

B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).

C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1) letargo o fatiga;

2) retardo o agitación psicomotriz;
3) deseo imperioso de drogas estimulantes;
4) aumento del apetito;
5) insomnio o hipersomnio;
6) sueños extraños o desagradables.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICOS

INTOXICACIÓN AGUDA (F14.0 y F15.0)

A nivel conductual la intoxicación (F14.04 y F15.0) por estimulantes puede provocar la aparición de crisis ansiosas e incluso de una psicosis tóxica con alucinaciones auditivas, visuales o táctiles (F14.04 y F15.04).

A nivel orgánico destacan las complicaciones cardiovascu¡ares y la posible aparición de hipertermia.

La intoxicación aguda se tratará con benzodiacepinas, ya que por la existencia de una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos, especialmente en adictos a la cocaína, pueden provocarse importantes efectos extrapiramidales si se administran neurolépticos. Además, se ha referido un aumento del craving cocaínico después de la administración de dosis bajas de neurolépticos.

Se dejará en manos del especialista el tratamiento de arritmias si se presentan (propanolol), teniendo en cuenta que en este caso está contraindicado el uso de fisostigmina (riesgo de convulsiones).

SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F14.2 y F15.2)

El consumo continuado de estimulantes suele suponer la aparición de confusión, irritabilidad, sintomatología depresiva, suspicacia y paranoidismo.(F14.51 y F15.51).

Hay que destacar los ensayos con antidepresivos (desimipramina, fluoxetina,reboxetina,venlafaxina, etc.); agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, amantadina y pergolida); litio; estimulantes del S.N.C.; y otros (flupentixol, buprenorfina, etc.). En cualquier caso no recomendamos específicamente ningún tratamiento farmacológico concreto, ya que hasta la actualidad no existen datos concluyentes a favor de uno u otro. Partiendo de la hipótesis de la automedicación, los fármacos más adecuados, serán aquellos con un activación noradrenérgica intraneuronal, siendo la evidencia clínica (tolerancia, reducción de craving, mejoría crash): reboxetina 2-8 mg / 24 h (Irenor), Venlafaxina 150-300 mg / 24 h (Dobupal) .

A otro nivel, en ocasiones la persistencia de clínica psicótica (F15.4 y F15.5) puede hacer necesario el empleo de tratamiento específico.

A nivel de psicoterapia se emplean distintas técnicas tratando de abordar según el, momento del mismo: compromiso, inicio de la abstinencia y prevención de recaídas).

Terapia comportamental. Terapia de apoyo. Terapia psicodinámica.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA (F14.3 y F15.3)

Por lo general se admite que no existe un tratamiento específico para la abstinencia de estimulantes.

Otros autores cuestionan incluso la existencia de un síndrome de abstinencia como tal.

No existe un tratamiento farmacológico de eficacia contrastada.

La posible depresión post-estimulante puede tratarse con dosis terapéuticas de antidepresivos tricíclicos durante un periodo de tiempo suficiente.

Si existen síntomas de malnutrición relacionados con el consumo de dosis elevadas de anfetaminas debe facilitarse una dieta hiperproteica con suplementos vitamínicos.

DROGAS DE SÍNTESIS.

Concepto:

Drogas de Diseño. Gary Henderson. Años sesenta. Universidad California.

- Drogas que podían fabricarse en laboratorios clandestinos y que podían diseñarse a la medida del consumidor para imitar los efectos de otras drogas cuyo tráfico era delito.
- Drogas que, por su novedad estructural, no podían estar incorporadas en los estatutos legales, evitando así la persecución penal.

Drogas de síntesis química. F. J. Gamella:

- La denominación " DROGAS DE DISEÑO ", incita a pensar que se trata de nuevos compuestos "diseñados" para obtener ciertos estados mentales, la realidad es que la mayor parte de estas sustancias son muy antiguas, habiendo sido retiradas por su poca utilidad terapéutica.
- Se trata, más bien de drogas sintéticas o semisintéticas conocidas, que encuentran de pronto una cierta aceptación en el mercado y que pueden ser fabricadas industrialmente.

Epidemiología del consumo de Drogas de síntesis.

- Observatorio Europeo para las Drogas y Toxicomanías, 1998: 0,5-3 % de prevalencia de consumo.
- Observatorio Español Sobre Drogas (Encuesta domiciliaria 1999): 2,4 % de la población española afirma haber probado el éxtasis alguna vez. En las edades 15-19 años 4,7 %.
- Observatorio Español sobre drogas, 2000. Encuesta población Escolar. 4,6 % prevalencia de consumo. Edad media de inicio: 15,5 años.

Grupos fundamentales:

- Opiáceos sintéticos u opioides.
- Análogos de la fenciclidina.
- Derivados de la metacualona.
- Derivados anfetamínicos (MDA, MDMA, DOM, DOET,...).
- Otras drogas de difícil clasificación:
  - GHB (Gammahidroxibutirato).
  - Aminorex y 4-metilaminorex.
  - Metcatinona o efedrona.

Opiáceos sintéticos u opioides:

- Derivados de la meperidina (Unas 10 veces menos potente que la morfina).
  - Varios derivados: Grave parkinsonismo (partida tóxica). Cambios Legales en USA.
- Derivados del fentanil: 80-500 veces más potentes que la morfina y tienen un periodo de acción más corto (anestesia, cirugía).
  - "China White ". California. 1979.

Análogos de la fenciclidina:

- Fenciclidina (" PCP o polvo de ángel ").
- Ketamina.

" Potentes anestésicos de efectos amnésicos que algunos catalogan como disociativos (drogas psicodélicas y alucinógenas) ".

Derivados de la metacualona:

- Injustificada reputación como afrodisíaco. USA. 1° de los 80, 2° tras alcohol y marihuana . " Qualudes ".
- Neurodepresor (1951), utilizado en los 70 como hipnótico y ansiolítico en sustitución de los barbitúricos.
- Presenta intensos efectos sinérgicos (combinaciones) con el alcohol, barbitúricos y benzodiacepinas (intoxicaciones serias y letales).
- En España de moda finales de 70 y principios de 80: "Torinal " (jóvenes en subculturas drogofilícas).

Oxibato sódico, GHB (Gamma hidroxibutirato):

- Éxtasis líquido.
- Pretendidamente potencia la capacidad mental (“smart drug “ o droga inteligente).
- Es un anestésico depresor, que se usa, sin embargo , para estimular la hormona de crecimiento y se ha usado ilícitamente entre culturistas y deportistas para aumentar su rendimiento.
- Parece incrementar los efectos del etanol, droga con la que algunos usuarios tienden a combinarla.

Aminorex y 4-metilaminorex:

- Estimulantes del SNC con efectos semejantes a las anfetaminas (anorexígenos).
- Resultan relativamente fáciles de sintetizar.

Metcationa o efedrona:

- Conocida en argot cómo “ cat ” o “ Goob ”.
- Sustancia estructural y farmacológicamente semejante a la efedrina y la metanfetamina.

Derivados anfetamínicos:

- MDA: “ La droga del amor ”.
- MDMA: “ Éxtasis o Adam ”.
- DOM o STP: “ Serenidad, tranquilidad, paz ”.
- DOET.
- MDEA: “ Eva ”.
- MBDB.

Derivados anfetamínicos. Características externas:

- En la presentación de comprimidos se da una enorme variedad, distinguiéndose unas de otras por su color , tamaño, forma , textura, así como los signos que, a menudo llevan grabados en su superficie.
- De su apariencia exterior derivan los nombres con los que son conocidas y apreciadas: fido- didos, tapones, tanques, delfines, pájaros, cacharros, adanes, elefantes, blancas, ovaladas, lentejas, tortugas, rolroices, etc.

Derivados anfetamínicos. Variedad de contenidos:

- La variedad exterior viene acompañada de una intensa variedad en los contenidos.
- Casi el 80 % de las pastillas que se consumen podrían contener como principales principios activos: MDA, MDMA, MDEA Y MBDB.
- La frecuencia en los derivados sería MDMA > MDEA > MDA > MBDB.
- Hay una gran diferencia en el contenido de unas pastillas y otras. Incluso pastillas de aspecto semejante difieren a menudo en sus componentes o en la proporción de los mismos.
- En un 20 % de los casos no contienen MDMA ni ninguno de los análogos , sino otros fármacos (10 % anfetamina, generalmente en forma de sulfato, metanfetamina o cafeína. En id porcentaje: antihistamínicos, antialérgicos, antibióticos.).

Derivados anfetamínicos. Estructura química:

- Tienen en común la estructura feniletilamina, que las emparenta químicamente con la mescalina, y también con los neurotransmisores monoamínicos, como la noerepinefrina, la dopamina y la serotonina.
- Formidable potencial para la modificación sintética.

Derivados Anfetaminicos: Principales modificaciones estructurales.

- Sustituciones en el anillo benzénico producen sustancias con un cierto poder alucinógeno o distorsión cognitiva o perceptiva, que puede ser intensa y prolongada (DOM ó STP , DOET) o más suave (MDMA (éxtasis o adam), MDEA (eva).
- Sustituciones de enlaces de la cadena lateral generan sustancias principalmente estimulantes.

Foto pastillas(17).

MDA: “La droga del amor”:

- ■1910, Mannish y Jacobson.
- ■Combinar efectos de la mescalina y la anfetamina.
- ■Utilidades clínicas: 50-150 mg
  - ◆Enf. De Parkinson (no sólo no rebajaba la rigidez muscular sino que la aumentaba).
  - ◆Psicoterapia, como coadyuvante a la práctica analítica (descatada por su toxicidad).

MDMA: “el éxtasis “:

- ■3,4-metilendioximetanfetamina.
- ■Éxtasis, E, X, XTC, essence, clarity, Adam, pastillas, pastis, pirulas.
- ■Análogo n-metilado del MDA.
- ■1912, Merck.
- ■Usos clínicos:
  - ◆Supresión del apetito (no pasó etapa preclínica de ensayos).
  - ◆Utilidad bélica (potencial toxicidad en varias especies animales).

MDMA: Expansión como droga psicoactiva.

- En los sesenta, en el movimiento “undergraund” norteamericano, vinculándolo a otras sustancias pretendidamente psicodélicas o visionarias.
- Sucesora de la MDA, la droga del amor de la contracultura de finales de los sesenta y principios de los setenta (al no estar incluida en la lista de sustancias prohibidas de la MDA, como el MDA).
- A finales de los setenta expansión del uso en diversos entornos estudiantiles y contraculturales .

MDMA: Uso recreativo.

- A partir de los ochenta “nueva ola de consumo en todos los países occidentales”: Esa ola se apoya en el consumo recreativo entre grupos de jóvenes que se reúnen masivamente en grandes discotecas en las que se emite la denominada “música máquina”(“ acid house”, “rave”, “dance culture”): Evolución del “high tech” , repetitiva, en la que predomina la percusión y que se emite a un volumen muy alto con proyecciones computerizadas en video y láser en la que el disc -jockey (protagonismo central).

Movimiento musical Acid House.
MDMA: Uso masivo.

- 1992-1995.
- Ha resultado ser algo más que una moda pasajera asociada a un estilo musical efímero.
- Su uso se ha extendido entre amplios sectores de la población joven (y no tan joven) de nuestro país.
- Hoy se cuenten en cientos de miles los españoles que han consumido esas (DGPND 1995,1996).
- Los jóvenes toman 16 millones de pastillas de éxtasis al año, valoradas en 144 millones de euros.

Uso masivo. Propósitos :

- La mayoría de personas que mantienen un consumo regular lo hacen con propósitos lúdico-recreativos, para salir de marcha o ir de fiesta y tener un buen rollo.
- Necesidad de utilizar estimulantes para aguantar largos periodos de tiempo sin dormir desarrollando una intensa actividad física.

Justificaciones o racionalizaciones de uso:

- Es una droga que se puede controlar.
- Es una droga limpia, de uso fácil y cómodo.
- Es una droga segura, no peligrosa, ya que no produce adicción.
- Es una droga más económica.
- Una droga mas estimulante que psicodélica.
- Una droga erótica.
- Una droga que aumenta la sociabilidad.
- No la consideran una droga.

MDMA. Farmacocinética: dosis.

- Dosis: 0,8 mg/ Kg (Dowing, 1986; Grob et al, 1996). Supone que la dosis comienza a ser activa de forma habitual a partir de 50 y 60 mg, para una persona de peso medio en nuestro entorno.

Una dosis promedio 100-150 mg.

MDMA. Mec. acción SNC (espacio sináptico):

- Sobre la dopamina: Inhibiendo su recaptación , ocasionando la descarga de 5 HT e inhibiendo la acción de la monoaminooxidasa. (anfetamínico).
- Sobre los receptores de 5-HT2 (efectos psicodélicos).
- Sobre alfa-2 adrenérgicos (efectos cardiovasculares).

MDMA.Farmacocinética: Inicio efecto psicoactivo.

Los efectos empiezan a sentirse alrededor de media hora después de su ingesta.

- Se manifiestan primero en forma de lo que los consumidores denominan una “subida “, cuyos síntomas característicos son un aumento del ritmo cardiaco, de la presión arterial, y genera en algunos casos ansiedad, vértigo, nauseas y mas rara vez vómitos.

MDMA. Efectos:

Suele durar entre 4 y 6 horas.

- Se experimentan al mismo tiempo los efectos principales y los efectos secundarios adversos, que en conjunto suelen ser valorados de forma positiva por el usuario.
- Entre 90-60% :Euforia, Energía, Felicidad / alegría, desinhibición, risa, locuacidad, aceptación de otros, mayor sensualidad, deseo de contacto físico con otros, autoestima, deseo sexual, empatía, ...
- Por debajo del 50 % : Distorsión de la percepción, mayor intimidad, mayor atención, mayor agudeza perceptiva, alucinaciones acústicas (50-51 %), alucinaciones visuales (45-48 %), espiritualidad, agresividad, mayor claridad en las ideas, mayor capacidad de concentración.
- Al final, deja como resultado una serie de efectos residuales, que en ocasiones pueden prolongarse más de 24 horas.

- Vida media 6 horas (MDEA: 3-5 H, MDA: 8-12 h) , una pequeña cantidad se transforma en MDA, mientras que la mayor parte vuelve a ser expulsada a través de orina durante las 48 horas siguientes a la ingesta.
- Pasadas una 40 horas, en el organismo queda menos del 1 % de la dosis ingerida.

MDMA. Principales efectos residuales:

- Fatiga (75%), dificultad para concentrarse (71%), anorexia (67%), abulia (60%), insomnio (57%), pérdida de memoria (57%), incapacidad para trabajar o estudiar (50%), irritabilidad (50%), depresión (48%) y falta de deseo sexual (33%).
- Experimentado de manera repetida, podría inducir o agravar estados depresivos, de ansiedad, de despersonalización, e incluso desrealización, en personas sensibles a estas dolencias psiquiátricas.

MDMA: Pautas de uso. Primer uso:

- Entre los 18 y 24 años se concentra el mayor número de usuarios y los usos más peligrosos por su frecuencia e intensidad.
- Muchos usuarios han consumido MDMA y análogas unas pocas veces, otros han continuado usándolas de forma esporádica en los últimos años. Algunos han adoptado como elemento central de sus actividades de ocio e incluso de sociabilidad.

MDMA. Tipos de usuarios. Siegel (1986, 1989):

- Usuarios experimentales (menos de 10 veces): 23,7 % de todos los usuarios.
- Usuarios ocasionales (entre 10 y 49 veces): Representaría un tercio de los usuarios.
- Usuarios regulares/ instrumentales (entre50 y 99 veces): Representarían una cuarta parte de los usuarios.
- Usuarios intensivos (entre 100 y 399 ocasiones de uso): Algo más del 10 % de los usuarios.
- Usuarios compulsivos (usado en más de 400 ocasiones; uso diario en algún periodo de tiempo): 3 % de todos.

MDMA: Combinación con otras drogas:

- La mayoría de los usuarios mezclan las “pastillas ”con otras sustancias:
- Alcohol (63,6 %).
- Tabaco (61,7 %).
- Cannabis (59,6 %).
- Es también frecuente combinar éxtasis con anfetaminas o cocaína (32,5 y 33,7 % respectivamente) en alguna ocasión.
- Opiáceos.

“ La visión de usuarios como abstemios que beben sólo agua mineral tiene hoy poca base real en la mayoría de los casos “.

MDMA: Contexto social de uso:

- En España son muy raros los usuarios de MDMA y análogas que consumen estas drogas en soledad (5,3 % alguna vez, menos de 2 % siempre en solitario).
- La mayoría de ellos toman con sus amigos o con sus parejas (96 %).
- Son muy comunes , incluso típicos, los usos colectivos, con un propósito social: reunirse o dar una fiesta para consumir este tipo de sustancias.

MDMA. Entorno de uso:

- Discotecas, pubs, raves o fiestas son los entornos sociales principales del uso del éxtasis en España.
  - Mas del 80 % han usado estas sustancias en discotecas.
  - Otro 40 % las usa en fiestas privadas, raves y pubs.

MDMA. Modelo de consumo.Tossmann, P (2001, Eur. Addict Res).

- Los usos se incrementan notablemente los fines de semana (que a veces comienzan para algunos los jueves por la noche y se extienden hasta entrado el lunes), los periodos festivos (puentes, vacaciones de Navidad y Semana Santa) y estación veraniega, sobre todo en las zonas turísticas. En fiestas techno de ciudades metropolitanas europeas.
- El modelo característico del consumidor es el de policonsumo ocasional con drogas que se toman conjuntamente.

MDMA. Efectos Adversos somáticos:

- Efectos somáticos:
  - Boca seca (85 %) o pastosa (68 %).
  - Sensación de calor (68 %).
  - Insomnio (65 %).
  - Diaforesis (64 %).
  - Taquicardia (62 %).
  - Movimientos involuntarios de la mandíbula (61 %).
  - Escalofríos (59 %).
  - Trismo (55 %).

Por sobreestimulación simpática tanto en el área cardiovascular como neurológica.

MDMA. Efectos Adversos psicológicos:

- Agobio (57 %).
- Pérdidas temporales de la memoria (56 %).
- Inquietud (54 %) o ansiedad (46 %), irritabilidad (39 %).
- Pérdida de control en las acciones (53 %).
- Pensamientos extraños (51 %).
- Confusión (44 %).
- Dificultades para concentrarse (44 %).
- Inestabilidad mental (40 %).
- Paranoia (37 %). Obsesión (33 %) y pánico (16 %).

Problemas asociados al uso de "Éxtasis ":

- Neurotoxicidad y posibles daños irreversibles. Alteraciones psiquiátricas.
- Riesgos para la salud:
  - Hipertermias malignas.
  - Accidentes cerebro-vasculares.
  - Hiponatremias.
  - Insuficiencias hepáticas agudas.
- Muertes relacionadas con el consumo de MDMA y análogas.
- Conducción y accidentes de tráfico.
- Relaciones sexuales más arriesgadas (30 %).

MMDA. Dolencias psiquiátricas:

- Crisis de ansiedad.
- Trastornos depresivos.
- Alteraciones psicóticas.

Tratamiento de las crisis de ansiedad en las intoxicaciones por MDMA:

- Las complicaciones más frecuentes son la aparición de crisis de angustia recurrentes o de ataques de pánico con sensación de miedo o malestar intenso, acompañadas de síntomas vegetativos.
- A veces, el sujeto desarrolla algunos síntomas agorafóbicos.
- Estas crisis de angustia responden adecuadamente al tratamiento habitual con benzodiacepinas.

Tratamiento de los estado de ánimo por uso continuado de MDMA:

- Si el uso de estas sustancias es prolongado, pueden aparecer trastornos graves del estado de ánimo.
- Requerirán tratamientos antidepresivos, más o menos prolongados, dependiendo de la gravedad y respuesta al mismo tratamiento ATD.

Tratamiento de las psicósis inducidas por uso de MDMA:

- Se han descrito la aparición de psicosis inducidas, con alucinaciones auditivas, visuales, delirio de contenido paranoide y desrealización, así como flasbacks.
- En general tienen un curso limitado y una buena respuesta a los fármacos antipsicóticos.

Actuación profesional ante el consumidor de Drogas de síntesis:

- La respuesta asistencial debe partir de un trabajo interdisciplinar, con conceptos y objetivos comunes.
- Esta respuesta asistencial debe adaptarse a una serie de variables fundamentales:
    - Las características del usuario y del contexto social que le rodea.
    - Uso y fines del consumo.
    - Los recursos personales disponibles.
    - Motivación por la que acude a tratamiento.
    - Momento en el que se encuentra en relación a su proceso adictivo.
    - Las demandas planteadas.

Tratamiento dirigido a usos experimentales u ocasionales de Drogas de Síntesis. Objetivos.

- Modificar la representación social de la sustancia.
- Aumentar la percepción de riesgo.
- Clarificar normas subjetivas.
- Modificar expectativas sobre efectos y autocontrol.
- Aumentar sus competencias personales frente a la oferta.
- Buscar alternativas de ocio.
- Impedir el inicio del proceso adictivo.

Tratamiento usos experimentales. Estrategias Usuario.

Nivel Grupal (Objetivos):
- Clarificar valores personales y la modificación de su influencia negativa.
- Potenciar la participación de forma positiva.
- Elaborar adecuadamente la información.
- Potenciar la socialización con el desarrollo de habilidades sociales.

Nivel individual

De manera muy puntual.

Tratamiento usos experimentales. Estrategias Familias:

■Con el usuario (Objetivos) :

- Facilitar el intercambio de soluciones.
- Modificar su actitud hacia el consumo.
- Potenciar la comprensión del periodo evolutivo en el que está su hijo y del papel que juegan las sustancias.

■Grupal: Sesiones puntuales en el grupo de usuarios.

Tratamiento dirigido a usos regulares de drogas de síntesis, sin alteraciones psicopatológicas. Objetivos. Area de consumo.

■Mantener la Abstinencia.
■Reducir imagen de autocontrol.
■Aumentar imagen de riesgo.
■Disminuir estados de ansiedad e irritabilidad.
■Control del deseo ante estímulos ambientales.
■Aclarar cuestiones sobre consecuencias del consumo y proceso de adicción.
■Retener al usuario en tratamiento.
■Impedir el avance en la adicción.

Tratamiento dirigido a usos regulares de Drogas de síntesis, sin alteraciones psicopatológicas. Objetivos. Desarrollo personal.

■Restablecer estabilidad y autocontrol emocional.
■Mejorar déficits de desarrollo cognitivo.
■Desarrollar autonomía personal.
■Clarificar y evaluar sentimientos y valores.
■Desarrollo de hábitos saludables.
■Desarrollar recursos personales y aceptar límites individuales.
■Reducir la incidencia de alteraciones psicológicas agudas (estados disfóricos, ideación.).

Tratamiento dirigido a usos regulares de drogas de síntesis, sin alteraciones psicopatológicas. Objetivos. Área relacional y ocupacional.

■Desarrollar estratégias de comunicación adecuadas.
■Incrementar actividades en ambientes de no consumo.
■Generar soluciones alternativas a conflictos interpersonales.

Tratamiento dirigido a usos regulares de drogas de síntesis sin alteraciones psicopatológicas. Estratégias. Usuarios.

■Nivel grupal (Objetivos):

- Profundizar sobre el conocimiento de su proceso y asunción del problema.
- Consolidar cambios adquiridos en el ámbito individual.
- Desarrollar estratégias de comunicación.
- Solucionar conflictos (sexualidad ,...).

■Nivel individual:
Frecuentemente al inicio.

Tratamiento dirigido a usos regulares de drogas de síntesis sin alteraciones psicopatológicas. Estrategias. Familias (con el usuario):

■Mejorar la comunicación.
■Incorporar límites.
■Resolución de conflictos.
■Modificar la actitud hacia el consumo (proceso adictivo y sustancias).

Tratamiento dirigido a consumidores de drogas de síntesis con alteraciones psicopatológicas. Objetivos:

■Minimizar lo antes posible los efectos de estas alteraciones que impiden avanzar en el tratamiento (psicofármacos).
■Potenciar la abstinencia a todo tipo de sustancias permanentemente.
■Determinar si éstos trastornos son agudos o crónicos, con antecedentes previos o sín ellos.

Tratamientos adecuados a las diferentes demandas y tipos de usuarios.

Estas variables permitirán determinar los objetivos y las estrategias a utilizar de manera individualizada, evitando abandonos de tratamiento y frustraciones debido a la aplicación de modelos estandarizados en los que no se tenga en cuenta las características propias de cada usuario.

Tratamientos adecuados:

Relación Terapéutica.

Se debe cuidar mucho la relación terapéutica que se establezca con el usuario, el lenguaje que se utilice, el entendimiento y atención prestada a sus problemas y la confidencialidad.

Planificación Terapéutica.

Una vez conocido todo lo anterior, la intervención se planifica según un eje tridimensional: objetivos a cubrir; tiempo estimado para su consecución y profesionales implicados.

MDMA. Aspectos Legales.

- En 1985 se proscribe su uso terapéutico en Estados Unidos.
- En 1986, la Comisión de Estupefacientes de la ONU acuerda incluir esta sustancia en la Lista I del Convenio sobre psicotrópicos de 1971.
- Inclusión en la Lista I del Convenio de Viena, decidida por la Naciones Unidas, acogida a nuestro derecho nacional mediante orden ministerial de 30 de Mayo de ese mismo año 1986 (droga en el ordenamiento penal español).

5.5. CANNABIS.

5.5.1 CONCEPTO.

Hojas de cáñamo (cannabis), contienen muchos productos químicos, de los que el THC (tetrahidrocannabinol) es el principal psicotrópico.

Foto planta Cannabis(16).

5.5.2 CARACTERISTICAS PRINCIPALES.

De un modo característico, el THC se autoadministra, fumando cigarrillos liados con picadura de hoja de cannabis.

La resina del cáñamo concentrada llamada haschish, también puede ser fumada, normalmente en pipa y puesto que el THC no se disuelve en agua, se usa a menudo una pipa de agua para filtrar el humo.

El contenido de THC de las hojas, varia ampliamente; 1-5% o incluso más, mientras que el hashish y el aceite de hash son incluso más ricos.

La cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. Se ha ingerido desde la antigüedad por sus efectos psicoactivos y como remedio para un amplio abanico de enfermedades médicas. La cannabis está entre las primeras drogas de experimentación (con frecuencia en la juventud).

Para algunos autores, el consumidor habitual puede presentar el llamado síndrome amotivacional, que pueda requerir el diagnóstico diferencial con trastornos de personalidad e incluso procesos psicóticos incipientes.

La cannabis habitualmente se consume junto a otras sustancias, especialmente nicotina, alcohol y cocaína. La cannabis (especialmente la marihuana) puede ser mezclada y fumada junto con opiáceos, fenciclidina (PCP) y otras drogas alucinógenas.

Las pruebas de orina identifican los metabolitos de los cannabinoides . Debido a que estas sustancias son solubles en grasas, persisten durante largos periodos en los líquidos del organismo y se excretan muy lentamente, las pruebas de rutina para cannabis en orina pueden resultar positivas durante 7-10 días en sujetos que consuman cannabis ocasionalmente. En sujetos que consumen grandes cantidades pueden dar lugar a resultados positivos al cabo de 2-4 semanas. El resultado positivo en la orina es consistente con el consumo pasado, pero no es indicativo de intoxicación, dependencia o abuso.

5.5.3 EFECTOS SOBRE SNC:

El humo en pulmones, entrada rápida de THC en cerebro y activa receptores cannabinoides (heptahelicoidal), especialmente densos en hipocampo y cortex cerebral (áreas especializadas en habilidades cognitivas y memoria, y cerebelo, equilibrio y movimiento fino muscular. Se ha identificado un ligando endógeno, una molécula compacta relacionada estructuralmente con la familia de las hormonas llamadas prostaglandinas."El THC imita o bloquea los efectos normales de una hormona cerebral endógena o de un neurotransmisor".

Su toxicidad provoca: Sensación de bienestar (euforia), un estado somnoliento de relax, calma y apatía, con un sentimiento de desconexión del mundo habitual: "Los pensamientos divagan fuera de control. Al fumador las cosas le parecen graciosas mientras no son especialmente divertidas para el observador".

La anormalidad conductual más evidente mostrada por un sujeto bajo la influencia del cannabis es la dificultad para mantener una conversación inteligente, quizás por causa de una incapacidad para recordar lo que se acaba de decir incluso unas pocas palabras antes.

Un rasgo característico de el estar colocado es una distorsión en el sentido del tiempo, asociado con profundos déficits en la memoria y en el aprendizaje a corto plazo. Una consecuencia de todo ello es la pérdida del estado de alerta, la coordinación y el juicio que se requieren para las tareas complicadas. De este modo, están seriamente afectadas tareas como conducir, trabajar con herramientas complejas,...

Los receptores cannabinoides están virtualmente ausentes de las partes del cerebro que controlan el ritmo cardiaco, la contracción o dilatación de los vasos sanguíneos, y la velocidad y profundidad de la respiración; esto puede explicar satisfactoriamente la falta de efectos tóxicos graves inmediatos en estos sistemas vitales y el que no se hayan registrado muertes por sobredosis.

Efectos periféricos asociados a su intoxicación: Aumento del ritmo cardiaco y dilatación de los vasos sanguíneos de la conjuntiva ocular.

El humo del cannabis contiene más carcinógenos que el humo del tabaco .Se han documentado alteraciones en el equilibrio hormonal, especialmente de las hormonas sexuales; estos efectos se derivas de las acciones del THC en el hipotálamo: Reducción del total de esperma, nivel de testosterona bajo, disminución de la libido en los hombres. Alteraciones del ciclo menstrual en las mujeres. El fenómeno de la tolerancia inversa, se produce característicamente con el uso de esta sustancia y consiste en que con la misma dosis, expertos fumadores muestran efectos más grandes que los que fuman por primera vez.

El consumo agudo de cannabinoides puede causar una difusa y lenta actividad en el EEG y supresión de los movimientos oculares rápidos (REM).

F12.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A CANNABINOIDES.

Nota: este es un síndrome de una enfermedad definida para el que no se han establecido todavía los criterio diagnósticos definitivos. Aparece tras la suspensión de un prolongado consumo de altas dosis de cannabinoides. Se ha apreciado que puede oscilar su duración de varias horas a siete días.

Entre los síntomas y signos se incluye ansiedad, inestabilidad, temblor de manos extendidas, sudoración y dolores musculares.

F12.0 INTOXICACIÓN AGUDA

La intoxicación por tetrahidrocannabinol raramente precisa tratamiento específico y no suele representar un riesgo vital para el individuo.

Pueden presentarse manifestaciones psicopatológicas como cuadros de ansiedad o despersonalización que por lo general se controlan satisfactoriamente con benzodiacepinas.

5.6 SUSTANCIAS VOLÁTILES.

En este apartado vamos a abordar los trastornos inducidos por la inhalación de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como la gasolina, el pegamento, disolventes y pinturas en spray. Los hidrocarburos halogenados (se encuentran en limpiadores, liquido corrector de máquinas de escribir, spray), junto con otros compuestos volátiles que contienen ésteres, cetonas y glicoles.

La mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de gran cantidad de sustancias que pueden producir efectos psicoactivos, y en muchas ocasiones es difícil averiguar cuál es la sustancia responsable del trastorno. A no ser que se tenga la certeza de que se ha consumido unas única sustancia sin mezclar, se debe usar el término inhalante al transcribir el diagnóstico.

Debido a su bajo coste y facilidad de obtención , los inhalantes suelen ser las primeras drogas de experimentación para la gente joven, y puede haber una incidencia mayor entre quienes viven en áreas de depresión económica.

La dependencia y el abuso sólo se dan en una pequeña proporción de los sujetos que consumen inhalantes.

El curso temporal de la intoxicación por inhalantes se relaciona con las características farmacológicas de la sustancia específica que se toma, pero es normalmente breve, durando de pocos minutos a 1 hora. El inicio del efecto es rápido, llegando a su máximo unos minutos después de inhalar.

Los sujetos que toman inhalantes pueden tener un grado preferido de intoxicación, y el método de administración (habitualmente esnifar de un contenedor o respirando a través de un trapo empapado por la sustancia) permite al sujeto mantener ese nivel durante varias horas.

También se han registrado casos de aparición de dependencia en trabajadores industriales con una larga exposición a inhalantes debido a su trabajo.

Es posible detectar olor de pintura o de disolventes en el aliento o en las ropas de los sujetos, o puede haber residuos de las sustancias en las ropas y/o la piel. Puede ser evidente una <erupción del esnifador de colas> alrededor de la boca o la nariz, y también es posible la presencia de irritación conjuntival.

Puede haber demostraciones de traumatismos debidos a un comportamiento desinhibido o a quemaduras debido a que se trata de sustancias con potencial inflamable elevado.

Los hallazgos no específicos en el aparato respiratorio incluyen muestras de irritación de las vías respiratorias superiores e inferiores, que incluyen tos, mucosidad, disnea y afonía. En ocasiones aparecen cianosis como resultado de una neumonitis o de asfixia.

Puede haber también dolor de cabeza, debilidad general, dolor abdominal, nauseas y vómitos.

Los inhalantes pueden causar lesiones en Sistema Nervioso, tanto central como periférico, lesiones que por otra parte pueden ser permanentes. Van desde debilidad general y neuropatías periféricas hasta atrofia cerebral, degeneración cerebelar y lesiones de la sustancia blanca, que dan lugar a signos de los pares craneales o en el tracto piramidal.

El consumo recurrente puede dar al desarrollo de hepatitis (que puede evolucionar a cirrosis) o acidosis metabólica consistente con acidosis tubular renal distal.

También se han observado insuficiencia renal crónica, síndrome hepatorenal, depresión medular.

Puede producirse muerte por depresión respiratoria o cardiovascular, en concreto muerte súbita al esnifar, que se debe a arritmia aguda a hipoxia o a alteraciones electrolíticas.

Se ha observado tolerancia en individuos con consumo frecuente de inhalantes, pero no se tiene documentación clara respecto a la abstinencia. Se ha descrito un posible síndrome de abstinencia con inicio entre 24 y 48 horas después de interrumpir el consumo y con una duración de 2-5 días, con síntomas que incluyen alteraciones del sueño, temblores, irritabilidad, diaforesis, nauseas e ilusiones pasajeras. De todos modos, este síndrome no ha sido correctamente documentado y parece carecer de importancia clínica.

La CIE 10, los recoge como trastornos producidos por sustancias volátiles, , manteniendo criterios diagnósticos similares a la DSM-IV.

F18.2 DEPENDENCIA DE INHALANTES. (304.60)

Algunos de los criterios genéricos para la dependencia de sustancias no son aplicables a los inhalantes mientras que otros requieren ser más ampliamente formulados.

La dependencia de inhalantes no incluye un síndrome de abstinencia característico ni la evidencia de consumo de inhalantes para aliviarlo o evitarlo..

Es raro que se invierta mucho tiempo tratando de obtenerlos. Si puede invertirse mucho tiempo tratando de recuperase de los efectos de su uso..

F18.3 ABUSO DE INHALANTES.

Sigue los criterios generales de abuso.

F18.0 INTOXICACIÓN POR INHALANTES.

A .Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo gases anestésicos y vasodilatadores de acción corta, que se clasifican como trastornos asociados a otras sustancias para reflejar la diferente manera de actuar y los distintos perfiles de trastornos asociados).

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía , deterioro del juicio, deterioro de las actividades social y laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.

C .Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:

(1)mareo.
(2)nistagmo.
(3)incoordinación.
(4)lenguaje farfullante.
(5)marcha inestable.
(6)letárgia.
(7)disminución de reflejos.
(8)retraso psicomotor.
(9) temblores.
(10) debilidad muscular generalizada.
(11) visión borrosa o diplopía.
(12) estupor o coma.
(13) euforia.

D. Estos síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

3.2.4-Otros trastornos inducidos por inhalantes.

Delirium por intoxicación.

Demencia persistente
Trastorno psicótico .
Trastorno del estado de animo
Trastorno de ansiedad.

Comentario:

La intoxicación aguda por inhalación de sustancias distintas a las disolventes, deben ser codificada aquí.

Cuado hay una intoxicación aguda por disolventes grave puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos.

5.7 ALUCINÓGENOS.

5.7.1 CONCEPTO

Esta relacionada con los efectos, que son muy subjetivos: sensación de aumento de actividad mental, sensación de novedad, pseudoalucinaciones, euforia, alteración de la imagen corporal, alucinaciones , aumento de percepción sensorial, aumento de la sensación de empatía.

A nivel fisiológico : Midriasis, rubefacción facial, temblor fino, aumento de tensión arterial, aumento de la cifra de glucemia, aumento de la temperatura corporal (golpe de calor), taquicardia , sudoración.

Los alucinógenos que pueden ser objeto de abuso son: el alucinógeno ergótico dietil amida del ácido lisérgico (LSD),que es el prototipo de las sustancias de abuso; otros alcaloides del indol como la psilocibina ("hongos mágicos') y la dimetiltriptamina (DMT) y las fenilalquilaminas como la mescalina, la dimetoximetilanfetamina (DOM o STP), la metilenodioxianfetamina (MDA) y la metilenodioximetanfetamina (MDMA, éxtasis o X).

Estos alucinógenos, denominados psicomiméticos o psicodélicos (expansores mentales) forman un grupo de sustancias que provocan trastornos del pensamiento, el estado de ánimo y la percepción. Dependiendo de la dosis, las expectativas (la situación) y el ambiente (el contexto) también pueden inducir euforia y un estado similar a una experiencia trascendental.

El término alucinógenos generalmente se refiere a un grupo de componentes que alteran la conciencia sin delirium, sedación, estimulación excesiva o alteraciones del intelecto o la memoria. La calificación de alucinógeno es imprecisa, ya que las alucinaciones inducidas por alucinógenos son poco frecuentes. Son más frecuentes los fenómenos ilusorios. Una ilusión es una alteración perceptiva de un estímulo real del ambiente.

5.7.2 CLASIFICACION

A-Sustancias relacionadas con la estructura de la serotonina. (Indol alquil aminas):
Rapé de epenea. (corteza de árbol; espíritus de los indios).
LSD (ácido lisérgico; cornezuelo del centeno. Mal de San Antonio).
Psilocibina (Hongos mágicos).

B-Sustancias relacionadas con la estructura de la dopamina y la anfetamina. (Fenil etil aminas; Fenil isopropil aminas).

Mescalina (Cactus peyote). Nuez moscada.
MDMA (Extasis).
MDA (Metilendioxianfetamina).
DOM.

C-Fenciclidina o PCP o "polvo de ángel". Estructura química distinta. Anestesia.
Muy tóxico, cuadros confusionales, agitación,...

D-Muscimol (Amanita muscaria; hongo mágico; Europa)
No grupo de serotonina ni dopamina pero es agonista del receptor GABA.

5.7.3 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS MISMAS.

-Tolerancia rápida y elevada. Cruzada entre ellos.
- Vía oral. (comprimidos, cápsulas, secantes o terrones de azúcar).
- Dosis bajas.
- Inicio de acción efectos: 60-90 minutos.
- Duración de efectos-2-12 horas.
- Dependencia muy cuestionada. No síndrome de abstinencia. No autoadministración en animal de experimentación.
- Elevado uso experimental y recreativo o muy esporádico.
- Efectos Tóxicos:
    * Bad-Trip (mal viaje): Reacciones disfóricas agudas. Son la causa de la pérdida de control, la incapacidad para afrontar la disolución del yo y/o una importante disonancia ambiental. El resultado es ansiedad y , en algunas ocasiones angustia. Estas reaccione agudas de ansiedad/angustia desaparecen habitualmente antes de que se busque intervención médica.
    * Flasch-backs: Repetición de efectos (aspectos parciales de los mismos y breves) en situaciones de no consumo de las sustancias.
    * Sobredosis: Sería la situación de máximo riesgo. Se produce una elevación de la Temperatura que puede llevar a Golpe de calor. Colapso y convulsiones.
    * Psicosis funcionales: No relación con la esquizofrenia. Si agravan los Trastornos Psicóticos y pueden ser el efecto gatillo o disparador de los mismos. Son respuestas agudas que resultan del estado de hipervigilancia, de anular las señales externas y de los pensamientos inusuales que aparecen en el curso de la experiencia con alucinógenos. Aunque los más frecuentes son los pensamientos de grandiosidad o los megalomaniacos, en ocasiones también aparecen manifestaciones de suspicacia e ideas persecutorias.

F16.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA A CONSUMO DE ALUCINÓGENOS

A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades perceptivas como se evidencia por al menos uno de los siguientes:

1) Ansiedad y temor;
2) Ilusiones o alucinaciones auditivas, visuales y táctiles que aparecen en completo estado vigil y alerta;
3) Despersonalización;
4) Desrealización;
5) Ideación paranoide;
6) Ideas de referencia;
7) Labilidad del humor;
8) Hiperactividad;
9) Actos impulsivos;
10) Deterioro de la atención;
11) Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:

1) Taquicardia;
2) Palpitaciones;
3) Sudoración y escalofríos;
4) Temblor;
5) Visión borrosa;
6) Dilatación pupilar;
7) Incoordinación.

El consumo de alucinógenos puede provocar la aparición de distorsiones en el estado de ánimo, el curso del pensamiento y sobre todo en la percepción. (F16.04).

El efecto adverso más frecuente es el llamado "mal viaje", en el que estas distorsiones son vividas en forma terrorífica por parte del usuario.

El cuadro suele responder al empleo de benzodiacepinas (primera elección) o neurolépticos a dosis bajas (risperidona, olanzapina).

Algunos autores incluyen la fenciclidina dentro de las drogas alucinógenas. Las reacción paradójica más frecuente la aparición de conducta severamente hostil. En ese caso aplicaríamos medidas terapéuticas de la agitación.

5.8 PATOLOGÍA DUAL

5.8.1-F1X.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM

A. Se deben satisfacer los criterios generales de síndrome de abstinencia (F1x.3).

B. Se deben satisfacer los criterios para delirium (F05.-).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delirium puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.40 Sin convulsiones
F1x.41 Con convulsiones

5.8.2-F1X.5 TRASTORNO PSICÓTICO

A. Inicio de los síntomas psicóticos dentro de dos semanas de consumo de sustancia.

B. Persistencia de los síntomas psicóticos más de 48 horas.

C. La duración del trastorno no debe exceder seis meses.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

F1x.50 Esquizofreniforme
F1 x.51 Con predominio de ideas delirantes
F1x.52 Con predominio de las alucinaciones (incluye la alucinosis alcohólica)
F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos
F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos
F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos
F1x.56 Trastorno psicótico mixto

Con fines de investigación se recomienda que el cambio del diagnóstico de no-psicótico a claramente psicótico se debe especificar como abrupto (comienzo en 48 horas) o agudo (comienzo en vías de 48 horas, pero menos de dos semanas).

5.8.3-F1 X.6 SÍNDROME AMNÉSICO

A. Deterioro de memoria que se manifiesta por:

1) Déficit de memoria reciente (trastorno para el aprendizaje de material nuevo) en un grado que interfiere en la vida diaria; y
2) Disminución de la capacidad para recordar los hechos pasados.

B. Están ausentes (o relativamente ausentes) los siguientes:

1) Déficit de la memoria reciente (verificable, por ejemplo, mediante la prueba de repetición de dígitos).
2) Obnubilación de la conciencia y trastorno de la atención como se define en F05.-, contenido A.

3) Deterioro intelectual global (demencia).

C. No hay evidencia objetiva en el examen físico y neurológico, pruebas de laboratorio, ni hay historia de trastorno cerebral (especialmente las que efectúan de un modo bilateral al diencéfalo y a las estructuras temporales mediales), los cuales pudieran razonablemente considerarse como responsables de las manifestaciones clínicas descritas en el apartado A.

5.8.4. F1 X.7 TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO

A. Los trastornos y síndromes que satisfacen los criterios de cada cuadro citado más abajo, deben estar claramente relacionado con el consumo de una sustancia. Debe buscarse una evidencia sólida de que el comienzo del trastorno o síndrome tiene lugar inmediatamente después del consumo de la sustancia involucrada.

Comentario:

Debido a la gran variabilidad de esta categoría diagnóstica deben documentarse fielmente sus características, sobre todo en lo que se refiere al tipo, a la gravedad, y a la duración de las mismas. Para fines de investigación es necesaria una descripción fiel de todos los detalles.

Puede utilizarse, si se desea, un quinto dígito:

F1x.70 Con reviviscencias (“flashbacks”).
F1 x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento.

B. Deben satisfacerse los criterios generales de F07 (trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral).

F1x.72 Trastorno afectivo residual

B. Deben satisfacerse los criterios generales de F06.3 (trastornos del humor (afectivo) orgánico).

F1x.73 Demencia

B. Deben satisfacerse los criterios generales (F00-F03) para demencia.

F1 x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente

B. Se deben satisfacer los criterios para trastorno cognitivo leve (F06.7) excepto para la exclusión de consumo de sustancias psicotropas en criterio D.

F1 x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío

B. Deben satisfacerse los criterios generales para trastorno psicótico, F1x.5, excepto en relación al comienzo del trastorno, que es más de dos semanas, pero no más de seis semanas después del consumo de la sustancia.

F1 x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento.
F1 x.9 Trastorno inespecífico mental y del comportamiento

5.8.5-F60-F69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO.

F60 TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD

G I. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y de comportarse, se desvían en su conjunto o se salen de los límites, de las normas aceptadas y esperadas en la propia cultura. Esta desviación debe manifestarse en más-de una de las siguientes áreas:

1) Cognición (esto es, en la forma de percibir e interpretar las cosas, las personas y los acontecimientos del mundo y en la manera de desarrollar las actitudes o crear la imagen propia y de los demás).
2) Estado de ánimo (rango, intensidad y adecuación de la afectividad y de la respuesta emocional).
3) Control de los impulsos y de las necesidades de gratificación.
4) Relaciones con los demás y estilo de relación interpersonal.

G2. La desviación debe ser persistente, en el sentido de manifestarse como un comportamiento rígido y desadaptativo o interferir con las actividades en una amplia gama de situaciones sociales y personales (es decir, la disfunción no se limita a un estímulo o situación específica desencadenante).

G3. Presencia de malestar personal o una repercusión negativa en el ambiente social, claramente atribuibles al comportamiento referido en B.

G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, habiéndose iniciado en la infancia tardía o en la adolescencia.

G5. La desviación no puede ser explicada como una manifestación o una consecuencia de otros trastornos mentales del adulto, aunque pueden coexistir o superponerse otros trastornos episódicos o crónicos de las secciones F00 a F59 ó F70 a F79 de esta clasificación.

G6. Se deben excluir como posible causa de la desviación las enfermedades orgánicas cerebrales, traumatismos o disfunciones cerebrales importantes (cuando están presentes, debe usarse el código F07).

Comentarios:

La valoración de G1 a G6 debe basarse en tantas fuentes de información como sea posible. Aunque a veces sea posible obtener información suficiente en una única entrevista con el sujeto, como regla general se recomienda tener más de una entrevista con la persona y recoger también datos de otros informantes o de informes previos. Se sugiere que se desarrollen sub-criterios para los patrones de comportamiento específicos de los diferentes contextos culturales en lo que concierne a las normas, regulaciones y obligaciones sociales allí donde se necesiten (como por ejemplo en la determinación de irresponsabilidad y desprecio de las normas sociales en el trastorno disocial de la personalidad). El diagnóstico de trastorno de personalidad con fines de investigación requiere la identificación de un subtipo (se puede codificar más de uno si hay clara evidencia de que se satisfacen criterios de varios de ellos).

F60.0 TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

1) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
2) Incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
3) Suspicacia y predisposición generalizada a distorsionar las propias vivencias, interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles y despectivas.
4) Un sentido combativo y tenaz de los propios derechos, al margen de la realidad.
5) Predisposición a los celos patológicos.
6) Tendencia a sentirse excesivamente importante, manifestada por una actitud autorreferencial constante.
7) Preocupación por «conspiraciones» sin fundamento que explicarían los acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

F60.1 TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

1) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
2) Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo.
3) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
4) Aparente indiferencia a las alabanzas y a las críticas.
5) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (tener en cuenta la edad).
6) Marcada preferencia por actividades solitarias.
7) Excesiva preocupación con fantasías y excesiva introspección.
8) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, ni deseos de tenerlas.

9) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales. En caso de ser incumplidas dichas normas es de forma no intencionada.

F60.2 TRASTORNO DISOCIA¡ DE LA PERSONALIDAD.

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes:

1) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
2) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y desprecio de las normas, reglas y obligaciones sociales.
3) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
4) Muy baja tolerancia a la frustración, con un bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a comportamientos violentos.
5) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
6) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles de los comportamientos conflictivos.

Comentarios:

Se pueden añadir al cuadro clínico una irritabilidad persistente y la presencia de trastornos de conducta durante la infancia y la adolescencia, aunque no son requerimientos necesarios para el diagnóstico.

Sería conveniente que se desarrollaran subcriterios para los patrones específicos de conducta en los diferentes contextos culturales en lo que atañe a normas, regulaciones y obligaciones sociales (como podría ocurrir en los casos de irresponsabilidad y desprecio de normas sociales).

F60.3 TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

F60.30 TIPO IMPULSIVO

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):

1) Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.

2) Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.

3) Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.

4) Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.

5) Humor inestable y caprichoso.

F60.31 TIPO LIMÍTROFE (“BORDERLINE”)

A. Debe cumplir los criterios generales de trastornos de la personalidad (F60).

B. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados más arriba (F60.3), además de al menos dos de los siguientes:

1) Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).

2) Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis sentimentales.

3) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.

4) Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.

5) Sentimientos crónicos de vacío.

F60.4 TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los criterios siguientes deben estar presentes:

1) Representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.

2) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.

3) Afectividad lábil y superficial.

4) Búsqueda imperiosa de emociones y actividades en las que ser el centro de atención.

5) Conducta o apariencia inapropiadamente seductora.

6) Preocupación exagerada por parecer físicamente atractivo.

Comentarios:

El cuadro clínico puede completarse con egocentrismo, indulgencia para sí mismos, deseo continuo de estimación, falta de consideración con los demás, facilidad para sentirse herido y

comportamiento manipulatorio constante, aunque estos síntomas no son necesarios para el diagnóstico.

F60.5 TRASTORNO ANANCÁSTICO DE LA PERSONALIDAD

Nota: A menudo conocido como trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. Al menos cuatro de los siguientes:

1) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas que reflejan una profunda inseguridad personal.
2) Preocupación por los detalles, normas, listas, orden, organización y programación del tiempo.
3) Perfeccionismo, desproporcionado hasta el extremo de llegar a perder la perspectiva global de la situación.
4) Rectitud y escrupulosidad excesivas.
5) Preocupación injustificada por los rendimientos, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y relaciones personales.
6) Pedantería y convencionalismo con limitada capacidad para expresar emociones afectuosas.
7) Rigidez y obstinación.
8) Invidencia no razonable en que los demás se sometan a su propia forma de hacer las cosas o bien una irrazonable resistencia a permitir a los demás hacer cosas por sí mismos.

F60.6 TRASTORNO ANSIOSO (CON CONDUCTAS DE EVITACIÓN) DE LA PERSONALIDAD

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).
B. al menos cuatro de los siguientes:

1) Sentimientos constantes y generalizados de tensión emocional y temor.
2) Preocupación constante consigo mismo y sentimientos de inseguridad e inferioridad.
3) Hipersensibilidad al rechazo y a las críticas.
4) Resistencia a entablar relaciones personales, a no ser que se reciban fuertes garantías de una aceptación sin críticas.
5) Restricción del estilo de vida, debida a la necesidad de certeza y seguridad.
6) Evitación de actividades sociales y laborales que conllevan un contacto interpersonal significativo debido al miedo a la crítica, a la desaprobación o al rechazo.

F60.7 TRASTORNO DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

A. Debe cumplir los criterios generales de trastorno de la personalidad (F60).

B. al menos cuatro de los siguientes:

1) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
2) Subordinación de las propias necesidades a las de aquellos de los que se depende y sumisión excesiva a sus deseos.
3) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables a las personas de las que se depende.
4) Sentimientos de incomodidad y abandono al estar solo, a causa de un temor exagerado a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
5) Preocupación acerca de ser abandonado a su propia suerte.
6) Escasa capacidad para tomar decisiones cotidianas sin un apoyo, consejo y reaseguramiento excesivo por parte de los demás.

F60.8 OTROS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD

Utilícese esta categoría si ninguna de las precedentes es adecuada cuando se satisfacen los criterios generales de trastornos de personalidad enunciados en F60 (véase también el anexo 1). Puede añadirse un dígito extra para identificar trastornos específicos de personalidad no recogidos aún en la CIE-10. Cuando se use el código F60.8 es siempre recomendable anotar una descripción esquemática de la desviación concreta de la personalidad.

F60.9 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO

F61 TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

No se ha considerado adecuado ofrecer criterios para estos trastornos mixtos. Aquellos que se dediquen a la investigación en este campo deberán fijar los suyos propios, en función del objetivo de su estudio.

F61.0 TRASTORNOS MIXTOS DE LA PERSONALIDAD

Se presentan algunos de los criterios de varios de los trastornos de F60 pero sin llegar a cumplirse los criterios requeridos para ninguno de ellos.

F61.1 CAMBIOS CONFLICTIVOS DE LA PERSONALIDAD NO CLASIFICABLES EN F60 Ó F62

Estos cambios no son clasificables en F60 o F62 y se consideran secundarios a un diagnóstico principal de trastorno afectivo o de ansiedad persistente.

F62 TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD NO ATRIBUIBLE A LESIÓN O ENFERMEDAD CEREBRAL IMPORTANTES

F62.0 TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS UNA EXPERIENCIA CATASTRÓFICA.

A. Evidencia, obtenida de la anamnesis personal o de informantes adecuados, de un cambio persistente y definido del estilo personal de percibir, relacionarse y pensar sobre el mundo y sobre uno mismo, tras haber padecido un acontecimiento, estresante catastrófico (por ejemplo, experiencia en campos de concentración, tortura, desastre, exposición prolongada a situaciones de amenaza vital).

CAPITULO VI:

DIFERENTES NIVELES DE ABORDAJE. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS Y EDUCATIVOS IMPLICADOS.

6. INTRODUCCIÓN.

6.1 UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCAS).

6.2 OTROS RECURSOS ASISTENCIALES SOCIO-SANITARIOS IMPLICADOS:

6.2.1 UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIAS (UDH).
6.2.2 CENTROS DE DÍA.
6.2.3 UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN RESIDENCIAL (UDR).
6.2.4 CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA (CEA).
6.2.5 LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN COMUNITARIA (UPC).
6.2.6 LAS UNIDADES DE VALORACIÓN Y APOYO EN DROGODEPENDENCIAS (UVAD).

6.3 NIVELES DE INTERVENCIÓN Y PRESTACIONES BÁSICAS.

6.3.1 PRIMER NIVEL ASISTENCIAL.
6.3.2 SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL.
6.3.3 TERCER NIVEL ASISTENCIAL.

6. INTRODUCCIÓN

La ley de 3/ 1997 de 16 de junio de 1997, " Sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos ", refiere el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como uno de los problemas de mayor gravedad en nuestra sociedad. Asimismo, en el articulo 10 sobre principios básicos dela asistencia sanitaria a las mismas, reconoce a las personas drogodependientes como enfermos y todo lo que ello conlleva.

En su artículo 11.2 , dice que " Las prestaciones médico-asistenciales a las personas drogodependientes y con otros trastornos adictivos se realizarán en las Unidades de Conductas Adictivas. Estos dispositivos se integrarán en la Conselleria de Sanidad, plenamente normalizados dentro de la estructura de la misma y coordinados con los demás recursos sanitarios del Área de Salud correspondiente.

6.1 UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS (UCAS).

La orden de 7 de Julio de 1997 de la Conselleria de Sanitat, por la que se crean las Unidades de Conductas Adictivas, tal como se refleja en la Disposición transitoria quinta de la ley antes mencionada, en el artículo tercero dice que las UCAs son Unidades de Apoyo de los equipos de Atención Primaria y se configuran como el recurso primario de atención a las drogodependencias y otros trastornos adictivos dentro del sistema sanitario público.

En el artículo seis de la citada orden, define las funciones de las UCAs como:

- El diagnóstico y tratamiento sanitario, en régimen ambulatorio, incluyendo la atención a sus familiares.
- Asesoramiento de los recursos del Área de Salud.
- La coordinación con los distintos recursos sanitarios del Área de Salud.
- Participación en las actividades de formación e investigación.
- Colaboración con los programas de prevención que pudieran desarrollarse.
- Coordinación con los recursos sociales, así como derivación de casos a los mismos.
- Cualquier otra función que esté relacionada con la prevención y la atención de las drogodependencias que fuera encomendada por la Dirección de Atención Primaria.

A los efectos del PAVDTA (Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos), y de conformidad con lo establecido en el articulo 3 del Decreto 47/1998, de 15 de abril, del Gobierno Valenciano, son centros de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, y, consecuentemente, específicos para la prestación de servicios en la materia, con carácter habitual y profesional, los siguientes:

- Las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) son centros o servicios de tratamiento ambulatorio (desintoxicación y deshabituación) de los trastornos adictivos que desarrollan actividades asistenciales a los enfermos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos.
- Las Unidades de Alcohología (UAs): subtipo específico de Unidades de Conductas Adictivas dirigida a la asistencia a pacientes que presenten diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol.

En el artículo ocho de la citada, se dice que las UCAs dependerán orgánica y funcionalmente de la Dirección de Atención Primaria.

Los profesionales que atienden una Unidad son: Médico, psicólogo y enfermero. Formando el equipo terapéutico de la misma.

En el Proyecto de Organización y Funcionamiento de la UCA de Sagunto (Area 3, reg : 3538 de Establecimiento Sanitario por la Ordenación Sanitaria de la Conselleria de Sanidad), se nombra a el equipo terapéutico, el órgano máximo de toma de decisiones de la Unidad, y lo constituyen todos sus miembros. A través de la Reunión de Equipo, se tomarán las decisiones pertinentes al diseño del Plan Terapéutico de cada usuario, sus evaluaciones periódicas y cualquier otra decisión sobre tratamientos individuales o asuntos de funcionamiento de la Unidad, salvo las que competen al responsable (Orden de 7.7.97):

- Se responsabilizará de la realización del Proyecto de Organización y Funcionamiento de la UCA que será remitido al Director de Atención Primaria del Área.
- Presentar la memoria anual de actuaciones desarrolladas por la UCA, al Director de Atención Primaria.
- Velará por el correcto cumplimiento del Proyecto de Organización y Funcionamiento aprobado por el Director de Atención Primaria del Área.
- Coordinación Institucional con los distintos recursos sanitarios y otras instituciones públicas.
- Responsable de la relación de la UCA con el Director de Atención Primaria de Área en aquellas cuestiones que correspondiera.

Siendo pues, las funciones del Equipo terapéutico:

- Diagnóstico y tratamiento de los pacientes que presenten algún tipo de patología adictiva, así como asesoramiento y/o tratamiento a los familiares directamente afectados.
- Coordinación y derivación de usuarios a los distintos recursos públicos sanitarios y sociales del Área.
- Asesorar a los recursos sociosanitarios del Área en materia de conductas adictivas, especialmente a los recursos de Atención Primaria.
- Colaborar en las actuaciones que en materia preventiva de las drogodependencias, puedan desarrollarse en el Área.

Serán funciones específicas del Área Sanitaria:

- Tratamiento farmacológico de las adicciones.
- Diagnóstico sanitario y tratamiento de patologías asociadas al consumo de sustancias.
- Control y seguimiento sanitario de las enfermedades asociadas a la adicción.
- Educación para la Salud.

Funciones específicas del Área Psicológica:

-Diagnóstico de la psicopatología asociada al consumo, diseño de programas de tratamiento específicos para tal psicopatología, así como , la realización de la psicoterapia a tal efecto.

Los objetivos de la Unidad, los dividimos en generales y específicos (orientados a la salud pública, orientados al usuario):

GENERALES

- Garantizar la accesibilidad de la Unidad de Conductas Adictivas a todas aquellas personas que demanden asistencia por abuso/dependencia de sustancias o cualquier otra adicción.
- Informar de todos los recursos públicos existentes en la Comunidad Valenciana.
- Lograr la permanencia del usuario dentro de la estructura socio-sanitaria.
- Evaluar objetivamente el estado de salud de la población en lo referente al consumo de drogas de abuso.
- Establecer una coordinación permanente y efectiva con toda la red asistencial.

ESPECÍFICOS

ORIENTADOS A LA SALUD PÚBLICA

- Reducir la transmisión de enfermedades infecciosas (VIH, TBC, Hepatitis víricas,...) derivadas de las prácticas de riego asociadas al consumo.
- Evaluar e informar de los cambios que se producen en los patrones de consumo de las sustancias.
- Reducir la incidencia de conductas antisociales.

ORIENTADOS AL USUARIO

- Mejorar la calidad de vida.
    - Valorar las causas de la demanda y su viabilidad.
    - Clarificar la demanda, diferenciando la implícita de la explícita.
    - Aumentar la motivación para la abstinencia.
    - Ayudar a el usuario a elaborar estrategias que posibiliten abandonar o controlar el consumo de sustancias.
    - Verificar el cumplimiento de la abstinencia, de acuerdo con el plan de intervención establecido para cada usuario.
    - Educar a los usuarios en hábitos de vida saludables, que eviten o disminuyan los riesgos para su salud.
    - Instar al paciente al uso del sistema de salud para el control de las enfermedades que padezca.
    - Controlar el cumplimiento de las prescripciones por enfermedades de transmisión.
    - Prevenir y tratar la aparición de psicopatologías asociadas al consumo.
    - Identificar y tratar los síntomas y trastornos del adicto.
    - Orientar y apoyar a la familia del drogodependiente obteniendo su colaboración e implicación en todo el proceso de intervención.
    - Asesorar a los usuarios sobre formación, empleo y uso del tiempo libre.
    - Mejorar la adaptación psico-social del usuario.

6.2 OTROS RECURSOS ASISTENCIALES IMPLICADOS.

6.2.1 LAS UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA (UDH).

Son aquellas que, dentro de un Centro Hospitalario, realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren.

6.2.2 LOS CENTROS DE DÍA (CD).

Son aquellos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamientos de deshabituación, rehabilitación y reinserción mediante terapia psicológica, formativa y ocupacional, y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con objeto de facilitar su incorporación social.

6.2.3 LAS UNIDADES DE DESHABITUACIÓN RESIDENCIAL (UDR).

Son aquellos centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabituación, rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional y promueven la participación activa de los pacientes, por un tiempo determinado, con

objeto de facilitar su incorporación social, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren.

6.2.4 LOS CENTROS DE ENCUENTRO Y ACOGIDA (CEA).

Son aquellos recursos que, en régimen de internamiento temporal y/o ambulatorio, plantean su intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico, desde un modelo de disminución de daños y riesgos, priorizando el objetivo de minimizar los daños provocados por las conductas adictivas.

6.2.5 LAS UNIDADES DE PREVENCIÓN COMUNITARIA (UPCs).

Son aquellos recursos que, perteneciendo a una Corporación Local, desarrollan actuaciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y, por tanto, los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludable y una cultura de salud que incluya el rechazo del consumo de drogas.

6.3 LAS UNIDADES DE VALORACIÓN Y APOYO EN DROGODEPENDENCIAS (UVAD)

Son aquellos recursos que tienen como función el asesoramiento y apoyo a los órganos jurisdiccionales en la valoración de drogodependientes con problemas legales.

6.4 NIVELES DE INTERVENCIÓN Y PRESTACIONES BÁSICAS.

6.4.1 PRIMER NIVEL ASISTENCIAL.

El primer nivel asistencial, está constituido por los siguientes centros y servicios socio-sanitarios, generales y específicos:

a) Equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud y consultorios auxiliares.
b) Equipos Sociales de Base (ESB) de los Centros sociales dependientes de la Administración Local.
c) Unidades de Prevención del SIDA (UPS) y Centros de Información y Prevención del Sida (CIPS) de los Centros de Salud Pública.
d) Unidades de Prevención Comunitaria (UPC) de la Administración Local.
e) Centros y Servicios dependientes de la Administración de Justicia y Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD).
f) Programas gestionados por organizaciones no gubernamentales (ONGs) y Asociaciones de Ayuda y Autoayuda, en los términos establecidos en la legislación vigente.

Son prestaciones del primer nivel asistencial a las personas drogodependientes y con trastornos adictivos:

1. La información, orientación, asesoramiento, motivación, educación sanitaria y promoción de la salud, y en su caso, la derivación hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria o social.
2. Pronóstico, diagnóstico y detección precoz: valoración previa de las personas para la toma de decisiones terapéuticas.
3. La atención a su problemática social y a las patologías somáticas asociadas al uso y/o abuso de drogas y otros trastornos adictivos.
4. El apoyo a su proceso de incorporación social.
5. La ayuda y asesoramiento a sus familiares y entorno afectivo.

6.4.2. SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL.

El segundo nivel está constituido por los siguientes centros y servicios generales y específicos:

a)Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) se constituyen como dispositivo de referencia del modelo en su correspondiente Área de Salud, y cuya definición y funciones se determinan en la Orden de 7 de julio de 1997, de la Conselleria de Sanidad (DOGV n°: 3.092, de 03.10.97). Cuando en un Área de Salud aún no existiera una Unidad de Conductas Adictivas, se determinará como unidad de referencia la más próxima al lugar de residencia del solicitante de asistencia.

b)Unidades de Salud Mental (USM): en cuanto refiere al tratamiento de la patología dual que pudiera concurrir.

c)Unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y de media estancia: en iguales términos que las Unidades de Salud Mental cuando fuera precisa hospitalización.

d) Hospitales Generales y Centros de Especialidades: en referencia a tratamientos de patologías orgánicas concomitantes.

Son prestaciones del segundo nivel asistencial a las personas drogodependientes y con trastornos adictivos:

1. La planificación individualizada del proceso terapéutico: desintoxicación, deshabituación y rehabilitación ambulatoria.
2. El apoyo y coordinación de los procesos de incorporación social y familiar, así como a los recursos del nivel primario y terciario de intervención.
3. El diseño y desarrollo de los programas de mantenimiento con opiáceos y de reducción de daños.
4. La atención a las patologías somáticas y psiquiátricas asociadas al consumo de drogas.
5. La atención a las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
6. La educación sanitaria y de apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA.
7. La intervención familiar orientada a la consecución de los objetivos terapéuticos.

6.4.3 TERCER NIVEL ASISTENCIAL.

El tercer nivel asistencial está constituido por los siguientes centros y servicios sociales y sanitarios, generales y específicos:

a) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
b) Unidades de Deshabituación residencial (UDR).
c) Centros de Día (CD).
d) Centros de Encuentro y Acogida (CEA).

Las prestaciones de este nivel de intervención son las señaladas, con carácter general, en la definición de éstos centros.

El acceso a estos centros y servicios quedará condicionado a la previa solicitud efectuada desde la Unidad de Conductas Adictivas o Unidad de Alcohología que correspondiere a su Área de referencia.

CAPITULO VII: BIBLIOGRAFÍA COMENTADA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987).
Manual diagnóstico y Estadistico de los trastornos mentales (DSM-III-R).
4 ° reimpresión, Barcelona, MASSON.
660 pags.

Clasificación Americana de los Trastornos mentales, donde se establecen los criterios diagnósticos, más ampliamente establecidos y comunicados de la comunidad científica, muy utilizados en la práctica clínica habitual en drogodependencias.

Tras ésta revisión vino la DSM-IV y en la actualidad vamos por la DSM-IV-TR (2001), pags 217-332.

BOBES,J.; PORTILLA, M.P.G. (2002).
Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.
Barcelona. 2 Edición ED: Ars Médica.
Pags: 142.

Importante compendio de instrumentos tipo test para evaluación de los problemas de la salud mental. Entre las paginas 15-26, ejemplos de difentes cuestionarios, fundamentalmente alcoholismo (CAGE, MALT, AUDIT, ISCA, SADQ, EIDA, OCDS), problemas de abuso (EuropASI), Tabaquismo (Fagerström). En la segunda edición completada con un CD en el que se obtienen totas la escalas referidas en el texto.

CASAS BRUGUÉ, M.;ETCHEBERRIGARAY, A. (1997).
Trastorno bipolar y Drogodependencias.
En: E. Vieta; C. Gastó,Trastornos Bipolares,Barcelona, Ed. Springer.
Pags(312-317).

Reflexiones sobre la patología dual y la comorbilidad psiquiátrica y adictiva, teniendo el trastorno bipolar como ejemplo o caracterización de la problemática. Reflexiones sobre la Hipótesis de la Automedicación en relación al abordaje terapéutico de las adicciones.

CASAS BRUGUÉ, M.; GUTIERREZ, M.; SAN L. (1994).
Psicopatología y Alcoholismo.
Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
Pags. 558.

Libro muy importante en el contenido biológico, aspectos genéticos, neurobiología en el alcoholismo, investigación básica. También en instrumentos diagnósticos y marcadores biológicos. Otros aspectos que lo completan más históricos, clínicos : trastorno de pánico, suicidio, trastorno psicótico, asistenciales: Grupos de terapia, la primera consulta, análisis de la demanda asistencial.

CUEVAS BADENES, J.; SANCHIS FORTEA, M. (2000).
Tratado de Alcohología.
Valencia. NILO Industria Gráfica, S.A.
Pags. 443.

Completísimo tratado sobre la problemática del alcoholismo : Históricos, etiológicos, bases bioquímicas, farmacológicas del abordaje de sus problemas adictivos, patología orgánica, recursos asistenciales (urgencias, tratamientos de los trastornos adictivos), consecuencias familiare, laborales, aspectos legales y jurídicos. A destacar la experiencia valenciana en el abordaje y en el planteamiento asistencial especializado: hacia una normalización asistencial. " El modelo Valenciano ".

GALANTER, M.; CLÉBER, H. D. (1997).
Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press.
Barcelona, Masson.
490 pags.

Nace de la APA, American Psychiatric Association, en 1982, designó un Comité para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos (26 grupos de trabajo). Se centra principalmente en las técnicas de tratamiento establecidas, siguiendo un adecuado formato que pretende ser docente. En tres partes 1) Visión General del Tratamiento (bases del mismo: tipologías de adictos , resultados de la investigación; 2) Tratamiento de pacientes (Distintas sustancias); 3) Modalidades de Tratamiento (Teorías psicodinámicas, Psicoterapia individual, Terapia familiar sistémica, Programas especiales: Tratamiento Hospitalario, Comunidades Terapéuticas, Alcohólicos Anónimos,...).

GALLEGOS DÍAZ, J.J. (1996).
Prevención de la drogadicción.Vol I: En la familia. VolII :En la escuela.
Madrid. Ed. Bruño.
180 y 199 pags.

Son dos manuales sobre Prevención de las Drogodependencias. Tratamiento muy didáctico de los conceptos básicos. Remarca la importancia de los aspectos educativos tanto en el ámbito familiar, la verdadera educación y transmisión de valores, actitudes saludables. La importancia de la escuela como socializadora y el papel de la escuela promotora de la salud. Problemáticas concretas en la familia y en la escuela para su análisis. Inicia análisis de la prevención comunitaria. Recursos asistenciales de referencia. Legislación en la materia.

GAMELLA, J.F.; ALVAREZ, A. (1997).
Drogas de Síntesis en España. Patrones y Tendencias de Adquisición y consumo.
Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
Pags: 386.

Revisión del problema de las Drogas de Síntesis (sustancias, usuarios) aportando un detallado estudio resultado de una encuesta de campo en consumidores, base para el análisis real de la problemática y el abordaje asistencial especializado: prevención y asistencia de la patología asociada.

GENERALLITAT VALENCIANA (1999).
Normativa Autonómica Valenciana en materia de drogodependencias.
Valencia. Ed. QUILES, Artes Gráficas, S. A.
Pags: 395.

Reúne el marco Normativos Básico de las Drogodependencias en la Comunidad Valenciana, Ley 3/1997. Asistencia Sanitaria (Orden de 7 de Junio de 1997), Acreditaciones de centros y servicios de Atención y Prevención de las drogodependencias (Decreto 47/ 1998, del 15 de Abril), Publicidad (decreto57/ 1998, del 28 de Abril, de bebidas alcohólicas y tabaco), Organización y competencias , de los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de Drogodependencias (decreto 238/1997, de 9 de septiembre), Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos 1999-2002 , Subvenciones y conciertos (Orden del 9 de diciembre de 1998, de la Conselleria de Bienestar Socia; Orden de 25 de febrero de 1999; decreto 51/1999, de 30 de marzo; Orden de 14 de abril de 1999, de la Conselleria de Bienestar Social. Prevención (Decreto 78/ 1999, de 1 de junio, del Gobierno Valenciano):criterios básicos para la acreditación de los programas de prevención en drogodependencias y otros trastornos adictivos, y se constituye el Comité Técnico de Prevención de las Drogodependencias de la Comunidad Valenciana Apéndice de Legislación de las Comunidades Autónomas (Cataluña, Navarra, Castilla y León, Castilla- La Mancha, Galicia, Andalucía Cantabria, Murcia, País Vasco, Canarias y Extremadura.

GARCIA-RODRIGUEZ, J.A.; LOPEZ SÁNCHEZ, C. (2001).
Manual de Estudios sobre Alcohol.
Madrid. Ed. EDAF.
PAGS 636.

A modo de tratado en 21 capítulos en relación con la problemática del alcoholismo, a destacar los referentes a los aspectos preventivos y de organización asistencial. En lo referente a la asistencia: Estrategias de reducción de daño en el alcoholismo, cumplimentación de tratamientos.

GOLDSTEIN, A. (1994)
Addiction.
Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
331 pags.

Muy didáctico, reflexiona sobre los distintos aspectos de la neurobiología de los Trastornos adictivos, en un lenguaje asequible para los lectores no especializados. Hace un repaso explicativo a los conceptos básicos de las adicciones. En la segunda parte expone sustancia por sustancia sus problemas, de usuarios a las mismas y acerca a el abordaje terapéutico. En la última insinúa los debates sociales al respecto de las adiciones: prevención, los problemas legales, políticas socio sanitarias.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994).
Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10).
Madrid. Ed. Meditor.
Pags. 295.

Manual de criterios diagnósticos, diseñado para ser usado en investigación, clínico como deocente para psiquiatras y otros profesionales de la Salud Mental. pags 71- 89 referencian los trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotropas.

RUBIO, G; LOPEZ-MUÑOZ, F.;ALAMO,C.; SANTO-DOMINGO,J. (2002).
Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.
Madrid. Ed. Médica Panamericana, S.A.
Pags 795.

Actualización en un tratado amplio de toda la problemática adictiva: 1) Fundamentos Neurobiológicos, 2) Epidemiología, modelos de relación, patología dual, 3)Diagnóstico, 4) Terapéutica psiquiátrica y dual 3) Quirúrgica, asociada a la via parenteral, interacciones farmacológicas del tratamiento farmacológico de la patología dual.

De gran valor para el análisis de la Patología Dual y las relaciones terapéuticas interdisciplinares adecuadas para su manejo.

SANCHIS FORTEA, M.; MARTÍN YÁNEZ, E. (1997).
Alcohol y Drogas depende de todos.
Valencia. Generalitat Valenciana. C. Benestar Social. Dirección General Drogodependencias.
Pags. 58.

Trabajo merecedor de la distinción “ Premio Reina Sofía contra las Drogas 1996 “, en su modalidad de Comunicación Social. Artículos de materia preventiva publicados en la prensa LAS PROVINCIAS, de gran utilidad para el análisis de la problemática comunitaria. Ejemplos didácticos, Cuadros y Tablas, que hacen amena la divulgación de contenidos preventivos y datos estadísticos y epidemiológicos.

SOLER INSA, P. A.; GASCÓN BARRACHINA, J. (1994).
Recomendaciones Terapéuticas básicas en los Trastornos Mentales.
Barcelona. Masson. Ediciones científicas y Técnicas, S. A.
220 pags.

Imprescindible en la práctica médica de los trastornos adictivos, repasa toda la terapéutica de la salud mental, siguiendo la clasificación CIE –10, es un trabajo coordinado por los autores de un Comité Interdisciplinario de Servicios de Psiquiatría Catalanes (Hospital de Sant Pau, Hospital del Mar, Hospital Mutua de Terrassa, del que proceden los autores,...). Haciendo recomendaciones generales, redefiniendo los diagnósticos y consensuando terapéuticas que se acercan al concepto de protocolización de las intervenciones concretas.

Van por una segunda revisión (RTM-II), 1999, de la cual en su segunda edición, cabría destacar la inclusión de los Programas de Reducción de Riesgos, analizando los programas clave : Programas de mantenimiento con metadona; Programas de intercambio de jeringuillas. Aborda problemáticas nuevas como las debidas a consumo de Drogas de Síntesis y el tratamiento motivado por los problemas frecuentes asociados a la utilización de las mismas. Cuestionarios y Escalas diagnósticas para Alcoholismo. Pruebas diagnósticas: Test de naloxona. (pags: 11-52).

TERRADA, M. L.; PERIS BONET, R. (1988).
Lecciones de Documentación Médica.
Valencia. Artes Graficas.
Pags. 114.

Análisis de distintos problemas de la Documentación médica. Refiere varios capítulos a la HCOP o de Weed. Enseña a la adecuada realización de una bibliografía. Introduce el análisis bibliométrico. Clasificaciones, bases de datos, archivos centrales de Historias clínicas, Registros de enfermedades.