

Dedicado a nuestros pacientes y alumnos.

Agradecimientos:

A Jaime y Angela, de Zambón.

A Rosa María, de Juste.

A Gustavo, de Novartis.

A Joaquín, de Jansen.

A Paco, Pilar y Pepe, de Castelló d'Impressió.

AUTORES

ALBIACH CATALÁ, CARMEN.

Mancomunitat de l'Horta Nord.
Psicóloga. Unidad Conductas Adictivas Massamagrell. Area 4.
Master Drogodependencias. Universidad de Valencia.

BELTRÁN VICIANO, MIGUEL ANGEL.

Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.
Médico. Responsable. Unidad Conductas Adictivas de Sagunto. Area 3.
Master en Drogodependencias. Universidad de Barcelona.
Diplomado en Sanidad. EVES. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III.
Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Universidad de Valencia.

BLASCO CALPE, VICENTE.

Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.
Psicólogo. Unidad Conductas Adictivas Alcoi.
Master en Drogodependencias. Universidad de Valencia.

LOPEZ Y SEGARRA, FRANCISCO.

Director y presidente de PATIM.
Sociólogo y Criminólogo.
Master Drogodependencias. Universidad de Valencia.
Profesor asociado Universidad Jaume I.

PALAU MUÑOZ, CARMEN.

Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.
Psicóloga. Unidad Conductas Adictivas Paterna. Area 5.
Master Drogodependencias. Universidad de Valencia.

SANTOS DIEZ, PATXI.

Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.
Doctor en Psicología.
Psicólogo. Unidad de Conductas Adictivas Xàtiva.

TRATAMIENTO DE
LAS
ADICCIONES.

INDICE

INDICACIÓN TERAPÉUTICA.

Unidades de Conductas Adictivas (UCAs).

Otros recursos asistenciales implicados.

Niveles de intervención y prestaciones básicas.

HISTORIA CLÍNICA.

Descripción de sus características.

Datos iniciales. Lista de problemas. Planes iniciales. Notas de evolución.

Ventajas y limitaciones.

ABORDAJE TERAPÉUTICO.

Clasificación (CIE-10).

ALCOHOL

Intoxicación Etílica.

Dependencia alcohólica.

Abuso Alcohol.

Sd. Dependencia alcohol, abordaje psicoterapéutico.

OPIÁCEOS

Intoxicación opiáceos.

Sd. Abstinencia opiáceos.

Sd. Dependencia opiáceos.

Craving y su correlación con el consumo en dependientes opiáceos en tratamiento con metadona.

Intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en mantenimiento con metadona.

Intervenciones psicoterapéuticas en centros de media y larga estancia en Drogodependientes.

CANNABIS

Intoxicación aguda por cannabis.

PSICOESTIMULANTES

Intoxicación por cocaína.

Intoxicación por otros estimulantes.

Dependencia cocaína.

Abuso cocaína.

Sd Abstinencia cocaína / Otros estimulantes.

Otros Trastornos inducidos por estimulantes.

SUSTANCIAS VOLÁTILES

Intoxicación por inhalantes.

Dependencia inhalantes.

Abuso inhalantes.

ALUCINÓGENOS

Clasificación.

Características principales.

Intoxicación aguda debida a su consumo.

ABORDAJE DE LA INSERCIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE.

Introducción. Modelo micromodular y de búsqueda de empleo por itinerarios desde un Centro de Día.

Abordaje Teórico.

Abordaje Práctico.

Conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA.

INDICACIÓN TERAPEUTICA.

Desde el clásico artículo de Eusebio Megías, en Comunidad y Drogas (1987), sobre Indicación terapéutica en drogodependencias, se ha avanzado mucho en este campo, investigadores básicos, clínicos: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, han ido aportando su experiencia y aplicando la terapéutica basada en la evidencia, en el campo de las adicciones. La importancia del establecimiento de un PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL, ya entonces reflejada en el artículo, reflejaba la necesidad de adecuar las estrategias asistenciales a la necesidad individual. El establecimiento de una INDICACIÓN TERAPÉUTICA diferencial en drogodependencias, ha sido la clave para el desarrollo de los avances clínicos más representativos en éste campo.

En el proceso terapéutico, se plantea, incluso en un mismo paciente, distintos momentos de su abordaje asistencial, con objetivos terapéuticos diferentes en cada uno de ellos y con abordajes e incluso recursos terapéuticos implicados en el mismo diferenciales:

- Objetivo 1: Mejora de la calidad de vida del paciente, sin modificar el hecho de la abstinencia en el consumo.
Incluye:
 - Disminución del número y gravedad de los trastornos de salud secundarios.
 - Disminución de las complicaciones criminógenas y legales,
 - Disminución de las alteraciones sociopersonales.

- Objetivo 2 : Mejoras parciales en relación con el consumo.
Incluye:
 - Abstinencias transitorias.
 - Disminución de la gravedad del consumo (dosis, vía de administración, tipo de sustancia,...).

- Objetivo 3: Sustitución controlada de la sustancia por otra con menos consecuencias personales y sociales.
Que puede plantearse sin límites temporales (programas de mantenimiento) o como un paso previo e intermedio de cara a la abstinencia.

- Objetivo 4 : Eliminación de la dependencia y consecución de la abstinencia como definitiva de la forma de vida.
Incluye:
 - Capacidad de abstinencia y control.
 - Mejoría de salud física.
 - Maduración de la personalidad.
 - Reordenación de la dinámica sociopersonal, familiar, etc.

La selección de cada uno de estos objetivos constituye el empeño profesional dentro del campo adictivo, supondrá el análisis detallado de la demanda del paciente, de todos los componentes de esta demanda, unos objetivables y descriptibles, otros interpretables o conjeturables.

Las estrategias de intervención, se establecerán según los objetivos señalados

- Objetivo 1: Podrá ser necesario en los casos que el paciente no acude, no acude voluntariamente, a los centros de atención. También cuando llega con una demanda que descarta explícitamente la abstinencia o cuando, aún existiendo este deseo explícito, éste se

presenta claramente dudoso o desmentido por un comportamiento habitual que subraya un sentido contrario.

Podrán contemplarse dos estrategias de intervención:

1. Intervenciones no programadas, de carácter puntual, recortado y sintomático, en las que se actúa sobre la demanda y, fundamentalmente, a través de dispositivos inespecíficos de las redes públicas sanitarias y sociales, grupos de autoayuda. Actuaciones sintomáticas de urgencias, la atención de las complicaciones médicas, las ayudas económicas, el consejo legal, la facilitación de comidas o camas, etc...
2. Intervenciones con una programación más específica, montadas más sobre las necesidades del colectivo que sobre exigencias individuales. Incluirían un servicio continuado de atención y orientación para familias de enfermos, un servicio telefónico de 24 horas, un dispositivo de atención para síndromes de abstinencia, un programa de albergues, un plan de facilitación e intercambio de jeringuillas, etc... Siendo actuaciones más específicas, que podrían ser responsabilidad, según los casos y las circunstancias concretas de la realidad local, de servicios públicos comunes, servicios especializados dentro de dispositivos generales, recursos específicos de autoayuda y otros.

- Objetivo 2: Normalmente en relación a baja motivación o a posiciones personales y, otras, que apunten a especiales dificultades para la abstinencia mantenida. No se refiere a aquellas circunstancias de fracaso o logros incompletos de un objetivo de abstinencia del consumo, sino a aquellas en las que se acepta un objetivo a priori menos ambicioso, que se conforma con remisiones parciales.

Ejemplos de actuaciones: Realización de curas de desintoxicación aisladas, los seguimientos periódicos de casos con intervenciones de apoyo médico, personal o social, el apoyo y orientación a familias, la intervención grupal sobre colectivos adictos.

Es claro que, junto a la finalidad principal de conseguir mejoras en la situación de consumo, con estas acciones se puede conseguir al propiciar un planteamiento personal más ambicioso en cuanto a modificaciones de la situación global.

- Objetivo 3: En las personas que solicitan o, al menos, aceptan algún tipo de intervención controlada y programada que mejore su situación global pero de los que, por diversas razones, no puede esperarse razonablemente una conducta abstinenta, al menos en un primer momento.

Suelen ser casos en los que los fracasos anteriores repetidos, el deterioro físico o social, el estadio del proceso de la dependencia al que se ha llegado, etc., limitan seriamente las perspectivas. El planteamiento es el de sustitución o agonizar con sustancias controladas, menos nocivas para el y para los demás, y proporcionarla hasta que las circunstancias del paciente cambien (tratando por supuesto de ayudarlas a cambiar). Casos especiales como las embarazadas, recomiendan estas estrategias, siendo preferible sustituir que suprimir radicalmente el tóxico.

Lo que se pretende, por tanto, con estos programas, es por un lado, la disminución de la gravedad de las consecuencias del consumo y el control del mismo, y por otro, el propiciar unas intervenciones que permitan, si ello es posible, un segundo momento de abstinencia.

Ejemplos: Programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos.

- Objetivo 4: Existe otro grupo de pacientes, con los que, razonablemente, es posible plantearse unas exigencias de abstinencia, con lo que ello comporta, tanto en relación con un

cambio sustancial de su forma de vivir e interactuar, como en relación con las consecuencias que van a connotar su vida de forma secundaria.

Es el objetivo más ambicioso y el que comporta cambios en mayor profundidad.

Las estrategias a utilizar en la persecución de objetivos de este grupo deben contar con las siguientes características:

- Programas de intervenciones amplio, estructurado, que abarque los diversos y complejos momentos de la atención.
- Abordaje obligatoriamente multidisciplinar, que permita intervenir sobre los diversos niveles de conflicto.
- Diversidad de recursos para posibilitar respuestas diversas a problemas diferenciados.
- Coordinación de recursos sanitarios y sociales.
- Intervención multifocal, sobre el individuo y sobre su entorno familiar y social.
- Compromiso del paciente para encarar la responsabilidad del cambio.

Desintoxicación: Suprimir la droga, vigilar y paliar las posibles consecuencias de la privación, reconstituir lo más rápidamente posible la situación metabólica que la presencia del tóxico alteraba, aprovechar la especial situación para trabajar: motivación, confianza, dependencia, regresión, reafirmamiento personal, etc..

En función de cuáles de estos objetivos se pretendan y de cuales sean las circunstancias del paciente (estado físico, motivación, contención familiar, posibilidades de control, características de la situación toxicológica,...) habrá de optarse por alguna de las situaciones en que se puede llevar a cabo la desintoxicación:

- Desintoxicación en una Unidad de Desintoxicación Residencial, en la que se va a continuar.
- Desintoxicación en internamiento hospitalario (ultracorto, corto).
- Desintoxicación domiciliaria u ambulatoria.
- Desintoxicación por reducción progresiva u autocontrolada del consumo u dosis administrada.

En cuanto a los instrumentos terapéuticos que ayudan en la desintoxicación, los más utilizables serían:

- Manejo ambiental (familiar y grupal) que permita un contexto de control y apoyo.
- Apoyo psicoterapéutico para reforzar la motivación, desdramatizar la abstinencia, asegurar a través de identificaciones positivas, etc...
- Tratamiento farmacológico, adecuado a las circunstancias personales del paciente, al ámbito y al tipo de desintoxicación.

Rehabilitación: Intento de cambiar en profundidad la estructura del sujeto, su mundo intra y extra personal. Reordenar la situación en todos los ámbitos, reestructurar psicológicamente una personalidad, una persona sustancialmente alterada:

- reconstrucción de la organización metabólica, biológica, bioquímica, etc., alterada por la droga.
- Ruptura de los hábitos personales de consumo.
- Reafirmación de la autonomía personal.
- Aumento de los recursos y potenciales individuales.
- Reorganización de la dinámica de inclusión familiar.
- Reorganización de las interacciones con el ámbito laboral y social.
- Reforzamiento, en suma, de las posibilidades de la persona de cara a su actuación individual, familiar, laboral, social,..., en libertad de acción y sin precisar de la utilización de la sustancia adictiva.

Es posible, el encuadre en tres estrategias fundamentalmente:

1. Rehabilitación en régimen cerrado, fundamentalmente en Unidades de Desintoxicación Residencial.
2. Rehabilitación en régimen intermedio: Centros de Día.
3. Rehabilitación Ambulatoria.

En relación con los instrumentos para la rehabilitación, podrían agruparse en:

1. Intervenciones médicas:
 - Diagnóstico y tratamiento de problemas físicos.
 - Diagnóstico y tratamiento de complicaciones psiquiátricas primarias y secundarias.
 - Facilitación de la abstinencia con fármacos antagonistas, anticraving, estabilizadores,...
2. Intervenciones psicológicas y psicoeducativas:
 - Psicoterapias individuales (de apoyo, cognitivas, dinámicas, conductistas,...).
 - Psicoterapias familiares (sistémicas, dinámicas,...).
 - Psicoterapias de pareja.
 - Terapia ocupacional.
 - Otras psicoterapias: terapias expresivas, musicoterapia, relajación, ludoterapia,...
3. Intervenciones de apoyo social:
 - Apoyo familiar.
 - Formación en habilidades sociales.
 - Formación laboral.
 - Tutoría laboral.
 - Asociaciones.
 - Grupos de Autoayuda.

Resaltar que cada aspecto mencionado se explica a continuación con más detalle, que los autores de este libro pertenecemos a un contexto envidiable dentro del Sistema Público de Tratamiento de la Conductas Adictivas, que se ha venido a denominar por algunos autores: “ El modelo valenciano ” de intervención en Drogodependencias y que parte de la existencia de una Red Pública de Atención integrada en el Sistema Sanitario , Educativo y Socio-sanitario de la Generalitat Valenciana, con una Dirección General de Drogodependencias, que además de ser su promotora ha desarrollado un Ley De Drogodendencias y un Plan Autonómico de las mismas que lo sustentan:

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 artículo 10 sobre principios básicos de la 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.

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 artículo 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 Alcoholología (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 riesgo 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 al 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.

OTROS RECURSOS ASISTENCIALES IMPLICADOS.

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.

LOS CENTROS DE DÍA (CD).

Son aquellos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamientos de deshabitación, 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.

LAS UNIDADES DE DESHABITUACIÓN RESIDENCIAL (UDR).

Son aquellos centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, 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.

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.

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.

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.

NIVELES DE INTERVENCIÓN Y PRESTACIONES BÁSICAS.

PRIMER NIVEL ASISTENCIAL.

El primer nivel asistencial, está constituido por los siguientes centros y servicios socio-sanitarios, generales y específicos:

1. Equipos de Atención Primaria (EAP) de los Centros de Salud y consultorios auxiliares.
2. Equipos Sociales de Base (ESB) de los Centros sociales dependientes de la Administración Local.
3. Unidades de Prevención del SIDA (UPS) y Centros de Información y Prevención del Sida (CIPS) de los Centros de Salud Pública.
4. Unidades de Prevención Comunitaria (UPC) de la Administración Local.
5. Centros y Servicios dependientes de la Administración de Justicia y Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD).
6. 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.

SEGUNDO NIVEL ASISTENCIAL.

El segundo nivel está constituido por los siguientes centros y servicios generales y específicos:

1. 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 nº: 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.
2. Unidades de Salud Mental (USM): en cuanto refiere al tratamiento de la patología dual que pudiera concurrir.

3. Unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y de media estancia: en iguales términos que las Unidades de Salud Mental cuando fuera precisa hospitalización.
4. 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, deshabitación 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.

TERCER NIVEL ASISTENCIAL.

El tercer nivel asistencial está constituido por los siguientes centros y servicios sociales y sanitarios, generales y específicos:

1. Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
2. Unidades de Deshabitación residencial (UDR).
3. Centros de Día (CD).
4. 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 Alcoholología que correspondiere a su Área de referencia.

LA HISTORIA CLINICA.

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 estadios 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.

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.

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 de 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.

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 (número 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.

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.

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.

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.

ABORDAJE TERAPÉUTICO.

CLASIFICACIÓN (CIE-10):

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 HIPNÓTICOS.

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.

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.

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 benzodiazepinas 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.

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.

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 tratamientos 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 diurnos	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 diazepam 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 diazepam 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 benzodiazepinas 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 benzodiazepinas, especialmente el oxacepan y el loracepan, se recomiendan en pacientes hepatópatas graves y de edad avanzada (Vm corta).

Diazepam 5 mg.= loracepan 1 mg.=oxacepan 15 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 benzodiazepinas (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 benzodiazepinas (hasta 40 mg/ día de diazepam o equivalente).

F10.511 CELOTOPIA Y PARANOIDISMO ALCOHOLICOS (291.5)

El delirio 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 interdectores (dipsotrópicos, 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 abstinentes 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 especie de "intolerancia" a el acúmulo 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 acetaldéhidica 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 aldehído-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 administrar en dosis día (250 mg) de 1 comprimido por vía 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 (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 abstinentes 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 deshabitación).

NALTREXONA (Antaxone):

Es un antagonista de los receptores opiáceos (μ , 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 abstinencia 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.

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 las 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 impulsividad 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 servicios de atención de esta problemática.

Las posologías 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.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL. ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo supone una desviación con respecto del estado de salud, con épocas de mayor gravedad y otras de remisión; determinado ello por la prolongada absorción de una sustancia llamada alcohol en cantidades que producen efectos tóxicos y consecuencias psicológicas y sociales.

La enfermedad alcohólica se ha visto envuelta, como otras patologías, en un halo de censura moral y ética que ha generado un evidente rechazo social, secretismo, etc., mucho más todavía si este alcoholismo es femenino.

Se ha condenado abuso y la embriaguez repetida y no se ha informado, suficiente y bien, de características y consecuencias del uso/ abuso de la sustancia. Ha podido considerarse, tal vez más, sus repetidas intoxicaciones fruto de " excesos viciosos" que de una dependencia o adicción al alcohol con todas las derivaciones que ello conlleva: tratamientos sintomáticos, paliativos, buenos consejos (beba menos, no abuse, etc.).

Alcoholo- dependiente, o alcohólico, es todo aquel que ha perdido el control sobre la sustancia, que incapaz de abstenerse , necesita beber más para mantener la adicción, olvidar, anestesiar conflictos o disolverlos en alcohol (tensiones, contradicciones, insatisfacciones, miedos, fracasos etc.).

FASES DEL ALCOHOLISMO

1. BEBEDOR EXCESIVO (Pre - alcohólico):

Invierte progresivamente más tiempo bebiendo en interacciones sociales.
Puede esconder determinados consumos.
También puede ir incrementando la cantidad de bebida e incluso la graduación alcohólica.
Inventa estrategias para mantener o incrementar posibilidades de consumo.
Preocupación por el consumo.
Aumento de la tolerancia.
Siente que el consumir es una necesidad.
Pueden aparecer sentimientos de culpabilidad.
Fase que oscila entre varios meses a dos o tres años aproximadamente.

2. ADICCIÓN ALCOHÓLICA

Posibilidad de pérdida de memoria (amnesias retrógradas, blacks outs, apagones).
Pérdida de control. Beber compulsivo.
Problemas laborales (menor rendimiento, absentismo, pérdida o cambios de trabajo).
Reducción de intereses.
Baja Autoestima.
Remordimientos.
Mentiras.
Tiene deudas.
Va cargado todo el día.
Aislamiento social progresivo.
Irresponsable. Otros toman sus responsabilidades.
Pueden aparecer consecuencias psíquicas: celotipias, interpretaciones paranoides.
Reducción de la capacidad sexual.
Bebe por las mañanas en ayunas.
Intentos repetidos por dejar de beber.

3 .ALCOHOLISMO CRÓNICO

Sintomatología física y mental.
Anorexia.
Bebe continuamente.
Disminuye la tolerancia.
Pensamientos muy confusos.
Progresiva aparición de enfermedades físicas.
Toca fondo... puede pedir ayuda.

DR. PIQUERAS: Informe sobre Alcoholismo.

"Necesitaba beber porque las consecuencias de la bebida eran / son menos dolorosas que la sobriedad".

El alcoholismo supone un problema social, sanitario y económico de primer orden que presenta una florida sintomatología bio-psico-social que invita, partiendo del derecho a la salud, tanto por ausencia de

enfermedad como por mejora sustancial del modus vivendi, o estilo de vida, a un modelo de intervención terapéutica de carácter multidisciplinar.

TIPOLOGÍA DEL ALCOHOLICO DE JELLINEK

La consideración del alcoholismo como enfermedad es bastante reciente, parte de los conceptos de Jellinek (1960) , luego desarrollará Vaillant y otros autores.

Jellinek entiende distintos tipos de enfermos alcohólicos:

ALCOHOLISMO ALFA

Consumo excesivo de bebidas alcohólicas por dependencia y susceptibilidad psicológica.

Objetivo: neutralizar el dolor físico o emocional producido por una patología subyacente.

Alcohólico Sintomático (trastorno psíquico previo).

Bebedor enfermo psíquico, bebedor conflictivo.

Utiliza el alcohol como medicación: auto-tratamiento de alteraciones psíquicas preexistentes.

No ha perdido capacidad de control de la ingesta.

Conserva capacidad de abstenerse.

Es indisciplinado y en intoxicaciones agudas y severas es capaz de producir graves trastornos conductuales.

No presenta clínica de abstinencia.

ALCOHOLISMO BETA

Consumo excesivo de bebidas alcohólicas que provoca complicaciones somáticas: polineuritis, gastritis, pancreatitis, cirrosis, etc.

No presentan dependencia física o psicológica del alcohol.

Rara la sintomatología de abstinencia.

Sólo ocasionalmente puede presentar signos de intoxicación aguda, sobretudo fines de semana.

No presenta alteraciones conductuales.

Alcoholización directa y pura. Déficits alimentarios.

Bebedor excesivo regular, bebedor alcoholizado (Alonso Fernández).

ALCOHOLISMO GAMMA

Consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Marcada tolerancia al alcohol.

Síndrome de abstinencia.

Pérdida de control.

Frecuente embriagueces y graves trastornos de conducta, asociados a patología somática y psiquiátrica.

Marcada tendencia a la progresión.

Toxicómano del alcohol (Feuerlein). Alcoholomano (A. Fernández).

ALCOHOLISMO DELTA

Consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Nivel más estable de consumo alcohólico.

Presenta tolerancia.
Síndrome de Abstinencia.
Tendencia a la progresión.
Incapacidad de abstinencia.
Bebedor excesivo regular (Alonso Fernández).

ALCOHOLISMO EPSILON

Se trata de bebedores " intermitentes".
Dipsomanía o ataque de bebida.
Usan bebidas alcohólicas de forma esporádica y frecuentemente en estos episodios se producen embriagueces y trastornos conductuales.
Probablemente estos episodios coincidirían con reagudizaciones de un trastorno psíquico subyacente.

En nuestro país un 62% serían alcohólicos Delta.
 6% " " Gamma.
 6% serían alcohólicos Beta
 6% transición Beta - Delta / o Beta - Gamma.

E. Sierra (1983).

ALCOHOLISMO FAMILIAR

"Los borrachos engendran borrachos" (Plutarco).

Desde antiguo es conocida la tendencia del alcoholismo a centrarse y afectar a la misma familia.

Se producen cambios importantes cuando se introduce en el medio familiar el alcohol a través de alguno de sus componentes de forma prolongada, condicionándose de forma significativa las relaciones y la evolución de estas en las familias. Normas, reglas familiares, sistemas y formas de comunicación... pueden transformarse o desintegrarse en una situación de ansiedad y tensión muy importantes.

Paralelamente aparecen " mecanismos homeostáticos" para controlar y neutralizar lo que amenace poner en peligro la estabilidad familiar:

- Ensayo de nuevas soluciones.
- Presiones sobre el alcohólico.
- Operaciones de Ajuste - Reajuste.
- Incremento de tensión- ansiedad.

Progresivamente el alcohólico va perdiendo autoridad y se va estabilizando los roles y funciones de los miembros...y la familia se organiza en ausencia del enfermo alcohólico.

En mecanismos etiológicos reproductores del Alcoholismo Familiar se encuentran aproximadamente un 60% de alcohólicos ha tenido padre alcohólico y un 90% de niños maltratados son de padre afecto de alcoholismo (A. Fernández).

En determinadas familias se produce una transferencia de la alcoholomanía paterna a los descendientes sobre todo masculinos, a través de, fundamentalmente, de la convivencia (aprendizaje precoz del alcoholismo).

Igualmente significar que cuanto más precoz sea el primer contacto con la sustancia tanto más sombrío es el pronóstico futuro.

Mecanismos Reproductores:

1. Imitación / Identificación Parcial → Se reproduce del modelo parental determinado rasgo negativo de su personalidad que produce en el hijo sensaciones de vergüenza, culpabilidad,

mezclados con hostilidad, temor, indiferencia... pueden detestar de forma importante determinadas conductas pero en momentos de alta presión conflictiva propia tal vez acaben imitándola.

2. Condicionamiento Psicológico → Las vivencias de soledad, desesperanza, tensión, ansiedad que se viven en el hogar van condicionando el carácter futuro.
3. Condicionamiento de Evitación → Los hijos aprenden como alterar/ modificar un estado psicológico negativo que produce dolor / insatisfacción por imitación de conductas adultas de resolución de cambios de estado negativos (emocionales, sentimentales, físicos) a través de consumo de sustancias que alteran el estado previo, de forma artificial, sin prescripción médica alguna, autorecentándose dosis y tiempo... Modelos parentales consumidores de "sustancias aliviadoras", tales como somníferos para dormir, copas para relajarse después de...
4. Deficits en el proceso de Individuación → El proceso evolutivo familiar normal consiste en favorecer la formación de características propias de la personalidad que confieran un estatus y roles propios, que le diferencien del resto familiar, dentro de un equilibrio bio-psico-social. Refuerzos hacia lo que suponga maduración y desarrollo personal dentro de un paisaje de respeto a la libertad propia y ajena, de respeto de normas y pautas de convivencia. En la alcoholomanía falla ese proceso de individuación. Características:

Sobreindividuación → no se ha podido atravesar el límite que separa a los individuos de los demás componentes de la familia

→ aparente independencia que, en realidad, es aislamiento, inadaptación en las relaciones interpersonales y familiares.

→ no hay una adecuada identificación familiar.

→ hay diferenciación y distanciamiento personal excesivo.

→ debilidad en los vínculos afectivos familiares y desorganización interna familiar.

→ déficits internos familiares, trastornos identificatorios, escasos recursos adaptativos, conflictos intrafamiliares, etc.

→ identificación, puede intentarse a través de los efectos y consecuencias del consumo.

Subindividuación → se fracasa en la delimitación con los demás, fronteras interpersonales casi inexistentes.

→ fusión y dependencia

→ indiferenciación de las partes.

→ solo es posible la identificación como conjunto familiar.

→ déficits de habilidades sociales por sobreprotección paternal.

→ se busca con la sustancia la autoafirmación, demanda de atención y afecto, igualdad con los otros.

→ pseudo independencia al no ser capaz de asumir responsabilidades, siendo la propia familia quien tapa los fallos.

La familia puede reforzar la conducta adictiva o debilitarla. Paradojicamente, según reportan distintos autores, se observa que existe bastantes actuaciones familiares pro-alcohólicas que antialcohólicas.

Al hilo de la cuestión, también podemos observar como la abstinencia rompe con las normas del sistema provocando cambios desestabilizadores de la estructura, pudiéndose encontrar sin estrategias adaptativas para resolver los problemas como antes y reaccionando negativamente frente a abstinencia.

Personalidad Infantil Pre-alcoholomana:

Inmadurez afectiva:

- Excesiva necesidad de amor.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Búsqueda de satisfacción inmediata.

Inmadurez Emocional:

- Respuestas emocionales inadecuadas por hipersensibilidad.
- Estados depresivos ocasionados por acontecimientos perturbadores: ira, frustración, ansiedad, vergüenza, etc.

Fuerte Represión Psicológica:

- Sobre pulsiones y aspiraciones de objetos que se vivencian como peligrosos o inaccesibles.

Pasividad o Evasión ante conductas problemáticas y/o conflictivas.

Comunicación Social muy superficial.

- Falseamiento e indiferencia hacia los demás.

Episodios de embriagueces precoces (9 - 18 años):

- Sensaciones de elevación de la potencialidad.
- Mayor capacidad comunicativa (Desinhibición).
- Liberación de situaciones ansiosas, cronificadas o agudas.

Permisividad o imposición de consumo de bebidas alcohólicas durante las comidas por parte de algún progenitor.

Personalidad Adolescente Pre-alcoholomana

Cumple criterios apartado anterior.

Inmadurez psicosexual:

- Lo instintivo no ha podido integrarse con lo afectivo para estabilizar la estructura psicosexual.
- Represión de las pulsiones instintivas (conducta pasivo - inhibida). Usa el alcohol para desinhibirse.

Deficits cognitivos (creencias irracionales):

- Inseguridad y temor ante el futuro.
- Ansiedad ante las demandas / exigencias sociales.
- Temor a determinadas responsabilidades.
- Miedo al fracaso.
- Temor al sufrimiento emocional.

Trastornos caracteriales:

- Distimias.
- Depresión.
- Traumatismos afectivos.
- Introversión - Extraversión muy acentuadas.
- Anorexia - Bulimia.

Trastornos de Carácter Antisocial:

- Egocentrismo.

- Impasibilidad / Temeridad.
- Propensión a experimentar.
- Impulsividad / Paso irreflexivo a la acción.
- No interioriza límites ni ley.
- Baja conciencia de las consecuencias de sus actos.

Trastornos de la Motivación:

- Falta de interés en nuevos estímulos y actividades.
- Falta de compromiso.
- Falta de valores personales y sociales.
- Estado anómico.

Personalidad Narcisista / Inmadura:

- Egocéntrica.
- Desinterés hacia los demás.
- Propensión a la inestabilidad colérica.
- Incapacidad de modular correctamente afectos y emociones.
- Intolerancia a las frustraciones y al dolor.

Mujer del Enfermo Alcohólico

Como actitud positiva es capaz de manejar constructivamente el hogar siendo responsable y buscando ayuda para el marido.

Como actitudes negativas, en función de posibles trastornos psicológicos, puede potenciar o mantener la alcoholomanía del marido (también viceversa aunque porcentualmente menos):

- En elevado porcentaje refieren que sospechaban algo antes de...
- Indecisa / indiferente, limita o evita contactos físico-emocionales.
- Controladora / dominante (estableciendo relaciones de poder en las que cumple expectativas de ser imprescindible, "tabla de salvación" de los problemas del marido, quedando este en un rol de incapacidad, no utilidad).
- Punitiva: gritos, amenazas, ocasionalmente malos tratos físicos.
- Masoquista / Maternal: cuida las resacas, oculta sus fallos, mantiene la cena caliente, le espera despierta...

Estas actitudes proalcohólicas, más las complicidades que encuentra el alcohólico en la esposa-madre o en su propia madre en función de que la esposa tome una actitud positiva configuran una compleja constelación familiar.

Matrimonio de Alcoholomanos

La alcoholomanía supone una metamorfosis rica en experiencias y vivencias, acercándose a un nuevo estado de satisfacciones, en donde cesan las inhibiciones, se amplía la sensación de tiempo vivido.

Características:

Varón Alcoholomano:

- Normalmente antes de casarse ya era alcoholomano.
- Conductas más sociopáticas.
- Suelen ser más agresivos que las mujeres alcoholomanas.
- Ha existido una progresiva liberación de los temores sexuales.
- Inician contactos con lo femenino de forma más desinhibida.
- Plasticidad sexual excesiva.

Mujer alcoholomana:

- Aparece la alcoholomania después de casarse.
- Sensación de falta de auto - realización.
- Sensación de fracaso matrimonial.
- Presentan trastornos afectivos (depresivos).
- Sufren violencia por parte del marido no alcohólico.
- Suelen ser más rápidamente abandonadas por el marido que al revés.
- La supresión de inhibiciones le llevan a tener mayor número de incitaciones sociales.

ITINERARIO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE ALCOHÓLICO

Normalmente la evolución del paciente desde que realiza la demanda va a transcurrir por una serie de fases , al compás de la intervención técnica en el tratamiento, a saber:

1. Estadio de Negación

Es bastante frecuente que el paciente acuda presionado por personas o situaciones nuevas (familia, enfermedades más o menos graves , amenazas laborales, etc.) y que no admita que el consumo de alcohol sea un problema, " su problema", reconociendo solo algún que otro exceso pero que lo controla, sin mayores problemas, y , que además, no hace nada que no hagan el resto de mortales.

No hay, pues, un reconocimiento de problemas psicológicos de dependencia (banalizaciones, resistencias y autojustificaciones...). Es más, le es muy difícil y se siente incapaz de adivinar una vida sin alcohol, incapaz de abandonar una cierta concepción de sí mismo, sin nada de respueto.

2. Estadio de Reacciones Depresivas

Hace poco que ha dejado de beber y ha de afrontar una realidad que el alcohol ha enmascarado. Se siente inseguro, débil...incapaz por no poder encontrar soluciones válidas a sus problemas relacionales, familiares, laborales, económicos, sociales, sexuales... que le cargan de culpabilidad y de angustia.

Su incapacidad frente a la capacidad de los demás; ocupar un sitio ocupado por los demás, desempeñar un papel interpretado por los demás...este estado psicológico puede resultar peligroso para él y para el tratamiento, independientemente de que puedan existir posibilidades de autolisis.

3. Estadio Comunicacional

En esta fase el enfermo empieza a soltarse y explicarse (aventuras, apuestas, sensaciones de invulnerabilidad con respecto al alcohol, ficciones, dificultades personales y familiares, engaños...)

El paciente ha ido saliendo del aislamiento que le producía el alcohol; poco a poco y con menor ansiedad va tomando conciencia de su enfermedad, de su dependencia. Asume una situación personal más o menos equilibrada y menos omnipotente, más realista y menos fantasiosa.

4. Estadio de Profundización

Siente la necesidad y va a ser capaz de hablar del problema del alcohol, de su esclavitud y sufrimientos, también de sus gratos momentos, eufóricos y de fiesta, de problemas físicos y psicológicos.

Puede mostrar su vida , sus errores y aciertos a otros compañeros del grupo terapéutico.

5. Estadio de Aceptación

Se ha producido, o esta apunto de hacerlo una interiorización, una asunción libre de su dependencia, de su enfermedad más una progresiva habilidad para afrontar acontecimientos y conflictos sin una ansiedad excesiva.

Positiva capacidad para reflexionar, buscar soluciones y tomar decisiones. Responsabilidad y hábitos saludables diferentes a los que poseía antes. Ya no piensa en el alcohol para protegerse. Su no definitivo al tóxico es asumido internamente y de forma tranquila. La sobriedad no pesa, es una satisfacción el haber vencido la adicción y dependencia a dicha droga.

ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

La intervención se centrará fundamentalmente en la estructura interna del paciente (pensamientos, emociones, comportamientos,etc.), en la estructura familiar y de pareja y en lo grupal como representación de lo social.

Se preocupará por conseguir una adaptación del individuo a un estado físico y psíquico sin consumo, en abstinencia; abandonando progresivamente los hábitos asociados a él y sustituyendolos por otros en dónde realmente sí tenga libertad de decisión y actuación, frutos de una nueva forma de vida más autónoma e independiente.

Objetivos a considerar:

Objetivo General:

- Conciencia de enfermedad – dependencia.
- Aceptación del Programa Terapéutico.

Objetivos Específicos:

- Aceptación de la intervención interdisciplinar.
- Aceptación y firma de contrato terapéutico por paciente y familia.
- Reconstrucción de un nuevo estilo de vida deteriorado por el consumo alcohólico.
- Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas: capacidad de observación, analítica, resolución de conflictos y toma de decisiones.
- Aprendizaje de habilidades interactivas-relacionales.

Fase de Contacto - Acogida

La llegada del paciente ante el Equipo Técnico puede tener orígenes diversos; en lo sustancial las derivaciones se producen a través de :

Familiares que hacen la demanda de tratamiento.

E.A.P / U.S. M

E. S. B

U.D.H

Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados.

Desde un punto de vista técnico / profesional no resulta trascendente quién vaya a hacer la primera entrevista. Cualquier miembro del Equipo debe poder efectuarla.

Es importante desarrollar una actitud terapéutica de escucha, respeto, comprensión, seguridad y firmeza.

Primera/s Entrevistas

Momentos importantes, teniendo en cuenta tipo de paciente y adicción que va a ser tratado.

Durante mucho tiempo ha ocultado y /o negado su dependencia o ha intentado minimizar sus efectos y consecuencias, o esta indeciso... y ahora va a entrar en un proceso progresivo de toma de conciencia de su adicción .

Tal vez su familia le haya tapado en muchas de sus actuaciones, tal vez no hayan podido o sabido reconocer el problema, ayudar o encontrar posibles soluciones, tal vez aparezcan nuevos obstáculos en el proceso rehabilitador... comienza un arduo proceso que va a exigir lo mejor de cada profesional.

En estas primeras entrevistas se diagnostica en que fase se encuentra el paciente, su estado motivacional en un continuum, a saber:

Estadio Precontemplativo (Preconsciencia):no hay conducta adictiva o la hay muy débil, tampoco la conducta y estilo de vida adictivos representan un problema, considera solamente los aspectos reforzantes y gratificantes más intensos e importantes que los negativos. No existe autocrítica ni autoevaluación. Acuden presionados y si desaparece presión desaparecen ellos. No se contempla, pues, seriamente el cambio, pudiendo estar en esta indecisión un

cierto tiempo (aproximadamente hacia seis meses), estando a la defensiva con resistencias más o menos fuertes.

Estadio Contemplativo (Consciencia): Se da cuenta de que existe un problema, dudando acerca de si dejar de consumir o reducir consumo, no ha desarrollado decisión, compromiso firme, no se ha planteado firmemente cambiar el estilo de vida siendo consciente de las consecuencias negativas de su conducta adictiva. Positivo y negativo en cuanto a planteamientos se han estabilizado. Reflexiona seriamente durante más tiempo, con muchas menos resistencias, pero todavía ambivalentes. Siguen desojando la margarita cognitiva. Es decir siguen su labor reflexiva pero sin pasar a la acción práctica.

Estadio Preparación (Desiderativo) : intentan tomar decisiones de dejar de consumir, pero no están nada seguros de conseguirlo. Aparecen, pues, criterios intencionales y posibles nuevas conductas junto con posibles disminuciones del consumo y la aceptación de ciertas reglas. Están comenzando a prepararse para la acción, pudiendo producirse progresivamente el proceso rehabilitador.

Proceso de Acción: el paciente cambia de conductas observables y no observables, igual que sus pensamientos y condiciones ambientales. Demuestran conductualmente una disminución de conductas de consumo y de creencias y valores respecto de este mundo. Puede consolidarse un compromiso importante apareciendo fases de abstinencia y conductas más saludables.

Proceso de Mantenimiento (Deshabitación): la conducta adictiva ya no se produce, se consolida el proceso rehabilitador. Conserva y consolida logros conseguidos, también estilos de vida.

Fase de Rehabilitación: se ha producido la extinción de la conducta adictiva y mantiene nuevos patrones conductuales.

Fase Recaídas: se ha producido algún fallo en alguna estrategia de estabilización y mantenimiento. Es importante superar posibles sentimientos de fracaso, culpa y frustración (en el supuesto de que no haya sido consciente y planificada). Puede verse afectado el sentido de eficacia personal, autoestima. Interesa la participación y el aprendizaje de un programa de Prevención de Recaídas.

Modelos de Demanda de Tratamiento

Existen ciertas características, en la forma y contenido , o en lo no explicado, de la demanda de tratamiento del paciente y / o familiares que nos reportará datos acerca de la motivación de estos. Rasgos más frecuentes que suele presentar:

Negativos: urgencia, inmediatez, ansiedad que presiona para que un hábito crónico sea solucionado rápidamente, o por miedo de los familiares/ pareja de que se arrepienta y no vuelva.

No reconoce dependencia, banaliza esta, ni consecuencias, ni problemas ...

Ambivalencia / Disonancia Cognitiva.

Demanda por motivos secundarios (medicación, temas judiciales, laborales, etc.)

Actitud proyectiva: culpa a los demás de sus problemas, oculta hechos, etc.

El Terapeuta debe saber maniobrar, no aceptar imposiciones, ni urgencias (grandes urgencias suelen implicar grandes fracasos).

El enfermo alcohólico , en su proceso de autoengaño y justificaciones puede llegar al extremo de abandonar consumo por un cierto tiempo para que los demás verifique su capacidad de control. Aunque seguramente pronto puede festejar su “ control” y volver a su histórica lucha de sufrimiento que produce el alcohol contra el sufrimiento que alivia con su consumo.

En el supuesto de que pacientes y familiares presente deficits cognitivos graves (bajos CI, deterioros neurológicos...) que les incapaciten para responsabilizarse de tratamiento a nivel ambulatorio debe derivarse a otro recurso que pueda suplir esta deficiencia.

Trabajar la motivación, las actitudes del paciente en dirección a una predisposición positiva, a saber:

Reconocimiento de dependencia.
Dejarse ayudar.
Asumir problemas y soluciones provenientes del consumo.
Sinceridad y comunicación fluida.
Responsabilidad y Participación activa.
Co- responsabilidad familiar en el tratamiento.
Acercarse progresivamente a objetivos de abstinencia.

Actitud Terapéutica

La relación de mutuo respeto y escucha permite establecer y situar la demanda, valorar la motivación y perfijar objetivos de tratamiento y pronósticar expectativas de cambio que puedan establecerse.

Actitud:

Las anteriores citadas.
Dirige y Orienta.
No moraliza.
No juzga.

En la Intervención:

No utiliza conceptos absolutos, sino concretos y claros. No etiquetaje.
Establecer relación empática con paciente y familiares.
Escuchar lo que se dice y hace y lo que ni se dice ni se hace.
Fomentar la responsabilidad del tratamiento en el paciente respetando contrato terapéutico.
Informar objetivamente del Plan Terapéutico.
Establecer Contrato Terapéutico que especifica responsabilidades y exigencias de todas las partes.
En función de la evolución del caso se procederá al Alta Terapéutica o serán fijados otros criterios consensuados por Equipo Técnico y paciente.

Entrevista Motivacional

Fuller (1986) afirma que la adherencia incondicional es predictiva de un favorable resultado terapéutico y de la retención Luborsky (1985).

Las líneas maestras en la Intervención Motivacional se centrarían en conseguir que el paciente, evitando momentos difíciles, no abandone y continúe interesado en el cambio planteado, renovando decisiones en las metas/ objetivos propuestos y aceptados. Estrategias a seguir:

- Intervención orientadora → se especifica, primero, cual es el verdadero problema y sus consecuencias, explicando porque sería interesante un cambio concreto y se establecerían las habilidades y estrategias concretas para iniciar el cambio (estrategias cognitivas, informativas, etc.). Luego y conjuntamente habrá que establecer que resistencias, obstáculos aparecen y como vencerlos, generando posibilidades de acción que el paciente, libremente, y sintiéndose responsable tomará una decisión personal. En este proceso el paciente habrá establecido un balance de pros y contras que le ayudará a adquirir mayor conciencia, no solo cognitiva sino también sentimental y emocional.

Esta línea de trabajo está programada: superar la ambivalencia en la toma de decisiones, ayudando a que el paciente sea él quien se ocupe de reflexionar, analizar, resolver y ejecutar soluciones a sus conflictos y problemas presentes y futuros. En una palabra que

progresivamente vaya responsabilizándose de su vida y que sienta desde dentro la necesidad de cambiar: objetivos , estrategias , reponsabilidad y soluciones a los posibles problemas deben ir naciendo del propio paciente.

Que perceptivamente el paciente pueda crear una disonancia cognitiva entre consecuencias de unas y otras conductas y elega las razones para cambiar. Evitando discusiones, etiquetar comportamientos, confrontaciones que puedan crear resistencias.

Provocar la Auto - Reflexión: preguntas abiertas, resúmenes, síntesis, re - preguntar, auto - refuerzos, afirmaciones auto - motivadoras, refutar demostrativamente, creando paradojas, roleplayings, apoyar y enfatizar la importancia del control personal, imaginando cambios positivos, etc.

Fase Diagnóstica

Adquiere su importancia y dimensión en cuanto pronóstico y terapéutica.

Diagnósticar es establecer un orden. Requiere ser fiable y capaz de preveer evolución de tratamiento del curso clínico.

Puede ayudar al paciente a que establezca, en dicha fase, su propio autodiagnóstico.

Signos diagnósticos más relevantes en alcoholismo son:

Signos de mantenimiento de la abstinencia.

Reconocimiento del paciente de padecer problemas en relación con el alcohol.

Pérdidas progresivas de control de ingesta.

Sufrimiento/ incapacidad para abstenerse de beber.

Repetidos esfuerzos por reducir/eliminar uso del alcohol.

Criterios Diagnósticos. Instrumentos:

SECAD: Hoja de notificación individual de admisión a tratamiento por drogodependencias perteneciente al sistema autonómico de información sobre Toxicomanías. Contempla: datos personales, sustancias consumidas, tiempos de consumo, antecedentes, motivos, plan de tratamiento, etc.

HISTORIA CLÍNICA: Valora y examina parcelas de la vida del paciente que pueden ser significativas en relación con la conducta adictiva. Destacar entre otros puntos: Datos Biográficos, Socio- Económicos, Antecedentes personales y familiares, Patobiografía, Análisis Toxicológico, Análisis funcional de conducta adictiva, Historia Toxicológica, Exploraciones, etc. Fundamentalmente va a tener un carácter interdisciplinar.

- C. B. A → CUESTIONARIO BREVE PARA ALCOHOLICOS.

- Autor: W. FEUERLEIN. 1975
- Cuestionario cerrado (22 items).
- Autoadministrable.
- Diagnóstico psicosocial del alcoholismo.

C.A.G.E

- Autor EWING – ROUSE. 1970. Valiado por MAYFELD y colbs. (1974).
- Cuestionario cerrado (4 items).
- Autoadministrable.
- Diagnóstico psicosocial del alcoholismo.
- Validación positiva. Alta sensibilidad y especificidad.

M.A.L.T.

- Autor: W. Feuerlein y colbs. 1977.

- Cuestionario cerrado.
- Dos formas MALT-O (Objetiva). 7 Items. Valorada por el médico.
MALT-S (Subjetiva). 26 Items.
Autoaplicada.
Diagnóstico bio-psico-social del alcoholismo.
Validado positivamente. Alta sensibilidad y especificidad.
Poder predictivo positivo.

D. S. M - IV

Es la clasificación diagnóstica de la Asociación psiquiátrica Americana. 1995.

Los criterios diagnósticos para trastornos relacionados con alcohol están comprendidos en dos apartados:

- Trastornos por consumo de alcohol:
Dependencia de Abuso de alcohol (303.90)
Abuso del Alcohol (305.90)
- Trastornos inducidos por alcohol:
Intoxicación por alcohol (303.00)
Abstinencia de alcohol (291.9)
Delirium por intoxicación de alcohol (291.0)
Delirium por abstinencia de alcohol (291.0)
Otros.

CUESTIONARIO DE CONDUCTA ALCOHOLOMANA

Autores: F. Freixa; L. Bach y cols. 1975.

Rasgos típicos de la incipiente conducta alcoholomana, problemas laborales y familiares. Incluye items específicos de la conducta alcoholomana en la mujer. 49 items.

Instrumentos Evaluativos Inespecíficos

M. M. P. I. Cuestionario multifásico de la personalidad.

- Autor: HATAWAY – MCKINLEY
- Evaluación objetiva de importantes dimensiones de la personalidad relacionada con la adaptación personal y social del sujeto objeto de la prueba.
- Diagnóstico de aspectos de la personalidad adolescente y adulta.
- Duración de la prueba aproximada 45-60 minutos.
- Individual y colectiva.
- Escalas: Validación, Clínicas y Adicionales.
- 566 Items.

E. P. I CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

- Autor: H.J. EYSENCK. 1976
- Administración individual y colectiva.
- Aplicación adolescentes y adultos.
- Evaluación de dos dimensiones de personalidad: Neuroticismo – Extraversión. Escala de Sinceridad.
- Formas A y B, con 57 items cada una.
- Duración aproximada 20 –30 minutos.

- S. T. A. I INVENTARIO DE ESTADO DE ANSIEDAD.

- Autor: C. D. SPIELBERGER y cols.
- Evalúa niveles de ansiedad estado y rasgo.
- Dos formas A /E y A/R. 40 Items.
- Duración aproximada 15 minutos.
- Autoaplicable. Adolescentes y adultos.

1 6 PF. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE CATTELL.

- Autor: R. B. CATTELL.
- Administración : Individual y colectiva.
- Duración 45-60 minutos.
- Forma A (187 ítems), Forma B(187 ítems), Formas C/D (menor exigencia cultural).
- Aplicación adolescentes y adultos.
- Evalúa 16 dimensiones de la personalidad.

Cuestionarios Neuropsicológicos

W. A. I. S. ESCALA DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS DE WECHSLER.

- Autor: DAVID WECHSLER. 1955 (Adaptada 1975).
- Evalúa el rendimiento ejecutivo del sujeto, capacidades cognoscitivas del mismo.
- Aplicación individual.
- Duración 60 – 120 minutos.
- Aplicación adolescentes y Adultos.
- Escalas Verbal y Manipulativa.
- Establece un coeficiente de Deterioro Neurológico.

R. A. V. E. N. ESCALA DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN.

- Autor: Raven. 1948.
- Aplicación: Individual y Colectiva.
- Duración 60 minutos aproximadamente.
- Escala color para niños. Escala Adultos Estandar y Superior.

TEST MINI-MENTAL

- Autor FOLSTEIN Y colbs.
- Valoración áreas: Orientación, Fijación, Atención y Cálculo, Memoria, Lenguaje, Escritura y Copiar.
- Análisis del declive de las funciones cognitivas.
- Duración de la prueba 10- 15 minutos.

Otros:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.

Cuestionarios Evaluativos de enfoque cognitivo conductual.

Evaluación diagnóstica cognitivo- conductual permitirá establecer:

- Variables físicas que tengan que ver con la conducta problema: acción reforzante de la droga, evitación de síndrome de abstinencia, refuerzo negativo, etc.
- Variables sociales: disponibilidad, contexto, grupos de presión, habilidades, etc.
- Variables cognitivas: estrategias de pensamiento, creencias irracionales, atribuciones erróneas, déficits de autocontrol, afrontamiento, Baja Tolerancia, pensamientos ansiógenos, etc.
- Pruebas Interesantes:

Test de Registro de Opiniones de Rimm y Litvak.

Inventario de Síntomas de MCKAY.

Test de pensamientos Estresores de Leyton.

Cuestionario de Asertividad de Ratus.

Inventario de Experiencias recientes de Holmes.

Inventario de pensamientos de Cautela.

Técnicas Valorativas del Sistema Familiar

Técnica de construcción del Mapa Emocional de la Familia.

Representaciones gráficas de interacciones intra-sistémicas: atracciones, vinculaciones, repulsiones, etc.

Representaciones de Coaliciones: alianzas, periféricos, etc.

Evaluación del Espacio Físico.

Valoración de pautas aprendidas, distancias... del Mapa Emocional.

Indicadores de Diagnóstico Familiar

Blum (1972) describió características peculiares en familias con proclividad a fomentar conductas adictógenas en los hijos y características familiares favorecedoras de conductas pro-sociales en los hijos. En el primero de los casos señaló una serie de indicadores:

- Los padres no están seguros de su papel para con los niños – adolescentes, ni incluso en su situación de pareja.
- Indulgentes, dudan al imponer principios de los que no están muy seguros.
- Autoritarios, imponen según momento y estado psicológico particular, no hay excesiva oportunidad de reflexión y análisis, no suele acabar con consenso.
- Ausentes/ Indiferentes, delegan responsabilidades y acción educativa.
- Ausencia de equilibrio entre afecto y disciplina.
- Reprimen emociones y tienden a utilizar mecanismos defensivos: racionalizan, proyectan, etc.
- Insuficiente o deficiente comunicación entre la pareja.
- Recurrencia fácil a medicamentos.
- Insoportabilidad del dolor y la frustración.
- Hostilidad/ No aceptan límites ni autoridad, de sus representaciones reales y simbólicas.

En relaciones saludables familiares:

- Lazos familiares fuertes.
- Equilibrio entre afecto/ disciplina.
- Relaciones afectivas coherentes, serenas.
- Comunicación directa, clara, profunda.
- Relación sentimental- emocional positiva.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El objetivo final de esta fase es romper con el proceso de dependencia bio-psico-social y contemplar nuevas formas de vida interna y social sin consumo de alcohol.

Puede prolongarse desde más o menos seis meses hasta el año aproximadamente, pudiendo efectuarse en régimen ambulatorio.

La psicoterapia va dirigida a lo más profundo, al núcleo de la personalidad del paciente, a que descubra que No puede continuar con la eterna cantinela (ambivalencia): quiero ayuda / quiero un trago. Motivación para abstenerse/ Motivación para consumir.

Habrà que dejar presente que No existen soluciones rápidas ni mágicas, que el trabajo terapéutico tiene su evolución, esfuerzo y coste que debe ser asumido por las distintas partes implicadas, que no hay que culpabilizar a nadie pero SI responsabilizar.

Responsabilizarse activamente de la intervención desde el equilibrio, autoridad y el saber que infundirán a nuestra acción y función un cariz de “ conductor” no discutible ni discutido, orientado por actitud serena y flexible, segura que permitirá resolver y afrontar:

Resistencias para mantener similar estado de cosas.

Defensas justificativas del paciente.

Actitudes patológicas: chantajes, ocultamientos, aplazamientos,etc.

De esta forma desarrollar unas pautas directivas- compartidas con el referente obvio de la autoridad terapéutica y libertad de decisión del paciente y familia, eliminando progresivos condicionamientos que pudieran suponer cortapisas a los objetivos terapéuticos, dando lugar ello a un giro trascendental a las crisis ocasionadas por el consumo equilibrando esa personalidad dañada por el parásito tóxico correspondiente al que ser veía sometido.

Objetivos

Objetivo General

Abstinencia (extinción de la dependencia adictiva) y aprendizaje de nuevas pautas de vida más saludables y satisfactorias (aprendizaje de una forma de vida sin sustancia adictiva).

Incrementar las posibilidades de que los pacientes mantengan un estilo de vida capaz y responsable, reduciendo al máximo el riesgo de recaídas.

Objetivos Específicos

Información/Comprensión de lo que supone la adicción.

Aprendizaje de nuevas pautas de comportamiento que mejoren su adaptación bio- psico-social.

Aprendizaje de Habilidades Sociales.

Capacidad de Integrar, de interiorizar nuevos estilos de conducta y nuevas estrategias para resolver conflictos.

Aprendizaje de nuevas formas y estrategias para estructurar los pensamientos.

Incrementar repertorio de conductas incompatibles con el hábito alcohólico (factores de protección).

Aprendizaje de Estrategias de prevención de Recaídas.

Aprendizaje de habilidades de Auto-Control:

- Estrategias de Afrontamiento.
- Rechazo de Ideas Irracionales.
- Planificación/ Organización de Actividades.
- Técnica de Resolución de Problemas y de toma de Decisiones.
- Técnicas de Pareja/ de Familia.

TERAPIA COGNITIVA

La dependencia a cualquier sustancia se paoya en una serie de estímulos y refuerzos condicionados que actúan como mediadores internos de conducta.

La tarea del terapeuta es fomentar y desarrollar el pensamiento lógico-racional, objetivo y adaptativo lo máximo posible identificando ideas, creencias y estructuras de ambas, emociones y sentimientos, valores y conductas de carácter negativo (irracionales, inmaduros, vulnerables, débiles, atribuciones causales erróneas, pensamientos distorsionados, etc.).

Abordar la intervención en Deshabitación con una serie de estrategias y técnicas que permitan modificar la estructura de pensamiento que posibilitan las conductas adictivas generando otras alternativas positivas, eficaces e incompatibles con situaciones de riesgo (Programa Evitación de Recaídas). Nuevas formas para procesar la información y analizarla.

Objetivos

Objetivo General: producir cambios a través de nuevos mecanismos de pensamiento que posibiliten superar la dependencia y modificar el estilo de vida.

Objetivos Específicos:

- Identificar, reestructurar y modificar creencias e ideas irracionales que puedan aumentar el craving o deseo irrefrenable de consumir (culpa--> “ soy un desastre, no sirvo para nada, etc., Impotencia--> “ es imposible resistir, son muchas recaídas, indefensión (me rindo, no voy a poder, me tientan, etc...).
- Mejoría de los Estados de afecto negativo (ira, ansiedad, desesperanza) con técnicas racional emotivas.
- Modificación de Creencias Erróneas (Refutación de Creencias subyacentes) y Fuerzas Situacionales que inciden o preceden al consumo (asociaciones fallidas bar= beber alcohol, mitos tales como virilidad, fuerza, sociabilidad, fuerza, lo hacen todos, etc., actitudes indulgentes y permisivas.
- Identificación de estímulos y situaciones que inciten al consumo, por lo tanto situaciones de riesgo.
- Incrementar repertorio de conductas incompatibles reforzando conductas contingentes a situaciones de riesgo, conductas de evitación.
- Aprendizaje de técnicas de manejo de ansiedad, de tolerancia a la frustración, de resistencia a la presión de grupo.
- Aprendizaje de técnicas de Control de Impulsos.
- Aprender a construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten a impulsos y consumos fuertes.

Módelos Cognitivos de las Adicciones

El proceso de la adicción puede explicarse por distintos motivos, entre ellos:

- Refuerzos Positivos: obtención de placer, euforia, desinhibición, seguridad, tranquilidad, productividad, etc.
- Refuerzos Negativos: olvidar conflictos, alivio de ansiedad, de cansancio, de aburrimiento, de desengaños, mejor tolerancia del estrés, como sistema de evitación, etc.
- Evolución de relaciones, interacciones, valores se subordinan al estilo de vida de consumo, perdiendo progresivamente el control adaptativo de su vida.
- Marcada impulsividad.
- Hipersusceptibilidad con fuertes actitudes manipuladoras.
- Factores importantes predisponentes al consumo: sensibilidad especial hacia sentimientos y emociones desagradables, poca motivación para controlar la conducta, mayor importancia de la satisfacción inmediata, patrón no reflexivo, etc.

Técnicas Cognitivas

La utilización de técnicas cognitivas nos va a permitir en cada una de ellas mediante una evaluación de ventajas / desventajas establecer objetivos a medio y largo plazo y asignar las mejores según la especificidad del paciente.

Halladas estas comienza la intervención a modo de entreno para que el paciente encuentre formas más satisfactorias de afrontar los problemas reales y los sentimientos desagradables sin tener que volver a posiciones cercanas a consumo. Entreno, pues, para estructurar la vida del paciente: organización y

planificación de distintas formas de vida y de obtención de placer y satisfacciones. Voy a establecer algunas de las técnicas más útiles para estos propósitos:

- Técnica de la Discusión / Análítica (Dialéctica de las ideas, a modo Socrático) : se trata de examinar áreas de pensamiento y acción que el paciente ha dejado en segundo plano (pérdidas reales, calidad y efectos en las relaciones interpersonales, en los afectos y emociones). Se trataría de que el paciente generara opciones y soluciones (inducción a que sea el paciente quien aprenda y ejecute el modo de cuestionar los sucesos relevantes). Base: Los pensamientos adictivos (al igual que otra forma de pensamientos irracionales) suelen ser automáticos, no conscientes y ejecutados continuamente. Resistentes al cambio (los mismos pacientes desconocen las conexiones existentes entre sus pensamientos, emociones y sentimientos y progresiva derivación en conductas automáticas). Didacticamente ha de mostrarse la lógica-no lógica de sus pensamientos, antecedentes, consecuencias y cómo sustituirlos por pensamientos alternativos que resulten más positivos. Proceso:
 1. Crear estados de disonancia cognitiva en los pacientes a través de evidencias lógicas que pongan en “solfa” sus convencimientos y creencias irracionales.
 2. Terapeuta demuestra como los pensamientos negativos o creencias irracionales son disfuncionales y tienen consecuencias negativas.
 3. Terapeuta ayuda al paciente a desarrollar nuevos modos de pensar, nuevas creencias más racionales demostrando que tienen consecuencias más positivas y satisfactorias.
 4. Terapeuta debe conseguir que vaya siendo el paciente quien encuentre los fallos de sus creencias irracionales y explore nuevas creencias y pensamientos, los someta a riguroso examen, deducciones y consecuencias.
 5. Varias técnicas:

Identificar y Modificar creencias asociadas a consumo: técnica de flechas descendentes y registro diario de pensamientos.

Cuestionar la evidencia.

Eliminar/ Potenciar al máximo el negativismo.

Convertir la adversidad en ventaja.

Reatribución: explicaciones más precisas de los acontecimientos.

Paradoja / Exageración: es llevar a una idea a su conclusión más absurda, más extrema.

Técnica de Exposición imaginaria: trata de reproducir mentalmente condiciones estimulantes que puedan producir craving y repasar con el paciente técnicas de control a cada uno de estos estímulos (formas de rechazo a ofertas, imaginar estados de ansiedad y alternativas a estos, utilizar tarjetas con instrucciones jerarquizadas e incompatibles, entrene en debatir razones para consumir y refutar estas con razones para no consumir. Practicar nuevas creencias y valores más positivos.

Asignarse Auto-Refuerzos por los logros.

Se trata de un descubrimiento guiado a través del “darse cuenta” del paciente de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados. Aprendizaje de nuevas creencias y conductas: con preguntas para probar, experimentar en imaginación, reflexiones, resúmenes e hipótesis que poder elicitar, examinar y refutar, consiguiendo “ insight” y toma de decisiones racionales.

Configuraciones de pensamientos mediante cuestionamiento activo y reflexión selectiva → aprender a pensar de forma independiente, autónoma y racional.

Técnicas conductuales

1. Técnica de programación y control de la actividad: se efectúan actividades con objetivos prosociales (servicios comunitarios, hobbies, etc.). el proceso de control se realiza mediante inventario de Actividades.
2. Técnica de aprendizaje de Habilidades Asertivas: se aprenden utilizando entrene en roles, modelado, escucha activa y asertiva, Autoverbalizaciones, etc.

3. Técnicas de Afrontamiento: se aprenden frases y pensamientos para afrontar situaciones negativas utilizándose autoreforzos y relajación como respuestas positivas de afrontamiento.
4. Técnicas de Resolución de problemas y toma de decisiones: capacita a los pacientes a resolver numerosas situaciones difíciles mediante el aprendizaje del proceso de Resolución de problemas y Toma de Decisiones. Proceso:
 - Definir el/ los problemas en términos precisos y claros. Bien específicos.
 - Propón una serie de soluciones o respuestas posibles.General alternativas posibles. Perfilalas nitidamente.
 - Examina pros y contras de cada solución propuestas.
 - Escoge la mejor solución contemplada.
 - Apicala despues de planificarla, prepararla y practicarla.
 - Valora las consecuencias. Analizalas detalladamente.Evalúa el resultado objetivamente.
 - Si es positivo. Autorefuerozo.
5. Técnicas de Manejo de Ansiedad:
 - Se trata de que la ansiedad no bloquee las capacidades y habilidades del sujeto.
 - De eliminar los mecanismos inhibitorios de conductas positivas.
 - Utilización, fundamentalmente, de Técnicas de Relajación y de Desensibilización Sistemática.
6. Técnicas de Prevención de Recaídas: son programas de aprendizaje de autocontrol. Es importante:
 - Identificar estímulos internos y externos (nerviosismo, ira, tensión, frustración,etc.)
→ aumentar consciencia, reducir exposición e incrementar reacción reflexiva y autocontrolar asignación de tareas.
 - Estrategias Cognitivas de Afrontamiento:
Desarrollo de creencias de control que reduzca vulnerabilidad.
Exposición in-vivo o imaginaria con el terapeuta de una jerarquia de estímulos de alto riesgo en períodos intersesiones.
Listado de actividades distractoras.
Imaginar formas de decir no: anotar y entrenar.
Desafío de pensamientos dicotómicos.
Utilizar Técnicas de Imaginación.
Tarjeta de Análisis de Ventajas / Desventajas

PSICOTERAPIA DE INSPIRACIÓN ANALÍTICA

Está basada en las teorías psicoanalíticas.Existen distintas modalidades; una de las más extendidas, que sigue estas coordenadas, es la Psicoterapia Breve, más flexible y adaptada a un tipo determinado de conducta determinada que la clásica. Considerán que:

Las conductas adictivas son síntomas de una personalidad premórbida fruto de trastornos y conflictos de carácter inconsciente.

Se produce un análisis dirigido por el Terapeuta acerca de acontecimientos vitales pasados y presentes.

Puede utilizarse una guía estructurada a modo de Epicrisis.

El paciente debe establecer, a través del habla, asociaciones, relaciones causa – efecto, derivaciones de acontecimientos en situaciones posteriores, emociones y sentimientos que producen o han producido determinados hechos, sus respuestas o silencios, sus consecuencias, los afectos y desafectos,etc.

Objetivos

Objetivo General:

- Abstinencia y equilibrio del Yo (de la personalidad).

Objetivos Específicos:

- Fortalecer el YO (frente a ELLO/ SUPER YO), es decir instintos y pulsiones contra super conciencia moralista.
- Producción en el paciente de “insight”, es decir, comprensión o toma de consciencia.
- Descargas emocionales (catarsis).
- Sublimación de energía que empleaba en la represión de los impulsos.
- Crecimiento personal: superando actitudes pasivo-dependientes y eliminando complejos y miedos.
- Aprendiendo a tolerar mejor las frustraciones.
- Aprendiendo a demorar las satisfacciones.
- Aprendiendo a interiorizar la necesidad de auto-exigencia, de responsabilidad, autoridad y ley.
- Aceptando limitaciones.
- Esforzándose en las conductas de cambio, etc.

Técnicas:

Curación por la palabra, por la comprensión y asimilación de lo comprendido. Se exige sinceridad absoluta y el terapeuta trabaja la supresión de las resistencias a través del paciente.

El paciente analiza, asocia lo que le sugieren los distintos episodios de la narración, contenidos que asocia con su experiencia (asociación libre).

Reestructurar las instancias psíquicas y su expresión: angustia, confusión, resistencias, culpabilidad, etc.

Intervención dirigida a resolver síntomas específicos que van apareciendo en el análisis.

Dominio de la Transferencia- Contratransferencia: se trata de revivir con el terapeuta conflictos que tuvo con otras personas (Padres- progenitores-hermanos,etc.).

Dirigir la energía de las pulsiones a otro fin, sobre otro objeto.

TERAPIA GRUPAL

La formación e intervención en grupos de terapia viene determinada por la necesidad de potenciar las intervenciones que son desarrolladas por el Equipo Terapéutico en el proceso de deshabitación con la intención de obtener la máxima eficacia posible. Características:

Conseguir un grupo homogéneo en lo posible para lo que se establece una selección previa antes de la inclusión en grupo a través de entrevistas y nivel de evolución en tratamiento buscando un nivel grupal semejante.

Incorporaciones siempre después de haber concluido fase de desintoxicación, entrada en deshabitación y sin recaídas.

Conducido por Terapeuta y Co-terapeuta.

Exigencia de asistencia regular de paciente.

Respetos de horarios y de la dinámica grupal y de los demás participantes.

Propuesta de Asistencia (entre 6 meses y 1 año aproximadamente.)

Número máximo de 20 participantes.

Modelos de Grupos: Pacientes/ Familiares/ Hijos / Esposas. Mixtos / Específicos.

Técnicas:

- Informativos. Temas Alcohol y Drogas: Conceptos, Historia, Etiología, Complicaciones físicas, psíquicas y sociales, Personalidad, Familia, etc.
- Discusión y Análisis: Responsabilidad, Motivaciones, Presión para consumir, Autoexigencia, etc.
- De profundización: Cognitivas / Dinámicas/ Conductuales/ Transaccionales.
- Mixtos. Técnicas cognitivas, conductuales y otras.
- Sesiones entre 60 y 120 minutos.
- Material de apoyo: textos, audiovisuales: transparencias, videos, etc.

Temas Grupales:

- Relacionados con las Adicciones.
- Intervención Cognitiva en drogodependencias:
 - + modelos cognitivos de adicción
 - + modelos de autoeficacia
 - + identificación y modificación de creencias
 - + análisis de creencias irracionales, como refutarlas
 - + técnicas de manejo de ansiedad
 - + técnicas de imaginación
- Técnicas Conductuales:
 - + programación y control de la actividad
 - + aprendizaje de habilidades interpersonales
 - + técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones
 - + clarificación de valores: proceso de creación, eficacia contra el síntoma, sistema personal de valores, afirmación de valores y ejercicios.
- Técnicas de Prevención de Recaídas:
 - + proceso de recaídas
 - + factores de riesgo y señales de aviso
 - + efecto violación de la abstinencia
 - + estrategias cognitivas de afrontamiento
 - + reconstrucción cognitiva

Temas relacionados con la Comunicación:

- + proceso en la comunicación
- + disfunciones en la comunicación
- + habilidades en la comunicación

Temas relacionados con la familia:

- + modelos familiares
- + disfunción de los modelos familiares
- + co- dependencia
- + reestructuración de los modelos familiares de relación.

Objetivos

Objetivo General:

Conciencia de enfermedad

Aprender a vivir sin alcohol/ tóxico

Objetivos Específicos:

- Información, en profundidad, de lo que significa la enfermedad alcohólica/ adicciones.
- Aprender a identificar factores generales y personales de riesgo que existan.
- Aprendizaje de otras conductas alternativas a las relaciones de consumo a través de terapeuta / compañeros de grupo.
- Aprender a exteriorizar sentimientos y emociones.
- Aprender a discernir y luego sustituir mitos y creencias irracionales por otras más lógicas y racionales.
- Mejorar la capacidad de las interacciones (relaciones interpersonales).
- Des – culpabilización colectiva y apoyo al proceso de recuperación de la autoestima.
- Aprendizaje vicario de hábitos, de formas de pensamiento más positivas.
- Exigencia grupal de compromiso, de responsabilidad, de respeto a la organización y planificación de terapias
- Interiorización de roles más positivos y satisfactorios aprendidos de la relación y trabajo en grupo.
- Aprendizaje en grupo en resolver problemas y toma de decisiones en las interacciones grupales.
- Consolidar modelos de pensamiento crítico y auto crítico.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR / PAREJA

El contacto inicial con las drogas suele llevar primero a un uso y luego a una abuso, originándose en la pre – adolescencia y adolescencia encontrándose vinculado a una multifactorialidad, a destacar:

- período de cambio de valores y creencias.
- Experimentación de nuevas conductas y sensaciones.
- Autoafirmación de la personalidad.
- Desarrollo de relaciones intrafamiliares e interfamiliares.
- Preparación para la independencia en todos los sentidos.

Se diferencian tres etapas muy nítidamente:

1. Consumo de sustancias legales, tales como alcohol y tabaco que no suelen ocasionar demasiados conflictos familiares.
2. Utilización de marihuana y hachís influida por relaciones grupales que sí va a producir alguna que otra inquietud, siempre que no supongan excesos.
3. En el abuso más o menos regular sí se observan relaciones conflictivas del sujeto con la familia.
4. Actitudes más frecuentes:
 - Madre: sobreprotectora, permisiva, simbiótica, posesiva.

Padre: distante, débil, ausente, autoritario,

Una parte de la sintomatología es mantenida en el sistema familiar y para la familia. Si hay colaboración hay posibilidad de cambio, de forma que podamos observar y preservar aquello que todavía funciona en el contexto familiar. El terapeuta se centrará en conseguir:

- Desculpabilizar al paciente no colocando el acento en los aspectos negativos.
- Intentará reforzar los puntos fuertes, sanos y los recursos y capacidades existentes.
- Eliminará los puntos débiles, focos productores de estrés y ansiedad.

- Potenciará las motivaciones para el cambio reforzando conductas positivas conseguidas.
- Determinará que pautas adaptativas deberán ser asumidas.
- Modelará y estructurará las resistencias que se produzcan: permisividad, negación de conductas negativas, evitación de solución de conflictos, justificaciones, minimizaciones.
- Demostrará las distorsiones y conflictos graves que producen determinadas jerarquías y alianzas.
- Enseñará como aumentar la capacidad de análisis y de compromiso.
- Como mejorar la efectividad en las relaciones emocionales.

ALCOHOLICOS REHABILITADOS. GRUPOS DE AUTOAYUDA.

Los alcohólicos rehabilitados son colectivos organizados en asociaciones con un fin común: la rehabilitación del enfermo alcohólico.

El soporte viene de un conjunto de enfermos y familiares que se reúnen y asocian con el propósito de ayudar a quienes lo necesiten. Su eje principal es la defensa de la salud de sus miembros, la información anti- alcohólica a la sociedad y la prevención del alcoholismo.

Enfermos y familiares tratan de lanzar a la sociedad un mensaje firme: el alcoholismo es una enfermedad que se puede curar si se mantiene la abstinencia.

El trabajo asociativo se basa en el voluntariado partiendo de las premisas: ayudar es ayudarse, ofrecemos nuestra rehabilitación a quién la necesite, apoyamos la re inserción, trabajamos en colaboración con profesionales de la salud.

Objetivo General

- Rehabilitación del enfermo alcohólico a través de la abstinencia.

Objetivos Específicos:

- apoyo al alcohólico y familiares.
- Apoyo al proceso de rehabilitación en colaboración con equipo técnico.
- Captación de nuevos enfermos.
- Apoyo a la re – inserción del enfermo.
- Participación en Actividades asociativas con familiares.
- Campañas de concienciación social y de prevención.

FUNCIÓN PSICOLÓGICA DE LOS GRUPOS

Al paciente alcohólico participar en un grupo le supone:

Comunicarse y escapar de la angustia de la soledad (descarga del YO).

Identificación con el otro enfermo, a través de :

- profundización de pensamientos y emociones.
- Deseo de escapar de la dependencia obsesiva del alcohol.
- Necesidad de encontrar soluciones y compartir estas.
- Función reflectiva de los compañeros.

Poder normativo del grupo (super yo) que incita a cambiar de actitudes y pautas de conducta.

Refuerza sentimientos de pertenencia al grupo (cohesión interna).

Expresividad de tendencias inhibidas: seguridad, aprobación, rivalidad, dominio, intercambio, manipulación, etc.

Activar de forma importante la responsabilidad y la conciencia social.

Dsculpabilizar.

Refuerza métodos contra las recaídas.

Sublimación de la energía, antes destructiva, ahora ayuda a los demás.

Satisfacción de necesidades de comunidad que sienten muchos pacientes.

Capacidad persuasiva (no solo del terapeuta) de los miembros con más veteranía y experiencia.

Identifica, nivela formas de pensar, sentir y actuar.

Impone con la persuasión normas, actitudes y conductas.

Potencia relaciones empáticas.

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento es una fase importante de la intervención ya que intenta lograr la superación, en sentido positivo, de la conducta adictiva y de las conductas problemas, conflictos y demás déficits que previamente habían sido diagnosticados.

Evaluar:

1. Que metas terapéuticas son relevantes para el tratamiento.
2. Seleccionar que técnicas de tratamiento son las más idóneas para cumplir los objetivos del programa de intervención.
3. las variables distorsionadoras que puedan intervenir para intentar neutralizarlas. Es importante evaluar y planificar dicha neutralización. Se observará atentamente:
 - si se produce un cambio encubierto de expectativas que alejen del compromiso firmado con el Equipo Terapéutico.
 - Si se mantiene el interés y respeto por el compromiso adquirido.
 - Si hay que reforzar este interés.
 - Si se producen situaciones personales de mayor vulnerabilidad que supongan déficits de recursos.

La efectividad de la implementación de las técnicas de tratamiento se debe establecer determinando indicadores que permitan medir si se están produciendo cambios significativos en el sujeto, familia y /o pareja.

Dichos cambios serán medidos y evaluados a través de Indicadores conseguidos de DSM IV, Escalas de Valoración Comportamental; Inventarios, Tests, etc.

Indicadores Motivacionales

Se derrumba ante los primeros obstáculos.

Cumple tareas, citas, participa y es activo.

Afronta problemas con actitudes lábiles, condescendientes con el consumo propio o ajeno o por el contrario es riguroso.

Falla en tareas, es impuntual, se autojustifica.

Se esfuerza por crear opinión colectiva contraria al consumo con sus actitudes y conductas.

Es manipulador.

Manifiesta alguna reserva ante alguna prescripción contraria al consumo.

Adopta actitudes pasivo – dependientes: “vosotros sois quienes tenéis que resolver mi problema.”

Indicadores Cognitivo- Conductuales:

En la deshabituación y rehabilitación se intenta que se produzcan modificaciones en la estructura y modos de pensamiento implicados en la conducta adictiva, a saber:

Capacidad de modificar la ejecución de respuestas que estaban condicionadas anteriormente (ansiedad ante la visión . imaginaria o no , de un consumo).

Observar y registrar la propia conducta.
Ejecutar conductas incompatibles y adaptativas.
Discriminar situaciones de riesgo.
Auto- refuerzo por conductas y actitudes convenientes.
Influye en la modificación de estímulos internos/ externos que pueden determinar la aparición de una conducta no pertinente.
Elimina o limita espacios, tiempos, personas asociadas con posibles consumos.
Ejecuta respuestas alternativas y contrarias a situaciones de estrés y ansiedad y posible consumo.
Planifica y programa lo que va a hacer y evalúa lo que ha hecho de forma correcta.
Registra sus pensamientos automáticos y creencias irracionales y efectos que producen.
Utiliza falacias de control.
Ante un problema o conflicto se para, analiza posibilidades, valora cada una de ellas y elige la mejor o mejores posibles.
Ejecuta aficiones y conductas de afrontamiento ante problemas y conflictos.
Desarrolla patrones de comunicación interpersonal más eficientes, de mayor interacción, negociación, defiende sus derechos.
Percepción interna y externa más satisfactoria: aspecto físico, psicológico y social.
Mayor nivel competencial.

Indicadores de Terapia Grupal

Además del compromiso terapéutico individual se pretende que asuman un compromiso social con un “contrato grupal” que rechace el consumo y posibilite la confrontación reflexiva y la convivencia a través de actitudes planificadas y realizadas para y por el grupo.

Donde se facilite la integración de los aprendizajes, expresión de emociones y sentimientos, valoraciones, críticas, etc., de forma solidaria y compartida.

El grupo, como tal, es un buen indicador que permite observar la evolución de cada paciente, su aportación o su freno al grupo.

Área social – Terapéutica

Participa en actividades asociativas: culturales, deportivas, de captación de nuevos enfermos.
Comparte con los compañeros de grupo actitudes de colaboración y cooperación activa en las actividades sociales del grupo / asociación.
Hace una positiva utilización de su tiempo libre.

Área Relacional

Ha incrementado progresivamente el nivel de comunicación con los miembros del grupo.
Acepta tranquilamente las críticas de sus compañeros: muestra indiferencia / pasividad a las analiza reflexivamente y acepta...
Acepta los compromisos de grupo.
Se ayudan mutuamente para resolver problemas.
Es capaz de respetar los derechos de los demás.

Área Psicoterapéutica

Refuerzan grupalmente el consumo de sustancias alternativas al alcohol.

Conocen aspectos básicos y consecuencias bio- psico- sociales de esta enfermedad.

Identifican factores de riesgo grupales e individuales.

Saben evitar estímulos de grupo relacionados con consumo.

Saben desarrollar estrategias de resolución de problemas y toma de decisiones de carácter grupal.

Indicadores de Psicoterapia

Cualquier intervención se aconseja una vez conseguida y estabilizada la abstinencia.

Ha modificado algunas áreas determinadas de su estructura mental resolviendo sus perturbaciones derivadas de un conflicto intra – psíquico.

Ha resuelto parcialmente algunas resistencias y ha fortalecido otras con la subsiguiente integración parcial de las pulsiones reprimidas previamente en el YO adulto, provocando una fortaleza del YO.

Reestructurar la personalidad:

- Favoreciendo el auto- conocimiento (capacidades, limitaciones, necesidades y mejora de la autoestima).
- Aprendiendo a percibir los derechos y necesidades de los demás.
- Adquiriendo capacidades de compromiso y responsabilidad.
- Desarrollando capacidades de aceptación e interiorización de normas y roles.

Evaluación en Terapia Familiar

La intervención en Terapia Familiar debe ir dirigida a que la familia descargue, en las sesiones, toda la fuerza que desencadenan las tensiones y conflictos subyacentes: conflictos, frustraciones, esperanzas...

Con ello se intenta conseguir que la familia quede liberada de tales conflictos, tensiones, contradicciones y ambivalencias, etc. Mediante el afrontamiento y profundización terapéutica de los mismos, lo que permitirá, tal vez, que salgan a la luz los graves problemas que les afectan.

Objetivos del Proceso son:

- Equilibrio de Afectos.
- Reestructuración de roles.
- Reconciliación familiar.
- Soluciones puntuales a las distintas dificultades.
- Afloren resistencias y puedan ser vencidas.
- Potenciar alternativas positivas.

El proceso debe tener un máximo aproximado de diez sesiones. Hay mejoría cuando se producen cambios: nuevas estructuraciones familiares, relaciones afectivas más profundas y sinceras, expresión de afectos positivos, desaparecen transacciones y alianzas familiares desestructurantes, desestabilizadoras y confusas....

Indicadores de la Terapia Familiar – Pareja

1. El sistema de relación es distinto del que había al comienzo.

2. Se comunican más y mejor los distintos componentes del sistema familiar, también subsistemas.
3. Límites generacionales claros, se procura que se respete la individuación.
4. Se han eliminado rigideces disfuncionales: autoridad racional y lógica, normas y leyes equilibradas, disciplina tranquila.
5. Reconstrucción de la jerarquía familiar.
6. Cada miembro está en su lugar generacional y su sistema.
7. Sistema familiar con mayor cohesión y estable con un mayor índice de satisfacción reportado a través de indicadores de tiempo libre, sociales, laborales, etc.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Después de producida el alta se debe efectuar un seguimiento periódico: aproximadamente a los seis meses y al año.

Metodología: Entrevista con paciente y familiares
Analíticas en su caso.

Igualmente es importante tener en cuenta el índice de retención que se produce en la aplicación del programa: número de pacientes que entran, los que continúan y los que abandonan.

Obviamente a mayor nivel de retención mejor funcionamiento del programa.

También es importante el índice de fluctuación: movimiento de altas y bajas, de acogidas y de abandonos.

Las cifras sobre estos indicadores deben formar parte de un sistema de Evaluación permanente a través de un sistema de recogida de datos continuo y centralizado.

OPIÁCEOS.

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) náuseas 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	UHD	UHD	UHD	UHD	UHD	UHD
		Hospital Sant Pau. Barcelona (18)	Hospital Mutua de Terrassa. Barcelona (19,20)	Hospital del Mar. Barcelon n (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 ánimo 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.

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 benzodiazepinas 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 deshabitación 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 heroínomanía.

EL CRAVING Y SU CORRELACIÓN CON EL CONSUMO EN DEPENDIENTES A OPIÁCEOS EN TRATAMIENTO CON METADONA. ANÁLISIS GRÁFICO DE TENDENCIAS.

INTRODUCCIÓN

El craving se ha definido como una experiencia subjetiva de deseo y necesidad irremediable de consumo de una sustancia, dicha sensación es descrita en todas las dependencias a sustancias psicoactivas por los pacientes como síntoma (experiencia subjetiva) princeps de su psicopatología adictiva.

Su base neurobiológica está en el sistema dopaminérgico subcortical y también se han implicado en su génesis hipótesis como el "kindling".

La terapéutica farmacológica con agonistas opiáceos ha demostrado su efectividad en la estabilización de las dependencias opiáceas, objetivizando disminuciones o abstinencias en el consumo, y a largo plazo remisiones de la enfermedad.

El conocimiento del síntoma craving en la evolución de los pacientes con criterios diagnósticos de dependencia de sustancias psicoactivas (DSM IV), no ha sido suficientemente estudiado y podría establecer o aclarar conceptos fundamentales en las conductas adictivas como:

- Preferencia de sustancia / Poli toxicomanía.
- Recaída / Prevención de recaídas.
- Cronicidad de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal, de la evolución del parámetro "craving", consumo de sustancias (gr/día) y tratamiento farmacológico (mg/día, del fármaco metadona).

Ámbito del estudio: Centro ambulatorio (Unidad de Conductas Adictivas Area 03).

OBJETIVO

Estudio de la evolución del "craving" en los pacientes en tratamiento por dependencia opiáceos en tratamiento con metadona para establecer una relación con la aparición de consumo de la sustancia opiácea.

MUESTRA

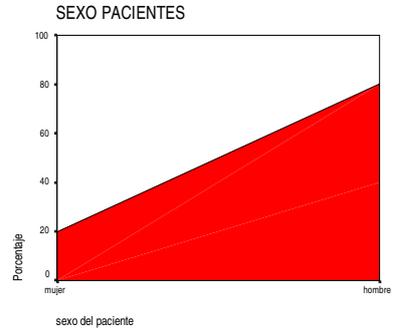
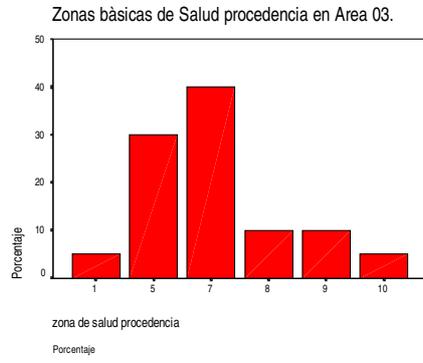
Sujetos a estudio: Pacientes en tratamiento por dependencia opiáceos en tratamiento con metadona (N= 20), seleccionados aleatoriamente 7, del archivo de Historias Clínicas de la Unidad.

Estadísticos descriptivos

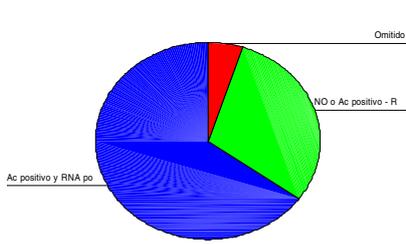
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad en años	20	23	46	36,50	6,08
N válido (según lista)	20				
años de evolución	18	2	31	15,61	7,75

de la
dependencia

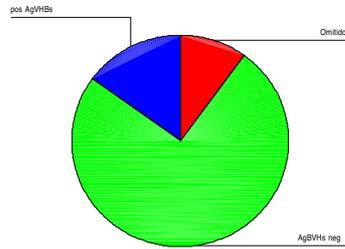
N válido 18
(según lista)



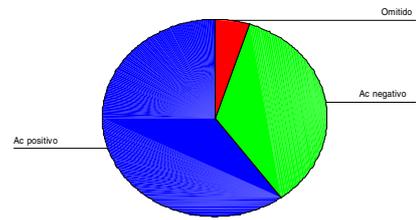
HEPATITIS CRÒNICA VIRUS C



HEPATITIS CRÒNICA VIRUS B



VIH PACIENTES



INSTRUMENTACIÓN

Escala Analógica Visual de Craving (Opiáceos, cocaína, Etanol, Benzodiacepinas, Anfetaminas, tabaco, cannabis).

Entrevista Clínica: Medición de consumos (grs/ día).

Controles de tóxicos en orina (FPIA, ngr/ ml).

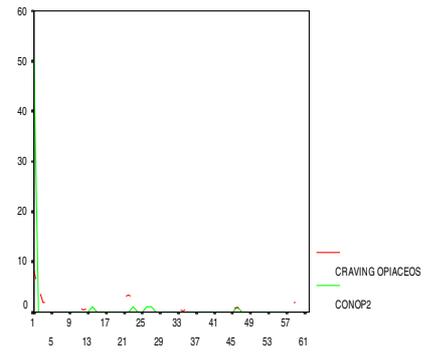
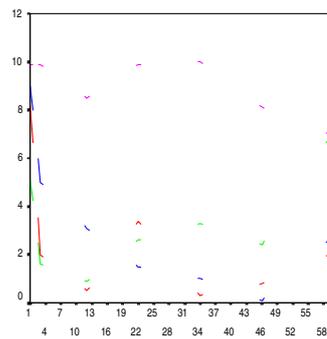
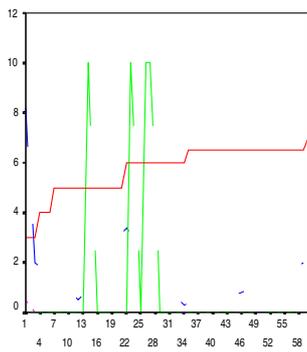
ANÁLISIS

Representaciones gráficas de tendencias.

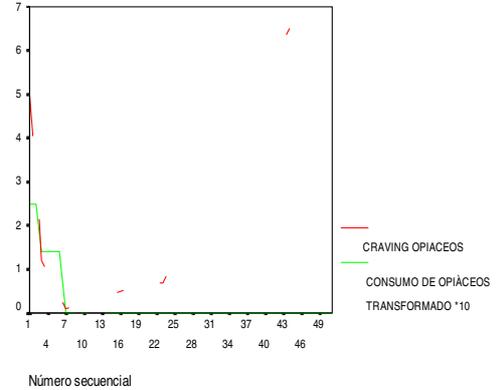
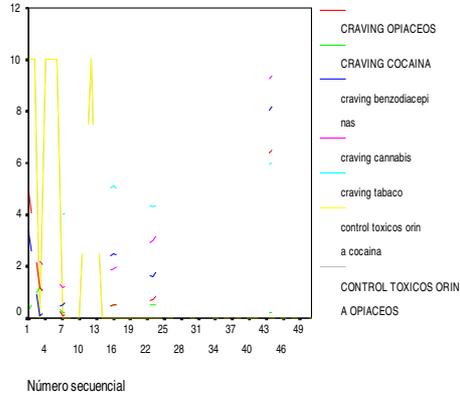
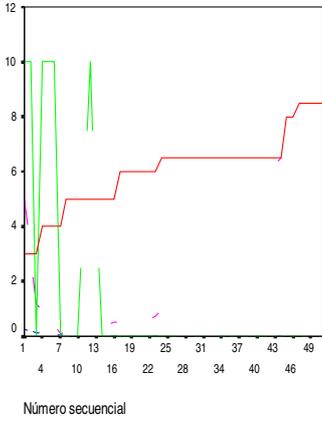
Paquete estadístico SPSS.8.0.

RESULTADOS

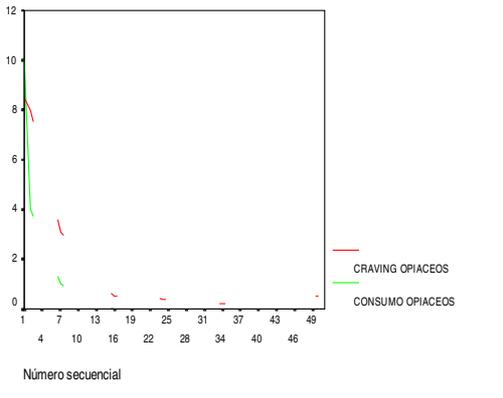
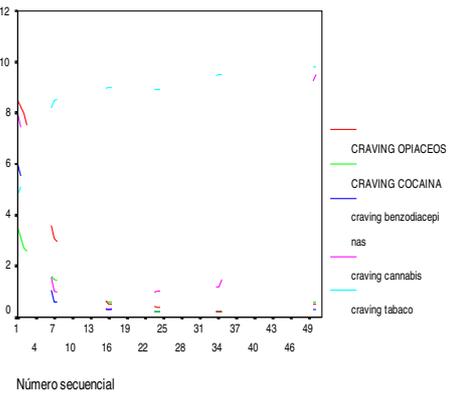
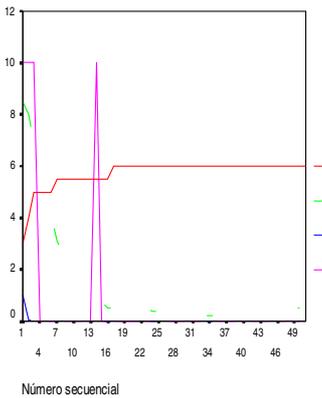
paciente 1



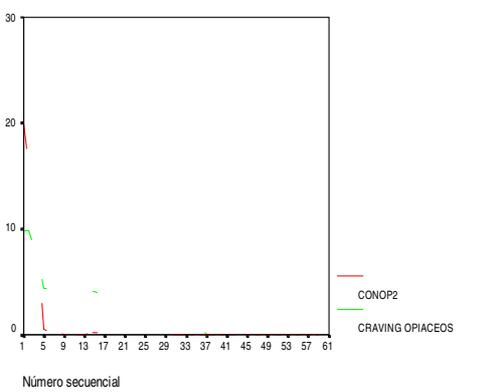
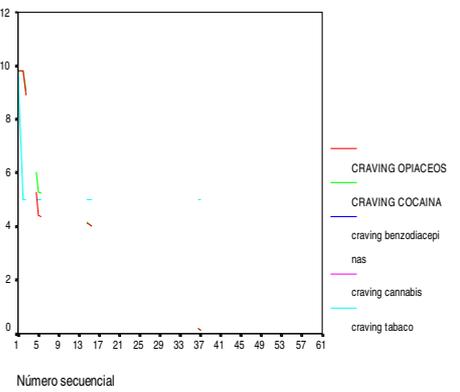
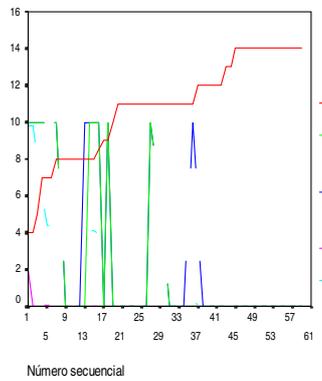
paciente 2



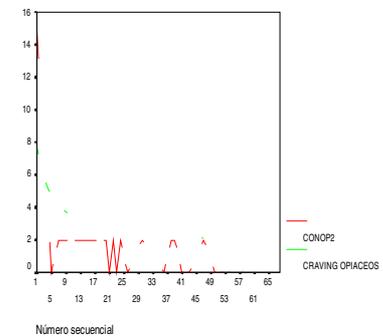
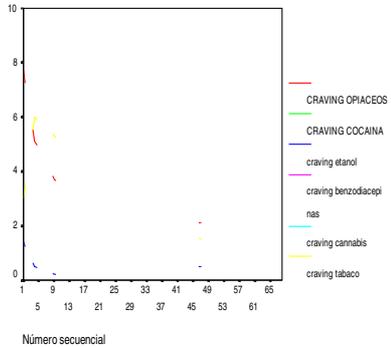
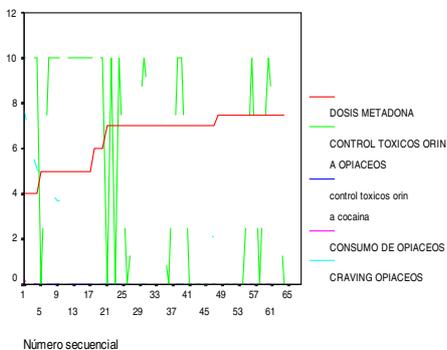
paciente 3



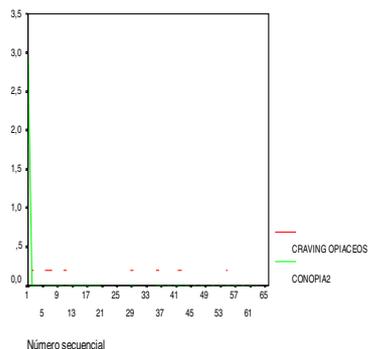
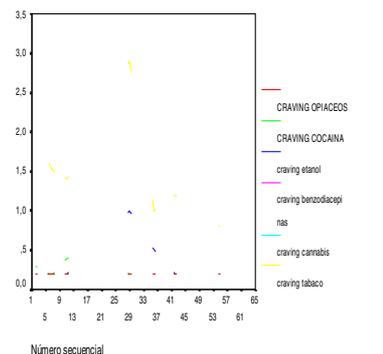
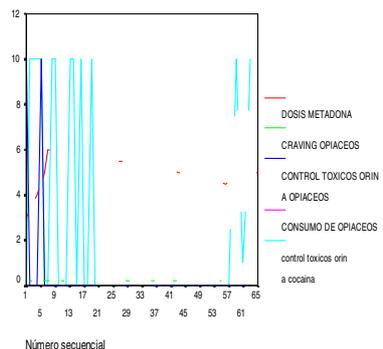
paciente 4



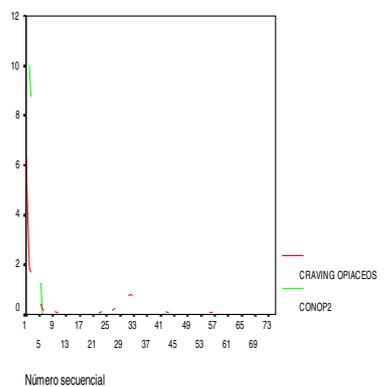
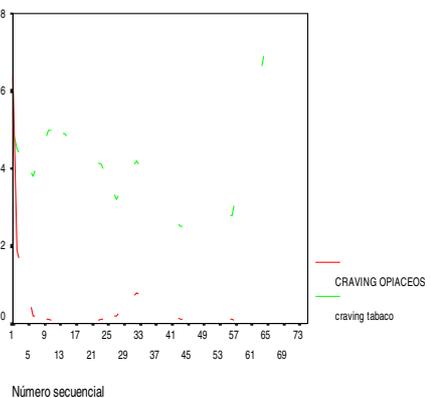
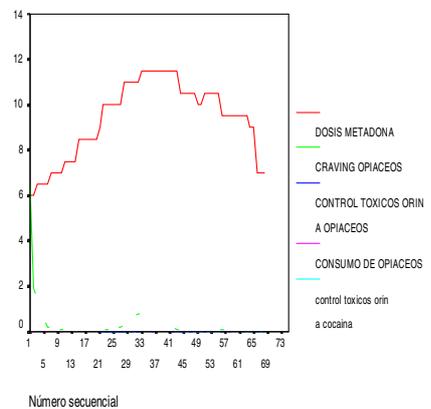
paciente 5



paciente 6



paciente 7



DISCUSIÓN

En la muestra seleccionada para establecer el estudio cabe destacar la larga evolución del trastorno adictivo (media de 16 años), la mayoría de la zona salud 7 (Sagunto), que fueron los primeros en ser captados para el tratamiento agonista y con problemas diagnosticados de larga evolución en cuanto a procesos crónicos coadyuvantes con la dependencia (hepatitis víricas tipo C y B, VIH), lo cual los convierten en verdaderos supervivientes de una época en la que los consumos parenterales, las prácticas de riesgo generalizadas y otros factores hicieron imposible la supervivencia de los pacientes adictos que se iniciaron el consumo con los pacientes que componen el estudio.

Lo más llamativo de las gráficas de las tendencias en todos ellos es como disminuye el craving opiáceos en la medida que se van incrementando las dosis de tratamiento en la evolución, así como la tendencia a disminuir el consumo en la medida que se van incrementando estas dosis. No obstante se aprecia en la mayoría cierta dificultad en conseguir la abstinencia opiácea hasta que no se alcanzan determinados niveles de craving bajos, conseguidos sólo transcurridos un periodo mas o menos prolongado dependiendo de cada uno de ellos. Esto haría de estos momentos de inicio de tratamiento unas situaciones de especial riesgo de sobredosis opiácea, al desconocer el paciente la repercusión de estos consumos en el organismo en principio ya abastecido de tratamiento agonista opiáceo.

Otra circunstancia que se observa en la evolución de los mismos es cierta estabilización de problemas de consumos concomitantes ,que ya fueron diagnosticados al inicio del tratamiento y que evolucionan hacia la mejoría en la mayoría de casos, tratándose de problemas de abuso de otras sustancias (alcohol, benzodiacepinas, cannabis, cocaína), con la excepción de la nicotina, pues parece que se trata de un fenómeno de dependencia y que evoluciona al margen de el tratamiento al que están sometidos, no afectándolo o sólo parcialmente al inicio con una disminución en el consumo y en el craving que luego se estabiliza y va por libre, de una forma estable.

No aparecen fenómenos de dependencia nuevos, si reaparecen consumos (abusos de sustancias), condicionan un momento de crisis para la estabilización clínica del paciente y de la dosis de tratamiento que necesita. Paciente 1 con el alcohol, paciente 2: primero con cocaína y luego benzociacepinas, paciente 6: alcohol y cocaína.

Lo cierto es que se observa a nivel general dos grupos de pacientes en cuanto a la consecución de la abstinencia opiácea a largo plazo, a pesar del tratamiento un grupo de ellos no acaba de lograr la abstinencia de una forma total y ello a pesar de tener un craving de consumo relativamente bajo (paciente 5), la mayoría abandona el consumo al poco tiempo del inicio del tratamiento (2, 6,7 negativizándolo desde el inicio; 1,3,4 primero negativizándolo, luego reapareciendo para terminar negativizándolo de nuevo).

Concluiría valorando como muy positivo para la consecución de la estabilización clínica de los pacientes el tratamiento con agonista opiáceos en este grupo de pacientes de larga evolución de la dependencia, logrando en su mayoría la estabilización clínica de la enfermedad (Craving opiáceos nulos o muy bajos, consumos cero o bajos al inicio), replanteando a pesar de mostrarse efectivo problemático en el objetivo abstinencia total en un mínimo grupo (paciente 5), donde quizás otras alternativas terapéuticas opiáceos sirvieran mejor para el control del consumo por mostrarse con este la incapacidad para la abstinencia total del mismo.

UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA.

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de las tres últimas décadas, el fenómeno de las drogodependencias, como fenómeno cambiante que es, ha venido generando, además de numerosos efectos adversos, propuestas de diversas modalidades de intervención y un desarrollo de las mismas. Desde aquellas primeras actuaciones, iniciadas a finales de los 70, centradas en separar al sujeto de su ambiente, para que mantuviera la abstinencia o, la asistencia en Hospitales psiquiátricos; pasando por los tratamientos específicos para las drogodependencias, (hospitalarios, ambulatorios y residenciales), en todos los casos orientados a la

consecución y mantenimiento de la abstinencia; hasta los programas con agonistas que se iniciaron en nuestro país a finales de los años 80, principios de los 90 dentro de las llamadas políticas paliativas o de reducción de daños.

Los programas de mantenimiento con metadona fueron desarrollados en USA, a partir de 1964, por Dole y Nyswander, como tratamientos alternativos a la dependencia a opiáceos obteniendo desde sus inicios resultados alentadores. Estos autores postularon la existencia de una disregulación o trastorno molecular endógeno a nivel del sistema nervioso central, como base etiopatogénica del proceso de dependencia de la morfina y la heroína que, presentan los individuos adictos resistentes a los tratamientos tendentes a conseguir la abstinencia. La constatación de la ineficacia de los programas orientados a la abstinencia para un colectivo importante de adictos junto al deterioro sanitario de esta población (especialmente coincidiendo con la irrupción del VIH - SIDA) produce un cambio cualitativo en torno al abordaje de las drogodependencias, al dejar de ser prioritaria la reconversión total del individuo y centrarnos en su supervivencia y en la preservación de la salud pública. “El tratamiento de la dependencia en si misma ha quedado sobrepasado por la preocupación de preservar la vida en si misma” (Brown y Beschener 1989).

No debemos olvidar que, desde que comenzaron los tratamientos con metadona, ha habido numerosos avances en torno a los objetivos planteados, dotación de recursos y la percepción de los mismo. A la inicial postura dubitativa, cuando no claramente contraria a este tratamiento, por parte de muchos profesionales, pasando posteriormente a una aceptación (tras los graves problemas de salud por la proliferación de casos de SIDA en esta población) pero con un carácter claramente de tratamiento menor (“lo que se hace, cuando ya no hay nada más que hacer”) hemos pasado a una consolidación progresiva de los programas de mantenimiento con Metadona aunque con algunas reservas, a pesar de los buenos resultados. En la actualidad, ya “casi nadie” parece dudar de la bondad de estos programas de tratamiento aunque, no podemos obviar, que continua siendo el tratamiento menor de los programas ofertados en la red asistencial.

No obstante, en la actualidad, nos hallamos en un momento en el que se quiere primar el carácter eminentemente terapéutico del programa y, superar la imagen de tratamiento de segundo categoría, respecto a los tratamientos orientados a la abstinencia, dedicándoseles cada vez, más recursos asistenciales con el fin complementar el tratamiento puramente farmacológico. Los programas de tratamiento con metadona deben ser individualizados y contemplar objetivos a corto, medio y largo plazo considerando valiosa la consecución de cualquier objetivo de cambio que nos acerque un cambio de estilo de vida. Los programas con dosis altas, elevada exigencia y que ofertan recursos psicosociales, serán los que arrojen mejores resultados (Rodríguez - Martos 1994). Sin embargo, a pesar de los resultados alentadores aportados por las investigaciones, no podemos caer en el error de considerar este tratamiento como la panacea, que solucione el problema en todos los casos y situaciones, sino como una alternativa terapéutica más, al menos tan valida como las demás, para los sujetos que la necesiten y la demanden.

En líneas generales, los programas de mantenimiento con metadona consisten en la administración por vía oral de este opiáceo sintético, durante periodos prolongados de tiempo, a una dosis tal, que el usuario no tenga necesidad de utilizar otros opiáceos. Ya desde la formulación del bloqueo metabólico (Dole y Nyswander, 1965-66) se constata que la metadona es una condición suficiente pero no necesaria para la abstinencia a la heroína. En esta línea, consideramos que este tratamiento no puede limitarse a la simple administración de la sustancia, sino que debe contemplar toda una variedad de alternativas terapéuticas que garanticen, en mayor o menor medida, el vinculo de los usuarios con los servicios de atención a drogodependientes, así como con los servicios sociales y de salud generales que, posibiliten el desarrollo de intervenciones en los ámbitos psicológicos, social y sanitario. “Los recursos asistenciales necesitarían ser incrementados para favorecer el progreso continuado de los pacientes que permanecen en tratamiento con metadona y para retener a aquellos pacientes con problemas más severos que dejan pronto el tratamiento” (Cacciola, J.S; Alterman, A.I; Rutherford, M.S. et al 1998).

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

Antes de pasar a desarrollar la propuesta de intervención psicológica consideramos conveniente plantearnos unas cuestiones.

¿Es conveniente la intervención psicológica en los programas de mantenimiento?. Tal como hemos señalado en la introducción se han realizado numerosos estudios que avalan la bondad de los programas de mantenimiento con metadona y sus mejores resultados terapéuticos (mayor retención, disminución del uso ilegal de drogas, disminución de las conductas delictivas., etc) en relación a otros programas de tratamiento. Así mismo, la mayoría de estudios, arrojan aún mejores resultados cuando se combinan el tratamiento farmacológico junto a una mayor dotación de recursos médicos, psicológicos y sociales frente a la exclusiva administración de la sustancia (Hoffman et al, 1994, Duró y Colom, 1995, Simpson et al. 1997). La toma diaria del agonista es necesaria para estabilizar al individuo pero no suficiente para alcanzar mayores objetivos de cambio, es decir no podemos limitarnos a tenerlos tranquilos y controlados sino que debemos poner en juego los recursos tanto materiales como humanos que posibiliten la consecución gradual, de los mayores niveles posibles de estabilidad biopsicosocial.

¿Qué usuarios se beneficiarían?. Consideramos que todos los sujetos que están siguiendo un programa de Metadona tienen que tener la oportunidad de recibir atención psicológica. No obstante, los profesionales que trabajamos con población heroínmana (más bien cabría hablar de politoxicómana) sabemos que existe un considerable número de sujetos, no sólo en los programas de metadona, que no quieren recibir asistencia psicológica, incrementándose considerablemente la proporción en los que siguen programas de mantenimiento con metadona. En estos casos, consideramos, en la línea de lo que indica en el Manual del tratamiento con metadona (Parrino 1997), que lo adecuado es prestar atención psicológica a los usuarios que demanden o acepten de buen grado la posibilidad y no centrarnos en hacer cumplir las visitas reglamentarias dejando la puerta abierta a posibles demandas de apoyo psicológico que puedan producirse durante el proceso de tratamiento.

¿Cuándo iniciar la intervención? El proceso de evaluación debería realizarse a partir del momento de la demanda aunque, posteriormente el usuario no desee seguir el tratamiento psicológico. Si acepta tratamiento, lo adecuado sería iniciarlo al comenzar el programa; también se podría iniciar cuando el sujeto lleve algún tiempo en tratamiento, previa demanda, aunque en un principio la rechazara (implícita o explícitamente) o se plantee la conveniencia por el equipo terapéutico. No debemos olvidar que los aspectos psicosociales son componentes esenciales en la rehabilitación de las adicciones pero, al igual que en los demás tratamientos, es necesaria una estabilización del usuario con los fármacos pertinentes (en este caso con metadona) para que, por una parte los individuos estén disponibles para la intervención psicológica y por otra para que ésta surta los efectos deseados. En la misma línea, es necesario que la dosis de Metadona se ajuste lo más rápidamente posible, que le permita al sujeto, alcanzar el confort terapéutico, y así, facilitar la intervención psicosocial.

OBJETIVOS GENERALES.

En lo relativo a los objetivos del tratamiento no debemos olvidar que a los programas de mantenimiento Metadona forman parte del grupo de los denominados Programas de Objetivos Intermedios por lo que los objetivos que se planteen en cada programa estarán en función de las necesidades y recursos personales de los usuarios. No obstante, al iniciar la intervención psicológica, los objetivos que planteemos pueden ser intermedios, igualmente válidos, o menos ambiciosos pero, sin renunciar a la pretensión de poder progresar hacia objetivos de cambio más ambiciosos:

- 1- Mantener la abstinencia del uso de sustancias psicoactivas no prescritas.
- 2 - Conseguir la adaptación social con empleo o con actividades socialmente aceptables.
- 4 - Consolidar un cambio de estilo de vida.
- 5 - Facilitar el tránsito hacia un programa orientado a la abstinencia.

FASES EN PROGRAMA MANTENIMIENTO CON METADONA:

Utilizando terminología propuesta por (Valls Busca, 1991) podemos diferenciar en los PMM tres fases, clínica y cronológicamente diferenciadas: Fase de estabilización, fase de tanteo y fase de Mantenimiento indefinido.

Durante la fase de estabilización y tal como su nombre indica, el usuario de heroína, inicia su toma diaria del fármaco, con la finalidad de interrumpir el consumo de heroína y de estabilizarse en la abstinencia a lo misma. Las directrices sobre mantenimiento que auspicia la administración americana (Parrino, 1997), sitúan dosis de 80 a 120 mgr. como las más recomendables. Una rápida inducción de dosis óptima nos permitirá: Neutralizar el síndrome de abstinencia a opiáceos, saciar el deseo e inhibir la euforia que se busca en la heroína. Durante la fase de estabilización (+- 24 meses en función de la consolidación de los objetivos de cambio), el equipo terapéutico reforzará todos los cambios iniciados por el paciente con la finalidad de consolidarlos. Los resultados obtenidos durante este período condicionaran la resolución de la fase de tanteo (finalización o no del tratamiento, según los cambios alcanzados.) en la fase de estabilización.

Respecto a los principales privilegios a la hora de premiar/castigar el cumplimiento de la abstinencia a heroína y demás sustancias psicotrópicas, disponemos de las dosis para llevar a casa (TAKE-HOME), (Stitzer, et al 1992). El take-home es una situación a la que el usuario llegará a medida que se vayan consiguiendo cambios y por tanto mayores niveles de equilibrio personal y social. Si hay incumplimiento se procederá a dar marcha atrás a este incentivo, siempre usando criterios de gradualidad y proporcionalidad.

PLAN DE ACTUACIÓN PSICOLÓGICA.

Evaluación.

La intervención psicológica comienza con una evaluación mediante entrevista y cuestionarios que nos permita explorar tanto las áreas problemáticas que presenta como la motivación al tratamiento y al cambio.

1 - Las expectativas del usuario respecto al programa de tratamiento. Al inicio de la evaluación psicológica, es adecuado analizar junto al paciente las expectativas que el adicto posee respecto al PMM (entendiéndose por expectativas, aquellas cogniciones o creencias que el usuario atribuye al Programa en si mismo, en el sentido de tratamiento con Metadona como facilitador de cambio respecto al consumo de heroína. Dado que la mayoría de heroinómanos utilizan además de la heroína otra/s sustancia/s, conviene rastrear las expectativas respecto al abandono del resto de drogas utilizadas. Analizaremos cuál es la intención, que inicialmente, tienen respecto al tiempo que piensan permanecer en PMM, (expectativas respecto a la duración del PMM).

Explorar las expectativas respecto a los posibles efectos psicosociales, tanto negativos (sentimientos de soledad, dificultades con la familia, problemas para organizar el tiempo, dificultades para trabajar, estar atado al centro, seguir dependiendo físicamente) como positivos de la permanencia en PMM (resolución de problemática judicial, mejora de la situación personal y psicológica, disminución del estrés, control de síntomas depresivos...) mejora de la capacidad de control para no consumir heroína. Por último, conocer las expectativas post-finalización del PMM, haciendo hincapié en las hipotéticas dificultades que puedan anticiparse. En definitiva, es importante conocer cuales son las expectativas generales de éxito o fracaso ante el tratamiento elegido por el paciente. Para evaluar las expectativas respecto al tratamiento de PMM podemos utilizar el cuestionario de autoevaluación de expectativas de respuesta abierta (Ver anexo 1), en el que se recogen cuestiones relativas a: consecución de objetivos, tiempo de permanencia, posibles dificultades en el cumplimiento del mismo, etc.

2- Motivación al tratamiento Respecto a la motivación al tratamiento psicológico precisaremos: qué espera el sujeto del mismo y que nivel de compromiso está dispuesto a asumir, así como el grado de confianza en sus recursos personales para resolver sus problemas. Explorar si el drogodependiente ha recibido con anterioridad tratamiento psicológico relacionado o no con su drogodependencia. Valorar los resultados, tanto objetivos como subjetivos, de anteriores tratamientos a partir de la información aportada por el usuario.

3 - Motivación al cambio y percepción de autoeficacia: Cuales son sus proyectos de cambio a corto y medio plazo y las razones que le impelen a iniciar estos cambios y su nivel de confianza para

alcanzarlos. A nivel general, en el análisis de la demanda, deberemos clarificar si la es motivación externa o interna, precisar la iniciativa de la misma (individual y/o familiar, coincidencias entre ambas...) y, así como la vía de derivación y grado de implicación o compromiso del usuario.

Áreas psicológicas a explorar:

1.- procesos cognitivos: Evaluar los procesos que puedan estar afectados por el consumo (atención, memoria, concentración, etc).

2. Psicopatología: Anteriores al uso de drogas, inducidos por el consumo, concomitantes, comorbilidad con trastornos de la personalidad.

3.-Personalidad: estilos de afrontamiento, estilo atribucional, nivel de autocontrol, la impulsividad, nivel de tolerancia a la frustración., etc y posibles trastornos de personalidad.

4.- La historia de consumo y tratamientos anteriores.

5- Situación sociolaboral especialmente en lo relativo a su historia laboral, formación, amigos y utilización del tiempo libre (antes y durante el consumo).

Para completar la evaluación es necesario recoger información en torno a la situación familiar que incluirá aspectos relativos a la respuesta de la familia ante las drogas, comportamiento del paciente ante la familia, normativa y límites dentro de la familia, estructura familiar y funcionamiento que nos permita evaluar la posibilidad de apoyo y el grado de compromiso con el programa de tratamiento .

Tratamiento Psicológico durante la fase de estabilización:

En primer lugar queremos manifestar que la actuación psicológica, en los programas de mantenimiento, no difiere sustancialmente de la que se realiza con sujetos que siguen programas orientados a la abstinencia. Es necesario diseñar un programa de tratamiento individualizado, a partir de la evaluación, en función de las necesidades y de la realidad de cada sujeto. En los primeros contactos con el paciente, observamos que uno de los “Temores” que más predominan en los adictos, tras numerosos fracasos en tratamientos libres de drogas, es el hecho de no verse capaces de modificar no solo su conducta de consumo, sino su estilo de vida. El papel del psicólogo será ayudar al adicto a modificar su propia percepción acerca de su supuesta incapacidad para cambiar.

La percepción de “no eficacia” en estos pacientes va a verse mediada por situaciones tanto internas como externas (recordemos que el tratamiento de Mantenimiento con Metadona, hasta ahora al menos, se ofertaba desde los propios profesionales como un tratamiento menor, dicho de otra modo, llegan a esta modalidad, aquellos que no son capaces de controlar su adicción). Esta imagen negativa del tratamiento la comparten también numerosos consumidores que piensan que se trata de sustituir, una sustancia por otra. La metadona es un fármaco y así es como debe ser conceptualizado, pero no olvidemos que los pacientes que la toman son personas con características individuales propias que vienen definidas por diferencias biológicas, psíquicas y contextuales. El tratamiento psicológico deberá ayudar al adicto a comprender, que es su interacción con el fármaco, lo que le puede permitir introducir cambios en su conducta de adicción que incluya, necesariamente, un nuevo estilo de vida.

Propuesta de intervención psicológica.

Dado que los objetivos de cambio que se persiguen en el curso de la fase de estabilización son eminentemente de tipo conductual y cognitivo consideramos que, las técnicas psicológicas más adecuadas son las que orientan hacia la modificación de las conductas y cogniciones desadaptadas. Vamos a describir a continuación las que consideramos, a partir de nuestra experiencia, las más utilizadas y adecuadas: Técnicas motivacionales, psicoeducacionales, de relajación y conductuales-cognitivas.

Técnicas motivacionales.

La técnica motivacional más adecuada al inicio de la intervención psicológica, en esta fase, es la ENTREVISTA MOTIVACIONAL, dirigida a desarrollar una determinación y un compromiso de cambio personal en el adicto.

A nivel aplicado, la ENTREVISTA MOTIVACIONAL como estrategia de cambio, implica escuchar, reconocer y aceptar, un amplio rango de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilo de vida y motivaciones verbalizadas, evitar la persuasión basada en la discusión y la confrontación y, asumir la validez de las experiencias subjetivas del paciente.

Según Miller y Rollnick (1991) para aplicar la entrevista motivacional debemos tener en cuenta varios principios, intentando compartir con los paciente sus mundos subjetivos, al animarles de una forma no enjuiciadora a contemplarse a si mismos y a explorar los efectos que sus sentimientos, acciones o formas de pensar tienen sobre sus vidas.

Deberemos:

1.- Mostrar empatía, escuchar de forma empática y reflexiva (recordemos que la ambivalencia es la característica que marca la motivación al cambio al inicio del tratamiento.), transmitiendo aceptación del paciente en su globalidad.

2.- Fomentar la discrepancia del paciente entre la conducta pasada (conducta de consumo) y los objetivos para conseguir una nueva forma de vida.

3.- Evitar discusiones y enfrentamientos (éstos incrementan las resistencias).

4.- Manejar las resistencias, intentando generar nuevas alternativas de cambio que se ajusten mejor a las necesidades terapéutica de cada paciente.

5.- Fomentar la auto-eficacia del sujeto (enfaticando la responsabilidad motivacional en el proceso de cambio) y la atribución interna (la decisión de consumir o no es estrictamente personal). Es importante que el sujeto atribuya los cambios a sus propios esfuerzos.

6.- Evidenciar “La disonancia cognitiva entre sus actitudes y su conducta, como estado propiciado del cambio, a través de varias fases:

6.1.- Fase de Elicitación: El terapeuta promueve en el paciente la exploración y mejor conocimiento (insight) en torno a las consecuencias de su conducta de adicción.

6.2.- Fase de Información: El terapeuta proporciona al paciente información objetiva sobre su estado físico, psicológico y social, que le permiten reconocer lo erróneo de algunas de sus creencias y el intentar superar las conductas equivocadas para la consecución de los cambios propuestos-.

6.3.- Fase de Negociación: Terapeuta y paciente acuerdan los objetivos terapéuticos que pretenden conseguirse durante el tratamiento (terapeuta y paciente trabajaran en equipo).

Otra técnica de intervención utilizada frecuentemente es la de BALANCE DE DECISIÓN MOTIVACIONAL, ésta consiste en entrenar al paciente a discriminar entre los aspectos positivos que supondría para él, superar la adicción, en contraposición con los aspectos negativos de mantener la conducta de consumo y el estilo de vida de toxicómano.

- Analizar pros y contras de la conducta adictiva.

- Aumentar la autoestima y la auto-eficacia del drogodependiente, para que se plantee alcanzar un cambio de estilo de vida.

Esta técnica se puede incorporar a los procedimientos de intervención cognitivo-conductuales ya que de hecho utiliza una forma de descubrimiento guiado en el que los pacientes son entrenados a discriminar las desventajas del consumo de drogas en relación con las de una vida sin ellas. El terapeuta resume y puntualiza las contradicciones del paciente, con el fin de alcanzar un compromiso de cambio a nivel personal, familiar, interpersonal, laboral y comunitario.

Otra técnica adecuada, es la del ANÁLISIS DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS. Dentro de los esquemas de pensamiento de adictos, las principales distorsiones cognitivas se refieren a repuestas de indefensión y desesperanza para afrontar el cambio de estilo de vida, éstas se pueden abordar mediante terapia cognitiva. En adictos no deprimidos, nos encontramos con creencias inadecuadas e irracionales que interfieren el proceso terapéutico. Generalmente, los adictos suelen presentar un pensamiento dicotómico. Estas creencias habrá que abordarlas gradualmente durante el tratamiento. psicológico.

Por último, dentro de este repaso a las técnicas psicológicas de tipo motivacional, y para incrementar la percepción de AUTOEFICACIA Y LA MOTIVACIÓN AL CAMBIO podemos realizar un ANÁLISIS EXHAUSTIVO de todos los intentos previos para superar la dependencia que hayan tenido éxito.

Técnicas psicoeducacionales.

Estas técnicas están globalmente orientas a aumentar la conciencia sobre la propia problemática, como elemento facilitador y mantenedor del cambio. EL CONSEJO Y LA INFORMACIÓN los utilizaremos para proporcionar al adicto un nivel de conocimientos adecuados respecto a temas básicos como: el proceso adictivo, el tratamiento con metadona, enfermedades secundarias, prevención de conductas de riesgo, etc. Para que este procedimiento, sea eficaz consideramos en la línea de lo propuesto por Miller y Rollnick (1991) debemos seguir los siguientes principios:

1.- El terapeuta no debe precipitarse en suministrar información, es preferible esperar a que el paciente pregunte .

2.- Es importante que los consejos se den de forma impersonal para posibilitar que el paciente juzgue como se ajustan a su situación concreta.

3.- Una aproximación útil consiste en ofrecer varias alternativas, ya que hay evidencias que muestran, que cuando las personas eligen entre diversas posibilidades, es más probable que incrementen su adherencia al tratamiento y que alcance el éxito terapéutico.

Otra técnica a utilizar es la de la recapitulación, consiste en integrar toda la información disponible con el fin de organizar de forma conjunta todos los argumentos posibles para lograr el cambio, al mismo tiempo que se ponen de manifiesto todas las conductas de oposición y ambivalencia del paciente.

Técnicas de relajación.

El aprendizaje y práctica de técnicas de relajación permite al paciente reducir la ansiedad, apreciablemente mayor durante los primeros días de toma del fármaco. Las técnicas de relajación pueden ser de utilidad en fases más avanzadas del proceso de cambio como estrategias de auto-control y afrontamiento en situaciones de riesgo para el consumo de heroína y de otras sustancias.

La técnica de relajación muscular progresiva (RMP) iniciada por JACOBSSEN en 1938 (En Cautela y Groden, 1989) es ampliamente utilizada en psicoterapia conductual. La primera etapa consta de un breve método de control respiratorio basado en un proceso básico de yoga. Está diseñado para calmar el ritmo respiratorio del paciente sin esfuerzo. Una vez que se ha logrado una frecuencia respiratoria regular, este ritmo puede actual como reloj, en el cual se podrá regular el de las otras dos etapas, y sobre todo, el patrón de tensión y relajación en la segunda etapa. La tercera etapa, está basada en una técnica de meditación utilizando una imagen visual, como punto de concentración para la exploración sensorial, cuando se está físicamente relajado. El proceso completo requiere unos 35 minutos y se aprende con facilidad. El paciente puede utilizarla fuera de la consulta.

Técnicas conductuales y cognitivas.

Los procedimientos de intervención que se aplican para fomentar un estilo de vida sin drogas se basan en la potenciación de los recursos personales y en el aprendizaje de nuevas formas de enfrentarse a situaciones problemáticas (Graña, 1994).

Existen distintas técnicas que podemos aplicar para modificar la conducta de un drogodependiente. Bandura (1982) planteó que existe como diferencia entre los procesos empleados en el cambio, fundamentalmente cognitivos y los procedimientos que de forma más fiable lo producen, que son los conductuales. Ambos tipos de técnicas actúan de forma indistinta y complementaria en las diferentes etapas del proceso terapéutico. Las técnicas conductuales son importantes para producir cambios en el estilo de vida del adicto y al mismo tiempo, también sirve para obtener evidencia con lo que el paciente puede refutar sus distorsiones cognitivas y/o creencias erróneas.

Programación de actividades. Planificar de forma negociada las actividades diarias, asumiendo inicialmente la responsabilidad el terapeuta y la familia, y adquiriendo éste gradualmente un mayor control e iniciativa sobre la planificación de las mismas e iniciativa sobre la planificación de las mismas.

Supervisar sistemáticamente los acuerdos. La realización de esta técnica es importante, pues permite analizar las reacciones del paciente a medida que van cambiando de forma gradual su forma de vida. Este tipo de procedimiento sirve de base para aplicar técnicas de reestructuración cognitiva. Dentro de las actuaciones comunitarias que se desarrollan con este tipo de programa de intervención psicosocial, se facilitan al usuario recursos personales a nivel de ocio, deportes, formación profesional, educativo, etc.

Técnicas de reestructuración cognitiva. Tienen como finalidad modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presentan los drogodependientes y que median en su proceso de recuperación. Diversos autores coinciden al identificar características del pensamiento adictivo; Earley (1991) enumera una serie de distorsiones cognitivas características del pensamiento adictivo:

a) Alteración del instinto de supervivencia.

b) La negación es la distorsión más prevalente “siempre que he querido lo he dejado” “yo solo consumo cuando me siento mal, pero no soy un adicto”...

c) Negación de otros aspectos de la adicción. “vengo a tratar mi adicción a la heroína, pero no para tratar el consumo de alcohol u otros aspectos de mi vida”.

d) Grandiosidad.

e) Falsa confianza: El hecho de mantenerse abstinentes los primeros meses, lleva a muchos adictos a creer que la abstinencia a largo plazo es fácil de conseguir.

f) Recuerdo eufórico: selectivamente recordar los efectos positivos de la sustancia.

Prevención de recaídas. Se define la Prevención de Recaídas como un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el uso habitual de sustancias no prescritas, en el cambio de las conductas adictivas. Considerando la adicción como un hábito adquirido que puede modificarse aplicando los principios del aprendizaje (clásico, operante y fundamentalmente social), la recuperación se plantea como una tarea de aprendizaje en lo que el adicto asume un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol.

OBSERVACIONES.

Queremos poner de manifiesto que los programas de mantenimiento con metadona constituyen tratamientos eminentemente farmacológicos y tanto los objetivos como las estrategias tienen que estar definidos por el equipo terapéutico con lo que la coordinación médico/a prescriptor/a - psicólogo/a tiene que mantenerse durante todo el proceso de tratamiento.

La estabilización biológica inducida por la toma diaria del fármaco posibilita la intervención psicológica, la cual debe planificarse dentro del contexto de la intervención global del tratamiento con metadona, orientándose hacia todos aquellos aspectos psicosociales susceptibles de ser modificados.

Consideramos que la consecución de objetivos de cambio más ambiciosos requiere una intervención psicológica y social que complemente la acción farmacológica. Es decir, además del efecto del fármaco existe toda una serie de variables psicosociales que también participan en la evolución y en la consecución de mayores cuotas de rehabilitación.

En general, las dificultades encontradas en el desarrollo de la terapia con los usuarios incluidos en programa de mantenimiento con metadona son similares pero, sensiblemente más acusadas, que con los que siguen programas orientados a la abstinencia. La no continuidad en las sesiones de terapia, puestas de manifiesto no acudiendo a las citas concertadas, interrupciones temporales y abandonos precoces que retrasan y dificultan la consecución de objetivos de cambio. Las resistencias psicológicas al cambio, puestas de manifiesto a través de temores por anticipación de consecuencias negativas, miedo al rechazo y al fracaso social, dificultades personales en la adopción de un compromiso a largo plazo con el tratamiento psicológico y con el terapeuta y, el incumplimiento de acuerdos establecidos, pasividad y descontroles emocionales. Pérdida de los incentivos de la terapia tienden a situaciones extremas, en el sentido de ignorar totalmente las ayudas o bien utilizarlas de forma puntual, a corto plazo, de forma intensiva e inadecuada; otros aceptan pasivamente las indicaciones terapéuticas, pero las incumplen sistemáticamente. Los fallos en el mantenimiento de la abstinencia y/o recaídas, con todo el sentimiento de fracaso que éstas conllevan. Recordemos que la compensación biológica producida por la metadona, no tiene por qué excluir la necesidad psicológica de “colocarse”. Así mismo, observamos en los pacientes que abandonan la heroína, una tendencia a minimizar los consumos de otras sustancias y una conducta de rechazo a las intervenciones dirigidas a incluir en el proceso de deshabitación, el abandono de las mismas.

Es obvio, que se obtendrán cualitativamente mejores resultados en aquellos pacientes que cuentan con un mínimo de motivación inicial y de conciencia de problema. La psicoterapia, es voluntaria y a pesar de las resistencias e incumplimientos, la oferta para poder iniciarla tiene que estar disponible, mientras el paciente permanezca en tratamiento. No obstante, no debemos olvidar, que para avanzar en la terapia psicológica es necesario que ésta se adecue a las necesidades y posibilidades de cambio de cada paciente, variables de unos a otros; especialmente en aquellos heroinómanos que presentan mayor deterioro neuropsicológico y/o están afectados de trastornos de la personalidad (hecho muy frecuente en esta población).

Respecto a la TEMPORALIZACIÓN del tratamiento psicológico consideramos que debe darse por concluido una vez alcanzados los objetivos planteados, aunque el sujeto siga en mantenimiento indefinido. No obstante, consideramos necesaria la participación del psicólogo (haya intervenido o no durante la fase de estabilización).

Cuando se plantee una desintoxicación de metadona (ya sea hospitalaria o ambulatoria por reducción progresiva).

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. Ej ., 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 opioide 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

Fármacos específicos.

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. Agonistas opiáceos en pauta decreciente:

Metadona (Metasedin):

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.

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 sinérgica con el alcohol, el cual compite con los sistemas metabólicos hepáticos, aumentando los niveles sanguíneos del dextropropoxifeno.

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.

Tramadol (Zytram):

Muy buena afinidad a los receptores μ , 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.

Fármacos coadyuvantes

En función de la variada sintomatología por las dependencias mixtas

Benzodiazepinas

Dosis de 20 mg de diazepam al día suelen ser suficientes para tratar la ansiedad.

Las benzodiazepinas de vida media corta y sobre todo ATD como: Trazodona (Deprax), mirtazapina (Rexer) con acción sedativa y antidepressiva , proporciona muy buenos resultados en el control del insomnio rebelde, en adictos consumidores de Flunitrazepam, alprazolam.

Otros:

Neurolépticos sedantes.

Analgésicos.(Ibuprofeno,...).

Medicación sintomática: diarrea, relajación muscular, inhibición secreción acido-péptica...

2. 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-Antaxone, Naloxona-Abelló) junto a agonistas adrenérgicos α -2 (Clonidina-Catapresan; Tizanidina- Sirdalud).

En las ultracortas, se combinan con un antiemético con efectos ansiolíticos (Ondansetron, Zofran) y una benzodiazepina hipnótica (Midazolam, Dormicum). En las desintoxicaciones cortas (24 horas) de metadona, se añade Flumazenil (Anexate), antagonista de las benzodiazepinas, para revertir la sedación secundaria a las dosis elevadas de Midazolam.

En todas, el paciente sale inducido con Naltrexona (Antaxone).

A modo de ejemplo, se expone una pauta de desintoxicación ultracorta: Comienza a las 12 horas del último consumo de heroína.

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

21 horas	Ondansetron	Vía oral	4-8 mg.
	Naltrexona	Vía oral	50 mg.

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

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN CENTROS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA EN DROGODEPENDIENTES.

INTRODUCCIÓN

El término “Comunidad Terapéutica” (C.T.) lo utilizó por primera vez Main, T.F. en 1946; desde entonces este concepto que inicialmente tuvo un carácter amplio y ambiguo (ligado al Hospital Psiquiátrico), ha ido definiendo y cambiando sus principios. En el Octavo Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas, Roma (1985) se superó la dicotomía existente desde los años 70, entre C.T. Jerárquicas y C.T. Democráticas, estableciéndose el consenso en torno a la importancia del rol de la socioterapia, al uso de la teoría de sistemas y al rol de la C.T. Democrática como motores del cambio y la renovación psicoterapéutica en el mundo (O’Brien, 1985), quedando definitivamente ligada al ámbito de intervención de drogodependencias.

Actualmente, una de las clasificaciones más ampliamente aceptadas es la que establecieron Polo y Zelaya en 1985, en la que diferenciaron entre las C.T. regidas por Profesionales, por Ex-toxicómanos y por Organizaciones Religiosas.

La Comunidad Terapéutica Profesional se diferencia de otros tipos de internados en la aplicación de un programa de tratamiento científico y multidisciplinar, compuesto por profesionales de diversas disciplinas: psicólogos, médicos, pedagogos, asistentes sociales, etc.; es un dispositivo de asistencia a drogodependientes en régimen interno, cuyo programa de tratamiento integral empieza y continúa posteriormente en los Centros Ambulatorios de referencia. El proceso fundamental que se lleva a cabo es la rehabilitación, permitir que el drogodependiente con grave deterioro físico, mental y social pueda vivir en su medio con la ayuda de los elementos naturales de él, la familia, el trabajo y los recursos sanitarios y sociales de su barrio y/o pueblo o ciudad. La integración social es el fin último de la CT: lograr la mayor adaptación del drogodependiente a su medio, a través del cambio de conductas, actitudes y conocimientos. Los servicios de asistencia primaria son los que tienen que realizar el objetivo integrador en el propio barrio y/o ciudad del interno.

En la Comunidad Valenciana, el Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (1999/2002) utiliza la denominación Unidad de Deshabitación Residencial (UDR) para referirse a las Comunidades Terapéuticas Profesionales, definiéndolas como “aquellos centros que, en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, 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 requieran”. Y las incluye en el Tercer nivel asistencial junto con las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, los Centros de Día y los Centros de Encuentro y Acogida.

Cualquier recurso residencial para el tratamiento de usuarios de drogas debe estar perfectamente coordinado e integrado en una red de asistencia ambulatoria (Aguilar, 1997) desde cuyos centros se pueda perfilar correctamente la indicación del ingreso y realizar la continuidad del tratamiento en el medio

natural del paciente después de su alta. La planificación de los recursos residenciales debe ser un segundo escalón en aquellas sociedades que ya tienen convenientemente estructurada su red ambulatoria.

La principal indicación de tratamiento residencial es el fracaso en el abordaje ambulatorio cuando éste se asocia a la presencia de problemática sociofamiliar o a factores psicológicos individuales. Por otra parte es importante resaltar que desde el planteamiento teórico no se estima a la sustancia consumida como un criterio relevante (Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. Criterios y normas de la APCTT para la homologación de comunidades terapéuticas profesionales, 1994) para la indicación de un tratamiento en régimen residencial, ya que se considera que el problema no está en la sustancia, sino en el sujeto y su entorno.

Hasta hace relativamente pocos años, los centros de tratamiento residencial dedicaban su atención exclusivamente a dependientes de opiáceos, situación que era más frecuente en aquellos recursos que gozaban de financiación pública, sin embargo, este modelo de Comunidad Terapéutica está en crisis.

Durante los últimos años se han producido enormes cambios en los tipos de drogas utilizados (extensión del consumo de cocaína, aparición de nuevas drogas de síntesis, etc.); han variado las vías de consumo, el perfil sociológico de los usuarios e incluso en la propia estructura normativa en la que todo ello se produce (Plan Nacional y Planes Autonómicos, promulgación de leyes autonómicas, etc.). El tipo de usuario tradicionalmente atendido por los centros de tratamiento en régimen residencial (consumidor de opiáceos por vía intravenosa de larga evolución) ha dejado de ser estadísticamente representativo de los usuarios que demandan atención por problemas relacionados con el uso de drogas. Además se considera en la actualidad que los tratamientos ambulatorios con agonistas son la indicación preferencial y de mejor pronóstico para estos pacientes. Por ello cabría reconsiderar en estos momentos la utilidad de un modelo de programas residenciales superespecializado en la atención a dependientes de opiáceos, dándole a este tipo de tratamientos su verdadera dimensión en la actuación sobre el sujeto y su capacidad de relación con el entorno (independientemente de la sustancia que consume). Esto permitiría que un gran número de pacientes que son refractarios a tratamientos ambulatorios por sus condiciones psicosociales pudiera beneficiarse de este tipo de intervención psicosocioeducativa (Forcada y Santos, 1999).

Si bien parece lógico que los centros residenciales deberían plantearse programas de intervención más genéricos que permitieran con las modificaciones necesarias acceder al tratamiento a otros tipos de drogodependientes, no lo es menos pensar que la atención a las necesidades que plantean algunas poblaciones específicas en relación con el tratamiento de su drogodependencia requiere el diseño de programas y centros específicos. Tal sería el caso de algunas poblaciones concretas de drogodependientes que fracasan reiteradamente en los abordajes en el medio ambulatorio y que podrían beneficiarse por sus especiales condicionantes de una intervención en el ámbito residencial encaminada a la resolución de problemas psicológicos sociales y educativos. En la práctica clínica encontramos con una frecuencia considerable los siguientes tipos de pacientes que podrían ser tributarios de tratamientos residenciales específicos (Forcada y Santos, 1999):

- Jóvenes y adolescentes que presentan problemática familiar. En general policonsumidores de sustancias y en particular de estimulantes y alucinógenos.
- Alcohólicos sin apoyo familiar que presentan deterioro cognitivo o patología dual que dificulta la adopción de patrones sociales que permitan la reinserción social.
- Dependientes de opiáceos en programas de mantenimiento con metadona, con bajos indicadores de cumplimiento relacionados con su situación socio-familiar.
- Pacientes con diagnóstico dual de drogodependencia y enfermedad mental.

MODELO DE INTERVENCIÓN PROPUESTO.

A continuación se describe una propuesta de intervención terapéutica para drogodependientes en Centros de media y larga estancia a partir de mi experiencia profesional en la Comunidad Terapéutica "Balsa Blanca" durante los años 1993- 1997.

Independientemente del tipo de tratamiento residencial específico, el enfoque terapéutico debe basarse en el modelo biopsicosocial. Este modelo considera el estilo de vida de los individuos como la interacción de tres niveles de comportamiento: biológico, psicológico y social, en relación con el medio ambiente específico en el que cada persona se desenvuelve. Según este modelo, la aparición de una conducta adictiva es resultado de la existencia de déficits en alguno de estos tres niveles (bio-psico-social) o de su medioambiente y encamina sus objetivos a solventar los déficits en la medida de lo posible, así como a fortalecer y optimizar, tanto a nivel individual como sociocomunitario, los aspectos generadores de comportamientos adaptativos que facilitan el desarrollo de la persona y la permanencia en su medio

ambiente. Se considera necesario un programa de tratamiento científico y multidisciplinar, participando profesionales de diversas disciplinas: psicólogos, médicos, pedagogos, asistentes sociales, etc.

La consideración multicausal bio-psico-social de la etiología adictiva obliga al establecimiento de objetivos de intervención en cada una de estas tres áreas:

- Médico – sanitaria.
- Psicológica.
- Socio – laboral.

El programa de intervención debe situarse dentro del modelo cognitivo-comportamental que explica el fenómeno de la drogodependencia mediante procesos interactuantes de aprendizaje: condicionamiento clásico, operante, aprendizaje mediacional, variables cognitivas, etc. La conducta adictiva se define bajo dos supuestos básicos: es una conducta aprendida y es una conducta que comporta recaídas. El empleo del Análisis Funcional ilustra que cada persona es única con respecto a sus antecedentes, consecuencias de consumo y alternativas viables a ella. Estas diferencias animarán a los miembros del grupo a discutir sus antecedentes y consecuentes y les ayudará a identificar más aspectos de su problema.

La intervención psicológica se realiza a través de terapia de grupo y terapia individual. Para la primera modalidad se utiliza como programa marco la prevención de recaídas, Marlatt (1993) cuyas características y contenidos se describen en el más adelante, aunque se trabajan asimismo otros programas específicos: ansiedad, depresión y habilidades sociales. Diferentes estudios señalan la importancia de los estados depresivos y altos niveles de ansiedad en el proceso de recaída (Marlatt y Gordon, 1985), y el entrenamiento en habilidades sociales es una de las estrategias terapéuticas más usadas en la intervención psicológica, puesto que un gran número de personas muestra déficit en las habilidades necesarias para establecer relaciones interpersonales adecuadas con su medio (Kelly, 1987). La Comunidad Terapéutica permite un trabajo grupal que facilita la reestructuración cognitiva en aquellos pacientes que siguen aferrados a continuar con antiguos patrones conductuales y cognitivos pero sin consumo de drogas; de la misma manera otros pueden servir como referencia de haber pasado esa fase con fracasos repetidos. En definitiva, la observación tanto de la conducta de uno mismo (autoobservación) como de la de los demás (heterobservación) puede ayudar al cambio terapéutico.

La intervención psicológica individual, aunque sujeta a un plan metodológico de referencia -determinado por los diferentes estadios por los que discurre el sujeto-, es específica y diferencial para cada sujeto debido a que las posibles patologías psicológicas y los problemas que puedan aparecer, tanto en su adaptación como posterior evolución en el programa terapéutico, son específicos, y por lo tanto deben ser tratados de manera diferenciada, Santos (2000).

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Alan Marlatt y su grupo (Addictive Behaviors Research Center de la Universidad de Washington) han estudiado extensamente los procesos psicológicos intervinientes de la recaída en las conductas adictivas (Marlatt y Gordon, 1985).

La prevención de recaídas está fundamentada en los principios de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1986) y combina procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida (Marlatt, 1993). Este modelo ha sido posteriormente aplicado a diferentes tipos de trastornos, como problemas de control de impulsos (sexualidad compulsiva) y conductas impulsivas agresivas (violadores, abuso de niños (Laws, 1989)), adicciones químicas como la adicción al tabaco (Shiffman y otros, 1985) o al alcohol (Donovan y Chaney, 1985; McCrady y otros, 1985) y adicciones conductuales como los trastornos de la alimentación (Sternberg, 1985).

La prevención de recaídas es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas (Marlatt, 1993). Está basado en tres supuestos:

Las causas de un hábito adictivo y el proceso de cambio conductual de dicho hábito están gobernados y mediatizados por principios diferentes.

El cambio del hábito adictivo implica tres etapas básicas:

Etapas 1: Establecimiento de un compromiso y motivación para el cambio. Son necesarias la participación activa del sujeto y su compromiso personal para el cambio.

Etapas 2: Instauración del cambio. En la primera fase (instauración del cambio o tratamiento) el sujeto, después de tomar la decisión de cambiar, aprende una serie de estrategias de autocontrol y las lleva

a cabo a fin de conseguir la abstinencia. Se requiere una participación lo más activa posible por parte de la persona puesto que tiene que aprender y practicar las estrategias de autocontrol.

Etapa 3: Mantenimiento del cambio a largo plazo. Aprendidas las estrategias de autocontrol, son necesarias la adquisición y el mantenimiento de nuevo estilo de vida para lograr un adecuado y prolongado mantenimiento de la abstinencia. Se considera igualmente importante el desarrollo de una actitud constante de “vigilancia cognitiva”, esto es, de una actitud exploradora constante tanto de las posibles situaciones de alto riesgo que van apareciendo en el acontecer cotidiano como de las “decisiones aparentemente irrelevantes” que conllevan cambios conductuales que, de pasar desapercibidas, pueden desembocar en una recaída.

Durante la etapa de mantenimiento se puede apreciar clínicamente una mayor variabilidad de los resultados terapéuticos a largo plazo. En general, a los pacientes les resulta más sencillo lograr la abstinencia que el mantenimiento de la misma durante un largo período de tiempo.

En este modelo la recaída se percibe como un “proceso transitorio”, una serie de acontecimientos que pueden, o no, estar seguidos por el regreso a los niveles de línea base de la conducta objetiva observados antes del tratamiento (Marlatt, 1985a). En lugar de entender la recaída como un punto muerto, sobre la base de una perspectiva tan pesimista, el enfoque de Prevención de recaídas la percibe como una bifurcación en el camino, con una vía que vuelve al problema conductual previo y la otra continúa en la dirección del cambio positivo (Brownell y otros, 1986).

Para Marlatt (1985b,c) son tres los factores cognitivos que interactúan en el proceso de recaída:

La autoeficacia: está relacionada con la capacidad de afrontar las situaciones de alto riesgo con éxito, y está determinada por la historia personal de éxitos y fracasos, la observación y la influencia de los demás y los estados de activación emocional. Cuando el sujeto posee un alto grado de autoeficacia para afrontar una situación de alto riesgo la probabilidad de recaer disminuye, mientras que si la persona tiene un grado bajo de autoeficacia la probabilidad de iniciar un proceso de recaída aumenta.

Las expectativas de los efectos de la sustancia. Aquellos sujetos que tengan unas expectativas positivas acerca de los efectos del consumo presentan una mayor probabilidad de recaída que los que tienen unas expectativas menos positivas o negativas.

La atribución de la causalidad respecto a un consumo. Es decir, la percepción que tiene el sujeto de la causa que provoca el primer consumo, después de un período de abstinencia. Cuando la atribución del consumo se hace a factores estables, internos y globales, la probabilidad de recaída será mayor que si la atribución se realiza a variables inestables, externas y específicas. Este modelo resalta la importancia de las situaciones de alto riesgo para la recaída y aporta además una categorización de las mismas. Las situaciones de alto riesgo son clasificadas en interpersonales e intrapersonales. Las interpersonales son las situaciones de conflicto interpersonal, las situaciones de presión social y los estados emocionales positivos o momentos agradables con otros sujetos. Las situaciones intrapersonales son los estados emocionales negativos, los estados físicos negativos, los estados emocionales positivos, “ponerse a prueba” y el deseo de consumo (“craving”).

Según Marlatt (1993) después de una experiencia de fallo, el individuo experimentará, probablemente, una disminución de la autoeficacia, asociada frecuentemente con una sensación de desamparo y una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación. Frases como, “es inútil, no puedo hacerlo”, representan una reacción frecuente. Para explicar esta reacción ante la transgresión de un requisito categórico, se ha postulado un mecanismo denominado “efecto de la violación de la abstinencia” o EVA (Marlatt y Gordon, 1985). Antes del primer fallo, el individuo se ha comprometido personalmente a un período de abstinencia, ya sea indefinido o limitado. La intensidad del EVA variará en función de diversos factores, incluyendo el grado de compromiso anterior o esfuerzo realizado para mantener la abstinencia, la duración del período de abstinencia (cuanto más largo sea el intervalo, mayor será el efecto) y el valor subjetivo o importancia de la conducta prohibida para el individuo. Plantearemos la hipótesis de que el EVA se caracteriza por dos elementos cognitivo-afectivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída), Marlatt (1993).

En un análisis de 311 episodios iniciales de recaída obtenidos de pacientes con diversos problemas conductuales (adictos a heroína, problemas con la bebida, tabaco, juego patológico o ingesta excesiva de comida), Cummings, Gordon y Marlatt (1980) identificaron tres situaciones de alto riesgo principales que se asociaban con casi tres cuartas partes de todas las recaídas:

Estados emocionales negativos (en el 35% de todas las recaídas de la muestra): situaciones en las que el individuo experimenta un estado emocional o de humor, negativo, o un sentimiento como, por ejemplo, frustración, ira, ansiedad, depresión, aburrimiento, etc., antes o al mismo tiempo que la ocurrencia del primer lapso.

Conflictos interpersonales (en el 16% de las recaídas): situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, una amistad, los miembros de la familia o relaciones de trabajo. En esta categoría, se producen, con frecuencia, enfrentamiento interpersonales.

Presión social (en el 20% de la muestra) situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de sujetos que ejercen presión sobre él para que realice la conducta indeseada. La presión social puede ser tanto directa (contacto interpersonal directo con persuasión verbal) como indirecta (p.ej., estando en presencia de otras personas que están involucradas en la misma conducta, incluso cuando no se ejerce presión directa).

CANNABIS.

Hojas de cáñamo (cannabis), contienen muchos productos químicos, de los que el THC (tetrahidrocannabinol) es el principal psicotrópico.

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, varía 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.

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 derivan 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).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A CANNABINOIDES.

Nota: este es un síndrome de una enfermedad definida para el que no se han establecido todavía los criterios 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 benzodiazepinas.

PSICOESTIMULANTES

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, fue 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 Sigmund 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.

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 estimulación 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 neuronal 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 tantas 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 dopaminérgicos 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 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 entecimiento);

- 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 discontinuar 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.

La vía de administración, resulta de especial relevancia en el efecto psicoactivo percibido, la vía intranasal (esnifada), es de elección para el clorhidrato de cocaína (principal uso de dependientes y abusadores), la inhalada (base, al tratar, el ácido: clorhidrato de cocaína con una base: bicarbonato, amoniaco,...): comporta un mayor grado de dependencia en los usuarios, encontrándose entre ellos los dependientes a opiáceos en tratamiento con agonistas, como los principales abusadores (PNSD; De la Fuente, L; 1994).

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.

Destacable la presencia de otras problemáticas adictivas, especialmente dependencia a opiáceos, que buscan en los consumos estados de euforia y refuerzos positivos que ya no encuentran en los opiáceos, por saturar los tratamiento agonistas (metadona, LAAM, heroína) sus receptores opioides cerebrales.

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 hipersomnias;
- 6) sueños extraños o desagradables.

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, hipersomnias, 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 delirium 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 sí 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 cardiovasculares y la posible aparición de hipertermia.

La intoxicación aguda se tratará con benzodiazepinas, 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 neurolepticos. Además, se ha referido un aumento del craving cocaínico después de la administración de dosis bajas de neurolepticos.

Los neurolepticos de elección, serán los atípicos (risperdal, olanzapina).

Se dejará en manos del especialista el tratamiento de arritmias si se presentan (propranolol), 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) , mirtazapina (Rexer) 15-30 mg/ 24 h.

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.

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, líquido 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 una 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, náuseas 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, náuseas 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 recuperarse 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) letargia.
- (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.

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.

Cuando hay una intoxicación aguda por disolventes grave puede acompañarse de hipotensión, hipotermia y depresión de los reflejos.

ALUCINÓGENOS.

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 metilendioxianfetamina (MDA) y la metilendioximetanfetamina (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.

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.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES.

-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 reacciones agudas de ansiedad/angustia desaparecen habitualmente antes de que se busque intervención médica.
 - * Flash-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 benzodiazepinas (primera elección) o neurolepticos a dosis bajas (risperidona, olanzapina).

Algunos autores incluyen la fenciclidina dentro de las drogas alucinógenas. La reacción paradójica más frecuente la aparición de conducta severamente hostil. En ese caso aplicaríamos medidas terapéuticas de la agitación.

ABORDAJE TEÓRICO/PRÁCTICO DE LA INSERCIÓN SOCIAL DEL DROGODEPENDIENTE.

INTRODUCCIÓN

(Un modelo de formación micromodular y de búsqueda de empleo por itinerarios desde un CENTRO DE DIA).

Hablar de inserción es hablar de formación y empleo principalmente sin olvidarnos claro esta de planos personales como el ocio o el tiempo libre, con sus aspectos relacionales.

Ministerios, agentes sociales y comunidades autónomas tienen competencias lo que proporciona una estructura difícil. Para una población general de ciudadanos normalizados nos encontramos con un sistema educativo dividido en tres subsistemas, la formación inicial y reglada, la formación ocupacional y la formación continua.

Aunque es cierto que cada vez nuestros programas de inserción utilizan de los tres subsistemas, aun sigue siendo realidad que los mas utilizados serán los programas de “garantía social” y la formación ocupacional, las escuelas taller, las casas de oficios y talleres de empleo.

Todo ello necesita de metodológicas propias y adecuadas a nuestra población, sin apartarnos del sistema global ni olvidarnos de la correlación entre formación –mercado laboral y sus demandas. Planteamos cuatro grandes prioridades:

Capacidad de inserción. Entendida como la capacidad de mejorar nuestro sistema de inserción, contemplado los dispositivos existentes.

Correlación. Entre nuestros programas de inserción y los externos.

Inclusión. Evitar la discriminación.

Adaptabilidad. Conocer nuestros usuarios y diseñar metodologías adecuadas y flexibles, enfocándolas hacia nuevas tecnologías.

Estas prioridades son necesarias para plantear el marco de la inserción en un proceso terapéutico para drogodependientes y evitar en la medida de lo posible lo que denominamos fracaso en la inserción, muchas veces debido a una falta de metodología adecuada tanto en la formación como en los itinerarios del sistema terapéutico.

ABORDAJE TEORICO

Al igual que en otros aspectos de las drogodependencias, en la inserción social se han iniciado importantes y novedosos marcos de actuación, haciendo frente no sólo al desempleo sino al mantenimiento en el empleo. El objetivo radicará en crear o dar al tratamiento un enfoque más globalizador e intermultiprofesional, quizás más allá de la intervención sanitaria o terapéutica encontramos el lugar de la inserción. Obviamente puede integrarse socialmente tras superar la adicción o al menos abandonar el consumo de algunas drogas pero la negación y las distintas tipologías de adicción nos dificultarán esta tarea y nos harán entender lo que produce tal opacidad.

Al disminuido físico, una vez superada su rehabilitación, se le inserta fácilmente. La minoría étnica, una vez conocen el idioma y nos acoplamos a su cultura es fácil que encuentren un trabajo. El adicto lleva su adicción y ésta, en cualquier momento, puede producir una modificación de su comportamiento, no ecuánime con su trabajo. Por lo tanto, la inserción en el plano más general en el drogodependiente tendrá esa dificultad. “Necesitará de metodologías específicas diseñadas, desde el comienzo, de un tratamiento”.

La adicción es vivida, comprendida y admitida por el grupo de profesionales, de enfermos y de sus familiares. Para los demás ciudadanos aún hoy es difícil entender esa entramada complejidad de perversión, intolerancia y frustración que puede producir la adicción.

Un simple enfoque psicosanitario o judicial demuestra cierta pobreza para comprender la drogodependencia en su totalidad. Hace ya años me atreví a hacer referencia a la sociedad de los

excluidos como colectivo más vulnerable para las adicciones. Hoy, si bien es cierto que ha podido romper barreras sociales, ideológicas y culturales que ha impuesto la sociedad sin embargo, no ha sido capaz de quebrar las diferencias por su clase social.

“La exclusión social es una nueva realidad transversal en el propio sistema de clase o de estatus que la sociedad ha permitido. En la actualidad, las nuevas sociedades tecnológicas, ya sin clases y de distinta estratificación, pueden vivir, y así lo hacen, la exclusión de aquellos –los adictos- que han enajenado su libertad y alteran el comportamiento de los que viven a su alrededor. Bien es cierto que los excluidos representan un pequeño grupo donde se confunden simbólicamente mediante la venta de imágenes sociales y mediáticas, donde una entre las causas de la emergencia de estos colectivos es la adicción, preferentemente a sustancias tóxicas. Ante este nuevo enfoque de la sociedad, de las nuevas tecnologías, de la imagen que nos venden de las adicciones, la inserción social del drogodependiente debe de acoplarse a estas situaciones.” Al igual que el tratamiento ha evolucionado, del mismo modo que la abstinencia ha sido considerada un fin y hoy uno de los medios, la inserción ya no es la última etapa en el tratamiento sino una fase o un estadio que debe de ser trabajado desde el momento que la persona libre de drogas o en mantenimiento con otras sustancias desea cambiar su comportamiento, y su objetivo será la inserción, no sólo laboral sino también del ocio, cultura, etc.

Las reflexiones que pretendemos presentar parten de la experiencia de un centro de día dependiente de PATIM, ONG fundada en 1985 y que ha tenido una considerable evolución en sus planteamientos, filosofía y en adecuar cada uno de los programas a las respuestas que demanda esta parte de la sociedad: los drogodependientes.

Este servicio de día mantiene las intervenciones terapéuticas individuales, grupales, familiares e incluso ocupacionales para un sesgo de esa población histórica deteriorada, y ha incorporado dos nuevas áreas: acciones formativas experimentales y el aula de búsqueda de empleo.

Estas contextualizaciones nos marcarán ciertas reflexiones en cómo formar (qué metodología elegir, el acompañamiento es insertivo, el itinerario del acompañamiento). Son esas reflexiones las que quiero que produzcan en cada uno de los asistentes un discurso, que no se ha de poner en práctica al minuto, sino que desde los centros y los profesionales que trabajamos en drogas tengamos previsto para un futuro cercano.

La boyante y fácil situación laboral en algunas de nuestras comunidades autónomas está tocando techo, no sólo por fenómenos bélicos acaecidos en los últimos meses, sino por el propio mercado de trabajo y la inmigración que ha desdibujado la demografía y muchas teorías de mercado laboral que teníamos previstas.

“El drogodependiente necesita, hoy más que nunca, de una formación adecuada y de un itinerario que produzca una plena inserción en lo laboral, económico, emocional y en las relaciones humanas.”

Es de suponer que debido a largos periodos de adicción, los sujetos que acceden a estos servicios vienen marcados, no sólo por la etiqueta de excluidos, sino también por una marginalidad psíquica, física y social fruto, hoy en día, no sólo de la sustancia, el medio o el individuo sino del propio proceso tecnológico que produce con mayor rapidez una selección y segregación en estos sujetos con menos posibilidades de integración participación social.

“Esta nueva exclusión social de la que estamos hablando ya no deviene únicamente del acceso a los bienes materiales, al trabajo, al ocio sino que procede de una cronificación de la ignorancia sobre la sustancia como de otros hechos sociales.” Los usuarios de las drogas creen que lo saben todo pero todavía les falta mucho por aprender. Por lo tanto, después de estas reflexiones iniciales empezamos a tener claro que la formación, la propia generación del conocimiento, el propio proceso de comunicación y de cómo se haga éste es importante en la reinserción social del drogodependiente. No hemos de olvidar lo que hasta ahora se ha aceptado científicamente: no hay drogodependientes iguales. Las sustancias no producen los mismos efectos en los individuos y el medio va a modificar el resultado. Así, la praxis educativa debe ser diferente, dado que los conocimientos que le van a permitir integrarse van a ser distintos. El adicto se convierte en educando y en nuestra metodología (micromodular) le permitimos incluso ser educador ya que con su propio esfuerzo de transmitir los contenido adquiere un saber y una práctica.

Estamos hablando y nos olvidamos de hacer reflexiones puntuales. Aún no hemos dicho que es la reinserción social. Nosotros apostamos por entenderla como una variable dentro del proceso terapéutico que tiene, y puede tener, un número ilimitado de valores que incluso los que nos denominamos normales, muchas veces no alcanzamos. Al hablar de la reinserción del drogodependiente no les vamos a exigir lo que a lo mejor no hemos alcanzado nosotros. Cuando hablemos de reinserción social vamos a hablar de cuatro facetas que queremos alcanzar.

La primera de ellas es laboral. Es necesario una incorporación al mercado de trabajo, bien de una forma progresiva (prácticas, trabajo tutelado, becas, etc) o de forma directa (por cuenta propia o por contrato). Lo importante es que se inicie al trabajo y, en segundo lugar, como hemos dicho al principio, que se mantenga en él. Todo ello basando nuestras actuaciones en una premisa fundamental el índice de empleabilidad, en ocasiones no todos nuestros usuarios son "empleables".

La segunda es económica. Necesidad de un salario, de una contraprestación o subsidio. El usuario necesita el dinero para integrarse en una sociedad de consumo. Aquellos casos que en el objeto de la inserción no contemple enfrentarlos y convivir con una sociedad pura de consumo tienden al más absoluto fracaso. Para el ocio se necesita dinero, para ir a trabajar también. La inserción en el plano económico irá unida al aprendizaje en el gasto y a establecer prioridades en el consumo.

En el aspecto emocional, se ha de ser consciente que la dificultad no es estar sólo sino saber estar a solas. Y es en este conocimiento de aceptación de uno mismo donde se puede, si se desea, entablar relaciones emocionales.

La última sería la relacional. Es distinta a la emocional puesto que existe una mayor manifestación de vacío y soledad.

"Todas estas facetas pueden resumirse en tres requisitos para evaluar si se ha llegado a una reinserción. En primer lugar, tener experiencias satisfactorias. En segundo lugar, tener un mínimo de relaciones sociales y en tercer lugar asumir conocimientos, normas y culturas".(6) En esta última, queda claro que hacemos referencia al conocimiento de las sustancias, dado que conocer será sinónimo de aceptar no sólo el bagaje terapéutico del que ha sido objeto sino también el que produce el uso de las distintas drogas.

Estos ítems para medir la inserción en las cuatro facetas anteriores, deben de traducirse en:

Tener condiciones de vida mínima: ropa, vivienda, etc.

Obtener, prioritariamente a través del trabajo, recursos económicos para adentrarse en la sociedad de consumo.

Hacer algo con cierto reconocimiento. Por ejemplo, no consumir drogas, ser diferente, ser igual que otros.

Participar y saber qué lugar se ocupa en cada momento de las relaciones que se formalicen.

Ante todo tenemos que evitar cualquier elemento disgregador en el proceso de reinserción. Todo lo tenemos que convertir en integrador. A todo le tenemos que dar ese lado bueno que tienen todos los elementos que queramos utilizar como parte de un proceso de incorporación que acepte y parta desde una perspectiva socializadora.

Hasta ahora estamos hablando de que hay que salir de la exclusión y es necesario integrarse en la sociedad pero sería injusto, o más bien pobre, no hacer referencia a que para lograr una verdadera integración, a parte de la voluntad, de la propia decisión del drogodependiente, necesitamos también de una predisposición política y social. No olvidemos que la reinserción social sólo se consigue con la sociedad a la que debemos pedir una evolución en sus actitudes, en sus comportamientos, en esas mentalidades que llamamos sociales.

"La reinserción social supone una interacción entre tres actores, o más bien agentes, sociales, económicos y políticos." Además, es necesario que estos agentes cuenten con estructuras que posibiliten la integración global de los drogodependientes. Este punto de vista, que hasta hace poco se denominaba de interacción y que ahora, por la moda, se define como globalización constituye la clave de una incorporación social. Más aún, la globalidad nos aúna en conceptos no progresivos, en estadios o en fases no progresivas o correlativas, sino dentro de un todo que las diferenciará. Por ello, a las preguntas que muchos de nosotros nos hacemos (cuándo, cómo y dónde incorporamos la reinserción en el tratamiento) debemos de partir de unas fases o estadios a conseguir en el propio tratamiento. Desde un proceso dividido en tres fases (desintoxicación, deshabitación y reinserción) hoy consideramos que el proceso de inserción es un estadio más del tratamiento. Recordemos los cinco estadios que consideramos más apropiados.

1. Paliación del daño. Oferta de alternativas y de recursos. Intervenciones inmediatas paliativas.
2. Toma de conciencia. Acercamiento a recursos específicos.

3. Intervención ante los efectos negativos tanto físicos, psíquicos y sociales.
4. Integración del usuario en el entramado social normalizado.
5. Mantenimiento del usuario dentro del entramado social, considerando que en ocasiones puede retroceder y es necesario intervenir.

En el primer estadio, como recurso tendríamos los Centros de Emergencia y Acogida, las Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVAD). En el segundo y tercer estadio se situarían los grupos de autoayuda, las Unidades de Conducta Adictivas (UCAs), los Centros de Día, Centros Residenciales. En los dos últimos estadios se podría hablar de forma específica de Centros de Día, pero Centros de Día como el que os vamos a explicar, dado que en ellos se va a planificar un tratamiento individualizado y donde nos vamos a encontrar con nuevos perfiles laborales (tutores integrales y orientadores laborales) que coordinarán, ordenarán y se priorizarán las acciones propias de la integración.

En los Centros de Día, al poseer planes individualizados, no sólo se adecuará la formación circular sino que diseñaremos itinerarios de empleo con criterios de flexibilidad que facilitarán que se compagine el proceso formativo con el proceso de incorporación y mantenimiento en el puesto de trabajo.

Todas estas alternativas, fases, estadios hemos dicho que necesitan de tres actores (los agentes sociales, económicos y políticos) pero sería necesario aclarar qué es preciso reivindicar y conseguir. Y esto es lo que mínimamente, como última reflexión os pido que abordéis. “Quiero que penséis en rentas mínimas de subsistencia, en residencias o pisos baratos, la necesidad de potenciar medidas especiales de empleo, de ayudas a la contratación, fomentar prácticas laborales, la apertura de mercados tutelados, la necesidad de regular y con posterioridad potenciar las empresas de inserción, las bajas laborales y el despido, el considerar en toda su plenitud que la drogodependencia es una enfermedad crónica y recurrente, con secuelas físicas y psíquicas en muchos casos irreversibles o limitadoras de una normal capacidad.” También se necesita de un apoyo solidario a la inserción con una reflexión ética y en muchos casos con una redefinición de solidaridad. Es necesario que en esta redefinición de solidaridad entre, participe y se le demuestre al sector lucrativo que puede adquirir no sólo un beneficio por medio de sus fundaciones sino que puede abrirse y firmar un compromiso de inserción y de futuro. “La inserción no sólo es una tarea de la administración sino también del movimiento no gubernamental y de la empresa privada”.

ABORDAJE PRÁCTICO

Una vez hemos realizado un acercamiento a la realidad social de los drogodependientes y para no caer en continuas repeticiones hemos visto más adecuado continuar desde un abordaje práctico que tiene su referente en una experiencia del Centro de Día que dirigimos. Sin olvidarnos de la parte terapéutica de autoayuda y asistencial, vamos a reflejar sólo lo relativo a inserción.

El Centro de Día. Un marco para implantar acciones de reinserción

La respuesta estructural al uso y abuso de las distintas drogas inevitablemente se tiene que traducir en el nacimiento, creación y reconocimiento de determinados servicios que acojan y den soluciones a las distintas adicciones que producen las drogas.

Las diferencias entre los individuos, las sustancias y el medio hacen de las drogodependencias un fenómeno sociocultural distinto, que nos hace ajustar nuestros servicios a la realidad actual. Los consumidores tradicionales de drogas no institucionalizadas (heroína), junto a los también no institucionalizados que empiezan a demandar tratamiento (cocaína) forman junto a los nuevos traficantes encargados de diseñar, con sustancias no reconocidas como tales, drogas de síntesis una nueva trilogía a la que nos enfrentamos. La demanda, fruto de la evolución y de las transformaciones, ha provocado la desaparición de conocidos programas que intervenían de forma global, metódica, casi sin distinciones y para comenzar una andadura individualizada que respete al usuario en todas sus dimensiones.

Tras la aparición de la ley 7/1997, de la Generalitat Valenciana sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos, contemplamos un cambio cuantitativo y cualitativo en la atención a los que tienen algún tipo de adicción y su entorno familiar. La normativa tiene por objeto “establecer y regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la Generalitat Valenciana y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de medidas y acciones encaminadas a la prevención, ASISTENCIA, INCORPORACIÓN Y PROTECCIÓN SOCIAL de las personas afectadas tanto por el uso y, o abuso de sustancias que puedan generar dependencia como por otros trastornos adictivos”. Según se deduce de la ley se asegura una asistencia pública, universal y gratuita, esperada durante muchos años.

Todo esto hace que en primer lugar aparecieran tras la orden del siete de julio de 1997 de la Conselleria de Sanidad las UCAS, Unidades de Conductas Adictivas, en numerosas áreas de salud de la

Comunidad Valenciana Servicios de desintoxicación y deshabituación de carácter ambulatorio para el tratamiento de los trastornos adictivos garantizando la asistencia sanitaria a los drogodependientes, dentro del sistema sanitario público de la Generalitat Valenciana y como un servicio específico, normalizado e integrado facilitando por primera vez una asistencia sanitaria a dicha patología .

Una vez que la asistencia sanitaria estaba garantizada había que organizar, estructurar o acreditar recursos que hasta la fecha estaban dando una respuesta a las drogodependencias. Así el 15 de abril de 1988, por decreto 47.1988 del Gobierno Valenciano se registran, acreditan los centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias en nuestra comunidad. De este modo se cumplen con las obligaciones en materia de asistencia, protección y reinserción que emanan del art.31 de nuestro Estatuto de Autonomía.

El aumento en el consumo de drogas y la aparición de nuevas sustancias rompen con el perfil casi histórico del drogodependiente que demandaba nuestra atención, teniéndonos que preparar para una atención más generalizada y menos dogmatizada.

Los Centros de Día se acogen de inmediato al decreto de acreditaciones en su art. 3-3 que dice: "Los Centros de Día son aquellos que, en régimen de estancia de día, realizan tratamiento 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".

Tras las necesidades observadas durante estos años, se planifica y se pone en funcionamiento como complemento a los programas de tratamiento, un programa de reinserción que da cobertura a las carencias de integración sociolaboral que presentan los drogodependientes, con acciones formativas experimentales (AFE), formación teórico-práctica circular por micromódulos y habilidades de forma transversal. En la actualidad la inserción no es considerada como la última fase sino como una metodología de tratamiento en la propia intervención terapéutica. Al mismo tiempo se estructura un aula de búsqueda de empleo con características acordes a la realidad de los drogodependientes.

Todos estos servicios asistenciales, complementarios pero con funcionamiento independiente y autónomo, constituyen un MARCO DE ACTUACIÓN INTEGRAL EN EL TRATAMIENTO de las DROGODEPENDENCIAS, que intentan cubrir, como principal objetivo, las carencias BIOPSIOSOCIOJURIDICAS que presentan los usuarios. Para ello, el tratamiento se individualiza y adapta a la situación particular de cada uno de ellos.

Las fases que a continuación vamos a exponer pretenden sintetizar y temporalizar en la medida de lo posible una intervención en adicciones cuyo objetivo es retener a los usuarios para poder mejorar su estado de salud, prevenir otras patologías e intentar motivar en una intervención grupal, individual y formativa si procede en los beneficiarios una intervención terapéutica adecuada que intente llegar en aquellos casos que se pueda a la abstinencia. Considerando la inserción social como una variable continua en el tratamiento que puede tomar un número ilimitado de acciones o formas: familiar, emocional, laboral, económica, relacional, académica, comunitaria etc.,. Dado que existen tantas formas de reinserción social como de drogodependientes cada uno alcanzara un nivel siendo conocedores que siempre les quedara un estilo residual de personalidad. Intentaremos evitar en todas las fases que el objetivo único sea la abstinencia dado que la experiencia nos demuestra que muchos usuarios no lograron la reinserción social porque todos sus esfuerzos los centran en no consumir, convirtiéndose la recaída en fracaso y no en sintomatología patológica pasando su juventud entre el consumo y el tratamiento, entre el hecho de drogarse y el de intentar salir de las drogas. La reinserción del drogodependiente comienza desde el primer momento de su tratamiento en el Centro de Día. Siendo conocedores que cada usuario demostrara una vulnerabilidad diferente en las formas de reinserción social no en lo que entendemos por sociedad sino en el entorno social del usuario.

"Los factores psicológico y patológico será preciso abordarlos desde una óptica multidisciplinar y especialmente desde lo psicoterapéutico y lo educativo , con el objeto de atenuar o modificar las actitudes y los comportamientos."

La intervención la temporalizamos en fases principalmente, la duración de cada una de ellas e incluso en algunos casos el orden variara del estado en que nos encontremos al usuario

En esta intervención sólo nos preocuparemos de la fase de inserción social, explicando la metodología circular por micromódulos y el aula de búsqueda de empleo.

Tanto la metodología como el aula mantiene unos objetivos generales como:

1. Facilitar las estrategias necesarias para la formación y orientación sociolaboral.
2. Incorporar metodologías homogéneas en el área sociolaboral.

Y unos objetivos específicos

1. Detectar las actitudes personales que faciliten el desarrollo de un adecuado proceso - itinerario de inserción
2. Desarrollar un proceso de inserción personalizado
3. Fomentar e incidir sobre las habilidades personales necesarias para la búsqueda y el mantenimiento del puesto de trabajo
4. Facilitar las herramientas necesarias para el desarrollo de habilidades de análisis y toma de decisiones
5. Posibilitar la adquisición de conocimientos y herramientas que faciliten la formación y la búsqueda organizada y planificada de empleo y ocio.
6. Ejercitar de forma práctica las habilidades y estrategias básicas necesarias para superar con éxito las evaluaciones y las entrevista de selección
7. Propiciar el acompañamiento en la búsqueda activa de empleo
8. Establecer un seguimiento del proceso personal de inserción.

Estos objetivos comunes a la formación como a los itinerarios se diferenciarán según el grado de condiciones para el empleo que tengan los usuarios.

FORMACIÓN OCUPACIONAL CIRCULAR POR MICROMÓDULOS.

“El plano ocupacional se debate entre la mera ocupación o la formación. Tras largas investigaciones basadas en métodos de investigación y en consultas de otras metodologías de formación vimos la necesidad de adentrarnos en nuevas perspectivas que ampliaran el campo ocupacional sin olvidar la vertiente terapéutica, y que promovieran el incremento de nuevos conocimientos para la población drogodependiente.”

Por ello, tras un largo debate y amplias reflexiones, creamos un modelo válido, basado en la circularidad, complementariedad y en una metodología micromodular donde como características principales se dan:

1. Las materias impartidas son rotativas: se superponen.
2. La teoría y la práctica se entrelazan
3. La materia a impartir no tiene un principio ni un fin en sí mismo. Es un enlace progresivo y causal, programado y con posibilidad de evaluarlo. La base de este proceso es su circularidad que permite la incorporación de nuevos usuarios en cualquier momento.

Se realiza una continuidad en el aprendizaje a pesar de finalizar el periodo de formación por medio de tutorías.

La formación general cuesta introducirla en el área de la formación específica, al igual que las materias transversales en el mundo de la docencia.

Se atenúa el aburrimiento y el hastío en los alumnos al convertirlos en educadores/monitores y darles responsabilidades.

Los monitores han de esforzarse por mantener su rol.

El coste económico del programa es elevado pues cada acción formativa se compone de dos o tres micromódulos distintos que se imparten a la vez.

El grado de inserción laboral de los usuarios que finalizan el programa es mayor así como su permanencia en un puesto de trabajo.

El programa de formación va a intentar compaginar la propia intervención psicoterapéutica con el programa formativo, dentro de cual tendremos un área general y otra específica.

La formación tendrá como características principales que:

Estará basada en una pedagogía dinámica, evolutiva, rotativa, microestructurada, personalizada y participativa. El objetivo es crear un clima de exigencias de rendimiento.

Estará orientada hacia el empleo, como cauce de incorporación desvinculado de la entidad y lo desarrollará el aula de búsqueda de empleo.

“La formación en su área general tendrá unas competencias elementales. Por un lado, barajaremos los conceptos y por otro las praxis” (13). Fomentaremos la autoestima, la higiene, la creatividad, el concepto de mejora, la motivación, la responsabilidad y en sí el propio concepto de trabajo.

Estas competencias de las áreas generales se entrecruzarán en las propias áreas específicas, que no son más que la propia teoría y la práctica, estructuradas en objetivos, tareas y métodos.

La metodología micromodular, como es lógico, necesitará que el monitor/formador tenga unas características que abarquen desde una formación previa de la materia impartida hasta unos conocimientos de las habilidades y destrezas, para así sean transmitidas de una forma dinámica, planificada y que cree en todo momento una motivación.

Una vez las materias generales se entrecruzan con las específicas, estas últimas pueden estructurarse en microparcels que denominaremos “micromódulos formativos”. Si consideramos el ejemplo de los oficios básicos vemos que el módulo de chapado es un micromódulo, como lo es lucir una pared, hacer regatas,... que se irán impartiendo como oficios básicos. Esto facilita que cualquier alumno pueda incorporarse en la acción formativa. Lo mismo ocurre con las otras competencias que van transmitiéndose de forma transversal y diaria.

Una de las reflexiones que se derivan de esta metodología es la siguiente. ¿Qué es lo que pretendemos con los usuarios, formarlos o mantenerlos en un oficio?. Si quisiéramos formarlos en un oficio deberíamos realizar una selección, de manera que el propio proceso formativo actuaría como selección continua. Dado que los conceptos deberían ser más rígidos a la hora de impartirlos deberíamos respetar la temporalización del currículum. La segunda opción, mantenerlos en un oficio, nos va a obligar a bajar el listón curricular e incorporar y dar una mayor importancia a una serie de habilidades o competencias claves que hemos denominado “competencias elementales del área general”.

Una de las mayores preocupaciones de los sistemas educativos es la búsqueda de adecuación entre la formación y las necesidades del sistema productivo cada vez mas móvil e impredecible , se ha ido abriendo con intensidad la idea de que , además de procurar dicho ajuste en la medida de lo posible , importa sobre todo asegurar que todos los formados posean una serie de competencias claves para el empleo no para algo particular sino para el mundo del trabajo en general , competencias de carácter básico que les permita desenvolverse con flexibilidad capacidad de adaptación . Definiremos las “competencias claves “ como la capacidad de realizar determinadas operaciones o procesos de intervenir en determinadas situaciones reales , con resultados prácticos , siempre que se trate de capacidades que se encuentren en la base de muchos oficios y profesiones y doten al usuario de polivalencia y capacidad de adaptación , implicando actitudes , capacidades y conocimientos generales y básicos . Principalmente las distribuimos en cinco ámbitos :

1. Ámbito individual
2. Ámbito de las relaciones sociales y resolución de problemas
3. Ámbito del lenguaje la comunicación
4. Ámbito psicomotriz.
5. Ámbito del mundo físico.

Estos ámbitos no son estancos entre si , dado que hay múltiples relaciones entre ellos .

Esta metodología de la formación puede crear dificultad a la hora de comprenderla pero es sencilla a la hora de ponerla en práctica. Una sencillez que se recoge en un manual pero que su verdadera programación radicaré en la dinámica del monitor y en cómo éste intentará en todo momento que los propios alumnos puedan convertirse también en monitores de autoayuda dentro del proceso formativo.

El paso de las competencias claves a los propios conceptos generales se produce de forma natural dado que el conocimiento detallado de las necesidades y condiciones de nuestros usuarios así como del propio proceso de programación específica permite el desarrollo de esta combinación.

AULA DE BUSQUEDA DE EMPLEO Y DE TIEMPO LIBRE

“Partiendo de la intención de normalizar la situación personal social y laboral” de los usuarios de drogas en programas de atención, tenemos que ajustarnos a la realidad y ser conscientes de que sigue siendo necesario crear servicios más eficaces tanto al usuario como a la sociedad en general .

Este servicio específico debe ser entendido como complementario y transitorio a los recursos normalizados de esta índole. La propia ley valenciana en drogodependencias mantiene la reinserción o integración laboral como uno de sus mayores objetivos.

En gran parte de la población afectada el área laboral, así como la de ocio y tiempo libre quedan deteriorados con el paso del tiempo. Dependencia y trabajo se hacen incompatibles, dependencia y alternativas de ocio también. El usuario a drogas centra todas sus aspiraciones hacia nuevos consumos y a facilitar los mismos, lo que le hace vivir en una espiral que progresivamente se va estrechando. Por tanto todas las actividades de formación y orientación laboral para la búsqueda de empleo debe de ser prioritarias.

Todo tratamiento o marco de intervención que hemos reflejado en nuestra fundamentación tiende o más bien está orientado hacia la búsqueda de nuevos trabajos, de nuevos amigos, de nuevos ambientes. Por lo menos recuperarlos sería parte de la intervención terapéutica y a partir de ahí intentar mejorarlos.

Las áreas de intervención que pretendemos trabajar desde esta experiencia son:

Área personal y social

Superación de la sintomatología negativa del consumo. Abstinencia o control así como adquisición de normas de convivencia y fomento de actitudes positivas.

Formación

Fomento de conocimientos. Cursos específicos y acciones formativas experimentales.

Empleo

Itinerarios laborales.

Cultura, ocio y tiempo libre

Potenciar la integración en el tiempo libre es prioritario para lograr un equilibrio en el usuario. Buscar alternativas para cubrir el tiempo de ocio y cuidar este espacio es importante para que se mantenga en dicho proceso recuperativo.

Regularización jurídico penal y jurídico civil

Esta área resulta esencial no solo como parte normalizada sino como ofrecimiento de alternativa a la fase de tratamiento al cumplimiento de la pena o sanción.

Intervención comunitaria

La utilización de los recursos comunitarios le familiarizaran con otra cara de la ciudad y de la sociedad, totalmente olvidada o casi desconocida para los usuarios. Por ello, "la integración en redes o servicios generales facilitarán no solo la morbilidad del usuario sino su integración" (16) y servirá como mecanismo imprescindible de cara a un futura recaída.

En la actualidad, de estos seis requisitos se está trabajando principalmente el área personal y social, la formación, la regulación jurídico penal y jurídico civil y la intervención comunitaria. No obstante, queda en muchos casos sin cubrir el empleo (inserción laboral) y el ocio (inserción en el tiempo libre). Por ello, el principio de actuación de este servicio debe formar parte de los planes que ya existen (Centros de día, principalmente) dado que comprenden el abordaje de aspectos psicológicos, sociales, sociológicos, ocupacionales, formativos e integradores. La experiencia nos demuestra que la intervención en materia de incorporación con población drogodependiente ha de basarse en la premisa del acompañamiento o de la intervención continua en itinerarios desde una autonomía y discreción. Para conseguir este objetivo es necesario poner en marcha servicios especializados y transitorios que tutelen el propio proceso de acercamiento al mundo laboral.

OBJETIVOS GENERALES.

Incorporar al tratamiento desde sus inicios la inserción por medio de un AULA DE BUSQUEDA DE EMPLEO Y TIEMPO LIBRE.

Fomentar o mejorar la participación social

Crear, mejorar, ampliar y enriquecer las relaciones sociales.

Evitar los tiempos muertos que pueden llevar a recaídas.

Incorporar metodologías homogéneas de formación laboral.

Mejorar la calidad de atención a drogodependientes y su integración socio laboral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Analizar y estudiar expectativas de trabajo y de ocio
Descubrir y estudiar como superar obstáculo
Fomentar habilidades para resistir en el trabajo
Dotar de herramientas para facilitar la búsqueda de empleo
Facilitar herramientas para encontrar recursos. Itinerarios.
Provocar cambios en la utilización del tiempo libre
Paliar la soledad que produce normalizarse
Desarrollo de habilidades de análisis y toma de decisiones.
Incrementar conocimientos sobre economía domestica.

METODOLOGÍA DE ACCIÓN

Preparación

Infraestructura material

Despachos. Normalizados y plurifuncional para trabajar individualmente.

El Aula:

Debe de contar con unas dimensiones adecuadas para trabajar con diez personas en grupos. Debe tener varios ordenadores, uno conectado a Internet y otros para realizar distintos trabajos. Además, la infraestructura mínima ha de contemplar con una mesa (para leer periódicos, escribir, etc) y una estantería.

Además, resulta imprescindible contar con guías prácticas de consulta (callejeros guías de teléfono, etc), así como diverso material fungible (folios, libretas, bolígrafos, etc).

Derivación por un terapeuta de un centro asistencial

La derivación puede ser realizada bien desde el propio Centro de Día o desde cualquier otro recurso que trate adicciones.

Entrevista personal. Orientación individualizada

De carácter individual aunque pueda pedirse el acompañamiento de familiares amigos o voluntarios específicos. Hay que garantizar una información específica y adecuada estableciendo un clima empático y de colaboración

Explicación del circuito

En todo momento el usuario y sus acompañantes han de saber qué objetivos pretendemos alcanzar y con qué metodología y temporalizaciones esperamos conseguir los objetivos propuestos. Se ha de realizar una explicación del contexto de trabajo y acordar compromisos comunes. Ha de quedar claro que no damos empleo, facilitamos la búsqueda de trabajo.

Definir conceptos estudiar abanico de posibilidades. Talleres grupales

Tenemos que definir qué es integración laboral en tanto en cuanto analicemos y conceptualicemos el ocio y el tiempo libre. Partiendo de la idea de integración normalizada hemos de compaginar ambas inserciones para eludir el agobio y peligro que puede suponer el tiempo muerto. Para alcanzar estos objetivos hemos de utilizar técnicas expositivas y explicativas:

Informar

Dar conceptos básicos: trabajo, empleo, rendimiento, derecho, obligación, ocio, tiempo libre, asociación, actividad, deporte, lectura, descanso, etc.

Estar al día de la oferta formativa laborales así como de las alternativas de tiempo libre y ocio

En definitiva, trabajaremos sobre" las actitudes con las que usuario llega a este servicio para conseguir que sean lo más estables posibles" (18). Para ello trabajaremos:

Desánimo o apatía

Conocimiento de que sí hay trabajo

Utilizaremos técnicas de búsqueda de empleo y ocio

Actitudes solidarias

Trabajo en equipo

Módulos formativos

Cada uno de estos módulos tendrán una duración de dos horas y se impartirán semanalmente.

Motivación y actitud hacia el empleo.

Técnicas de búsqueda de empleo

Habilidades sociales.
Derechos y obligaciones laborales.
Desarrollo de aspectos personales.
Fase de contraste y retroinformación.
Crear nuevas habilidades.
Crear actividades y comprometerse.
Autoconocimiento. Autoimagen y autoestima.
Toma de decisiones.
Autonomía, autocontrol.
El autoempleo y la creación de aficiones y actividades de ocio.
Una de las salidas será la iniciativa personal, lo que significa que deben recibir un apoyo de asesoría para iniciar su propia actividad.
La Formación ocupacional. Los recorridos culturales. Talleres preelabóres.

METODOLOGÍA DE ACTUACIÓN

Búsqueda activa de empleo y tiempo libre.

Acciones encaminadas a informar y motivar hacia una incorporación laboral y de ocio. Se procederá de común acuerdo a establecer un itinerario personalizado de incorporación, adaptado a su entorno laboral y social de referencia. Una vez preparado el usuario en técnicas de búsqueda de empleo así como en habilidades para el enfrentamiento del horario laboral u ocupacional pasaremos a la búsqueda activa de empleo o de recursos especializados en ocio, poniendo en funcionamiento todos los instrumentos y habilidades necesarios.

Metodología del aula de búsqueda de empleo y ocupación del tiempo libre.

Fomento de la motivación y de la autoestima.

Intentaremos lograr una motivación hacia una búsqueda activa y dispersa de recursos, donde el usuario pueda discernir aquellos que entran en sus posibilidades, valorando no solo la inmediatez sino las dificultades que tiene que superar para mantenerse. Planificación temporalizada de las entidades que va a presentarse. Potenciando las habilidades, autonomía y organización que determine el tipo de recurso adecuado.

Plan General de intervención.

Plantaremos tres objetivos que se corresponden a tres preguntas .

Objetivo profesional o social.

¿En qué quiero trabajar o participar?.

Objetivo personal .

¿En qué puedo trabajar? o ¿En qué puedo participar?.

Objetivo de Búsqueda.

¿Qué tengo que conseguir para trabajar o participar?.

Una vez tengan las respuestas se podremos diseñar el itinerario de incorporación o integración.

Itinerario personalizado.

Identificación y selección de prioridades.

Responsabilizaron.

Participación.

Temporalización.

Entrevista. El primer contacto.

Adecuación del currículum al trabajo seleccionado, contemplando la posibilidad de conocer o ampliar conocimientos del sector, la empresa, etc. Preparación para la entrevista por medio de simulaciones.

Una vez integrado:

Se pedirá la continuidad del ex usuario en grupos, para animar la continuidad de noveles o enseñar los mecanismos que le fueron útiles. De este modo se amplía la información del grupo, planteando y analizando la experiencia obtenida

El seguimiento en el puesto de trabajo será función de cada terapeuta de referencia. (Deberá anotar en su historia clínica general como gestión de seguimiento).

CONCLUSIONES

Todos los agentes que interviene en la inserción, tanto la formación como los itinerarios, procurar lograr la incorporación de los desempleados drogodependientes incorporando cantidades y recursos para lograr una formación –empleo pero aun necesitan de la investigación que acentúe y marque nuevas metodológicas para reducir la desigualdad con que nos encontramos los especialistas en adicciones .

Necesario sigue siendo que invirtamos en investigaciones para crear sistemas pedagógicos adecuados a los colectivos más desfavorecidos como sigue siendo el de los drogodependientes.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR I. (1997).

Retención en comunidad terapéutica. La CT profesional de Barajas.
Adicciones; 9:181-94.

ALONSO – FERNÁNDEZ, F. (1981).

Alcoholodependencia. Editorial Pirámide.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987).

Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R).
4 ° reimpresión, Barcelona, MASSON.
660 pags.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2001).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).
Barcelona, Ed: Masson.
1049 pags.

ARANA X.; MÁRKEZ I.(1997).

Los agentes sociales ante las drogas.
Ed. Dykinson.

AVANTS, S.K. et al. (1994).

Cocaine abuse in methadone maintenance programs: integrating pharmacotherapy with psychosocial interventions.
Journal- Psychoactive - Drugs. n° 26. Págs. 137-146.

AYUNTAMIENTO. PORTUGALETE. (1998).

Plan municipal de drogodependencias.

BACH, LL.(1990).

Alcohol y Enfermedad. JR Prous Editores.

BANDURA, A. (1986).

Teoría del aprendizaje social. Espasa Calpe. Madrid.

BANDURA, A; WALTERS, R.W. (1978).

Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad.
Madrid. Alianza Editorial.

BARTHWELL, A; SENAY, E; MARFS, R; WHITE,R.(1989).

Patients successfully maintained with methadone escaped HIV infection.
Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 46, 957-958.

BECK, A.T. (1984).
Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial DDB.

BECK, A. T. (1999).
Terapia cognitiva de las drogodependencias. Editorial Paidós.

BELDING MARK, A. (1997).
Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence.
Drug-and-Alcohol-Dependence. Vol. 48. Págs. 51-59.

BOBES, J.; PORTILLA, M.P.G. (2002).
Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.
Barcelona. 2 Edición ED: Ars Médica.
Págs: 142.

BRAUDEL, F.(1968).
La historia y las ciencias sociales.
Alianza editorial.

BROWN, B. Y BESCHENER, G. (1989).
AIDS and HIV infection: implications for drug abuse treatment.
Drug Issues. Vol. 19. Págs. 141 - 162.

BROWNELL, K.D., MARLATT, G.A., LICHTENSTEIN, E., WILSON, G.T. (1986).
Understanding and preventing relapse.
Am. Psychol., 41: 765-782.

CACCIOLA, J.S.; ALTERMAN, A.I. (1998).
The early course of change in methadone maintenance.
Addiction. 93 (1): 41-49.

CASAS BRUGUÉ, M.; ETCHEBERRIGARAY, A. (1997).
Trastorno bipolar y Drogodependencias.
En: E. Vieta; C. Gastó, Trastornos Bipolares, Barcelona, Ed. Springer.
Págs(312-317).

CASAS BRUGUÉ, M.; GUTIERREZ, M.; SAN L. (1994).
Psicopatología y Alcoholismo.
Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
Págs. 558.

CASTEL, R. (1984).
La gestión de los riesgos.
Anagrama.

Castells, M. (1997).
La era de la información. Vol. 1: la sociedad red..
Alianza editorial.

CAUTELA, J. ; GRODEN, J. (1989).

Técnicas de relajación. Manual práctico.
Barcelona. Ed. Martinez Roca.

COLOM J; (1997).
Los programas de reducción de riesgos.
Adicciones. Vol. 9, número 2. 136-169.

CUEVAS BADENES, J.; SANCHIS FORTEA, M. (2000).
Tratado de Alcohología.
Valencia. NILO Industria Gráfica, S.A.
Pags. 443.

CUMMINGS, C., GORDON, J.R., MARLATT, G.A. (1980).
Relapse: Strategies of prevention and prediction.
En: MILLER, W.R., ED. THE ADDICTIVE BEHAVIORS: Treatment of Alcoholism, Drug, Abuse,
Smoking, and Obesity.
Oxford, UK: Pergamon Press.

DAVILA, G. ; NAVARRO, F. (1998).
Efectos conductuales de la metadona.
Revista Española de drogodependencias. Vol. 23. Nº 2. 109 - 128.

DAVIS, M. MCKAY, M.(1982).
Técnicas de Autocontrol Emocional. Editorial Martinez Roca.

DOLE, V.P.; NYSWANDR, M.E. (1973).
A medical Treatment for diacetyl morphine (heroin) addiction: A clinical trial with Methadone
hydrochloride.
En: Chambers, C:D. Brill, L. "Methadone: Experiences and issues"
New York. Behavioral Publications.

DONOVAN, D.M Y CHANEY, E.F. (1985).
Alcoholic relapse prevention and intervention: Models and methods.
En G.A. MARLATT Y J.R. GORDON (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the
treatment of addictive behaviors.
New York: Guilford Press.

DURO, P. (1995).
Directrices actuales del tratamiento de mantenimiento con metadona.
En Casas, M. et al "Avances es drogodependencias"
Barcelona. Ed. en Neurociencias. Págs. 29-43.

EARLEY, P.H. (1991).
The cocaine recovery.
Sage publications.

EDWARDS, G. (1986).
Tratamiento de Alcohólicos. Editorial Trillas.

ELLIS, A. (1988).
Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos
Bilbao. . D.D.B.

FEUERLEIN, W. (1982).
Alcoholismo. Abuso y dependencia. Editorial Salvat.

FORCADA, R. Y SANTOS F.J. (1999).
Alternativas en tratamientos en régimen residencial: tratamiento del alcoholismo y comunidades para jóvenes".
Trastornos adictivos, vol. 1 – N.º 3-4, 259-265.

FUNES J. (1996).
Incorporación social de las personas con problemas de drogas.

GALANTER, M.; CLÉBER, H. D. (1997).
Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press.
Barcelona, Masson.
490 pags.

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.

GENERALITAT VALENCIANA (1999).
Normativa Autonómica Valenciana en materia de drogodependencias.
Valencia. Ed. QUILES, Artes Gráficas, S. A.
Pags: 395.

GENERALITAT VALENCIANA (1999).
Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (1999/2002).
Conselleria de Bienestar Social. Dirección General de Drogodependencias.
175 pags.

GARCIA-RODRIGUEZ, J.A.; LOPEZ SÁNCHEZ, C. (2001).
Manual de Estudios sobre Alcohol.
Madrid. Ed. EDAF.
PAGS 636.

GOLDSTEIN, A. (1994)
Addiction.
Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
331 pags.

GRAÑA GOMEZ, J .L .(1994).
Conductas Adictivas. Editorial Debate.

KELLY, J.A. (1987).
Entrenamiento de las Habilidades Sociales
Desclée de Brouwer.

LAWS, D.R. (1989).
Relapse prevention with sex offenders.
New York: Guilford Press.

LÓPEZ Y SEGARRA, F.; GRAU P. (1999).
Formación ocupacional circular por micromódulos.
UNAD.

- LÓPEZ Y SEGARRA F.; JIMÉNEZ FRISUELOS (1999).
Incorporación socio-laboral de drogodependientes: nuevas alternativas.
UNAD.
- MALKA, R.; FOUQUET, P. (1988).
Manual de Alcoholología. Editorial Masson.
- MARLATT, A.; GORDON, J. (1985).
Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors.
The Guilford Press. Nueva York.
- MARLATT, G.A. (1985).
Situational determinants of relapse and skill-training interventions.
En G.A. MARLATT Y J.R. GORDON (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the
treatment of addictive behaviors .
New York: Guilford Press. (pp.71-127).
- MARLATT, G.A. (1985).
Cognitive factors in the relapse process.
En G.A. MARLATT Y J.R. GORDON (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the
treatment of addictive behaviors.
New York: Guilford Press. (pp.71-127).
- MARLATT, G.A. (1985).
Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model.
En G.A. MARLATT Y J.R. GORDON (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the
treatment of addictive behaviors
New York: Guilford Press. (pp.71-127).
- MARLATT, G.A. (1993).
La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-
conductual.
En M.CASAS Y M. GOSSOP (comps.), Recaída y prevención de recaídas.
Sitges, Ediciones en Neurociencias.
- MCCRADY, B.S., DEAN, L., DUBREUIL, E. Y SWANSON, S. (1985).
The problem drinkers Project: A programmatic application of social-learning-based treatment.
En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment
of addictive behaviors.
New York: Guilford Press.
- MCLELLAN, A.T.,(1993)
The effects of psychosocial service in substance abuse treatment
Jama, 269, 1953-1959,.
- MADDUX- JAMES, F et al. (1997).
The relationship of metadona dose and other variables to outcomes of methadone maintenance.
Americana - Journal - on - Addictions. Vol. 6 (3) 246 - 255.
- MEGIAS VALENZUELA, E. (1987).
Indicación Terapéutica en Drogodependencias.
Comunidad y Drogas 4, 9-27
- MILLER, N.S.(1993).
Alcohol. Editado: Citran.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. (1999).

La Entrevista Motivacional.
Editorial Paidós .

NÚÑEZ, V. (1997).

De la educación en el Tiempo y sus Tiempos.

Texto establecido sobre la conferencia impartida en el Seminario Internacional Construyendo un saber sobre el interior de la escuela en Buenos Aires.

O'BRIEN, W. (1985).

The Therapeutic community-static or moving.

en Actas VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas. Roma. CIS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994).

Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10).

Madrid. Ed. Meditor.

Pags. 295.

PARRINO, M.W. (1997) .

Manual de tratamiento con metadona.

Barcelona. Grup Igia.

PETRUS A. (1997).

Pedagogía social .

Ariel educación.

POLO, LL., ZELAYA, M.(1985).

Comunidades para Toxicómanos.

Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española.

RODRIGUEZ MARTOS, A.(1989).

Manual de Alcoholismo para el Médico de cabecera. Editorial Salvat.

RODRÍGUEZ MARTOS, A. (1994).

Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con Metadona.

Adicciones. 6 (4) 353 - 372.

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.

SAVATER, F. (1997).

El valor de educar.

Madrid. Ed: Ariel.

SANTOS, P. (2000).

Intervención psicológica en personas adictas a heroína: resultados en una Comunidad Terapéutica.

Universidad de Valencia.

SERRANO, M. ; ARRIZABALAGA, I. (1998).

Programa de mantenimiento con metadona. Una intervención multidisciplinar y comunitaria: un estudio de la calidad de vida.

Cádiz.V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. C.P.D.

- SHIFFMAN, S., READ, L., MALTESE, J., RAPKIN, D. Y JARVIK, M.E. (1985).
Preventing relapse in exsmokers: A self-management approach.
En G.A. MARLATT Y J.R. GORDON (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the
treatment of addictive behaviors.
New York: Guilford Press.
- SIMPSON, D.D; JOE, G.W. (1997).
Strategies for improving methadone treatment process and outcomes.
Journal-of-Drug-Issues.27 (2) 239-260.
- STERNBERG, B. (1985).
Relapse in weight control: Definitions, processes, and prevention strategies.
En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment
of addictive behaviors.
New York: Guilford Press.
- STITZER, M:L; IGUCHI, M.Y., FELCH, L. (1992).
Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone maintenance patients.
Journal Consult Clin. Psychol. 60. 927-934.
- SOLE PUIG, J.R.(1989).
Terapia Anti- droga. Editorial Salvat.
- 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.
- SOLER INSA, PA; FREIXA, F.(1988).
Trastorno por Dependencia del Alcohol. Editorial Delagrangue.
- STEINGLASS, P. (1989).
La familia alcohólica. Editorial Gedisa.
- TERRADA, M. L.; PERIS BONET, R. (1988).
Lecciones de Documentación Médica.
Valencia. Artes Graficas.
Pags. 114.
- TORRENS, M. (1996).
Retention in a low-threshold methadone maintenance program.
Drug-and-Alcohol-Dependence. 41 (1) 55 - 59.
- TOURAINÉ, A.(1993).
Crítica de la modernidad.
Madrid. Ed: Temas de hoy.
- UNESCO (1996).
La educación encierra un tesoro.
Informe a la de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI.
Madrid. Ed. Santillana.
- VALLS BUSCA, R: (1991).
¿Qué logra la metadona?.
Barcelona. Revista psiquiatria. Facultad Medicina., 18, 321-326,.

