

MANUAL DE ADICCIONES para PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN FORMACIÓN

**Elisardo Becoña Iglesias
Maite Cortés Tomás**
[Coordinadores]

**Francisco Arias Horcajadas
Cesáreo Barreiro Sorribas
José Berdullas Barreiro
Ioseba Iraurgi Castillo
Juan Miguel Llorente del Pozo
Ana López Durán
Agustín Madoz Gúrpide
José Miguel Martínez González
Enriqueta Ochoa Mangado
Carmina Palau Muñoz
Ángel Palomares Martínez
Víctor José Villanueva Blasco**

EDITADO POR:



FINANCIADO POR:



MANUAL DE ADICCIONES PARA PSICÓLOGOS ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA EN FORMACIÓN

Elisardo Becoña Iglesias
Maite Cortés Tomás
[Coordinadores]

Francisco Arias Horcajadas
Cesáreo Barreiro Sorribas
José Berdullas Barreiro
Ioseba Iraurgi Castillo
Juan Miguel Llorente del Pozo
Ana López Durán
Agustín Madoz Gúrpide
José Miguel Martínez González
Enriqueta Ochoa Mangado
Carmina Palau Muñoz
Ángel Palomares Martínez
Víctor José Villanueva Blasco



El presente *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* ha sido financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) con cargo a la Orden SAS/2293/2010 de 19 de agosto.

EDITA: Socidrogalcohol

TIRADA: 3.000 ejemplares

PORTADA: Martín Impresores, S.L.

I.S.B.N.: 978-84-933094-3-5

Depósito Legal: V-1926-2011

IMPRIME: Martín Impresores, S.L. Pintor Jover, 1. 46013 Valencia.

SOCIDROGALCOHOL

Avda. Valcarca, 180

08023 Barcelona

E-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

www.socidrogalcohol.org

AUTORES

Elisardo Becoña Iglesias.

Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica.

Catedrático de Psicología Clínica. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela.

Maite Cortés Tomás.

Doctora en Psicología.

Profesora Titular de Psicología Básica. Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.

Francisco Arias Horcajadas.

Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Cesáreo Barreiro Sorrivas.

Psicólogo especialista en Psicología Clínica.

Centro de Especialidades de Coia. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

José Berdullas Barreiro.

Psicólogo especialista en Psicología Clínica.

Coordinador de la Unidad de Salud Mental de Telde, Las Palmas.

Ioseba Iraurgui Castillo.

Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Máster en Salud Pública.

Director de DeustoSalud. I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud.

Universidad de Deusto, Bilbao.

Juan Miguel Llorente del Pozo.

Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica.
Servicio de Toxicomanías de Álava. Hospital de Día. Vitoria, Álava.

Ana López Durán.

Doctora en Psicología. Máster en Drogodependencias.
Profesora Ayudante Doctor. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela.

Agustín Madoz Gúrpide.

Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Psiquiatra.
Centro de Salud Mental de San Blas, Madrid.

José Miguel Martínez González.

Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Máster en Drogodependencias.
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

Enriqueta Ochoa Mangado.

Doctora en Medicina y Cirugía. Médica Psiquiatra.
Unidad de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Carmina Palau Muñoz.

Doctora en Psicología. Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Máster en Prevención de las Drogodependencias.
Unidad de Conductas Adictivas de La Coma-Paterna, Valencia. Departamento de Salud 06, Consejería de Sanidad. Valencia.

Ángel Palomares Martínez.

Doctor en Psicología. Psicólogo especialista en Psicología Clínica. Máster en Salud Pública.
Centro de Atención Integral a la Drogodependencia (CAID) de Vallecas, Agencia Antidroga. Madrid.

Víctor José Villanueva Blasco.

Psicólogo. Máster en Psicología Clínica. Máster en Investigación en Psicología Clínica y Psicobiología.
Fundación Érguete-Integración. Vigo, Pontevedra.
Profesor Asociado. Departamento de Psicología y Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel, Universidad de Zaragoza.

PRÓLOGO	13
----------------------	----

LAS ADICCIONES

1. Introducción.....	15
2. Características de una conducta adictiva.....	16
3. Las adicciones con sustancia o consumo de drogas psicoactivas	19
4. Uso, abuso y dependencia de drogas.....	24
5. Las adicciones comportamentales.....	26
6. Referencias	30

NEUROBIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

1. Conceptos referidos al uso de sustancias: abuso, dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y craving.....	33
2. Neurobiología de la adicción.....	34
2.1. Circuito de recompensa	34
2.2. Neurotransmisores implicados: la dopamina	36
2.3. Cocaína y psicoestimulantes.....	38
2.4. Opiáceos	39
2.5. Alcohol.....	40
2.6. Drogas de diseño	40
2.7. Cannabis.....	40
3. Vulnerabilidad y factores de riesgo y protección	41
4. Referencias	42

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LAS ADICCIONES

1. Introducción 45

2. El desarrollo de la dependencia a sustancias..... 46

3. La adolescencia y el paso a la adultez: una etapa del desarrollo clave en el consumo de sustancias 47

4. Los factores de riesgo y protección para las adicciones..... 48

 4.1. Factores familiares 51

 4.2. Factores comunitarios..... 53

 4.3. Factores de los compañeros e iguales 54

 4.4. Factores escolares..... 54

 4.5. Factores individuales..... 55

 4.5.1. Factores biológicos..... 55

 4.5.2. Factores psicológicos y conductuales..... 56

 4.5.3. Rasgos de personalidad 58

5. Referencias 59

LOS PROCESOS DE CAMBIO EN CONDUCTAS ADICTIVAS

1. Un modelo de cambio basado en procesos 65

2. Descripción de las tres dimensiones del modelo transteórico 66

 2.1. Estadios de cambios 66

 2.1.1. Estadio de precontemplación..... 66

 2.1.2. Estadio de contemplación 67

 2.1.3. Estadio de preparación 67

 2.1.4. Estadio de acción..... 67

 2.1.5. Estadio de mantenimiento 68

 2.1.6. El paso de unos estadios a otros 68

 2.2. Procesos de cambio 70

 2.3. Niveles de cambio 72

3. Estrategias para avanzar a lo largo de las etapas de cambio..... 73

4. Evaluación de estadios y procesos de cambio..... 75

5. Variables relevantes en el tratamiento desde el modelo transteórico 76

 5.1. Motivación para el cambio 76

 5.2. Expectativas de autoeficacia 76

 5.3. Toma de decisiones..... 77

6. Evidencias sobre la utilidad del modelo transteórico..... 77

7. Referencias 78

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

1. Aspectos generales.....	81
2. Principios en los que se fundamenta la entrevista motivacional	82
3. Estrategias utilizadas en la entrevista motivacional con el objeto de fomentar la discrepancia.....	84
3.1. Plantear preguntas de respuesta abierta	84
3.2. Escucha reflexiva: prestar atención sin interferir	84
3.3. Afirmar.....	85
3.4. Resumir partes de la intervención o la sesión completa.....	85
3.5. Reforzar las afirmaciones automotivadoras del paciente	85
4. El afrontamiento de la resistencia.....	86
5. Estrategias utilizadas en la entrevista motivacional con objeto de fortalecer el compromiso para el cambio	88
6. Nuevos horizontes de la entrevista motivacional.....	91
7. Referencias	93

PATOLOGÍA DUAL

1. Introducción.....	97
2. Conceptualización de la patología dual.....	98
3. Estudios epidemiológicos.....	101
4. Evaluación de la patología dual	102
4.1. Instrumentos de evaluación en patología dual.....	104
5. Modelos de intervención.....	105
6. Consideraciones generales del tratamiento de los pacientes duales.....	106
7. Conclusiones.....	109
8. Referencias	109

LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES

1. Introducción.....	113
2. Diagnóstico y evaluación de los trastornos psicopatológicos.....	117
2.1. Evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento	117
2.1.1. Entrevistas clínicas.....	117
2.1.2. Cuestionarios generales.....	118
2.1.3. Escalas específicas.....	118
2.2. Evaluación de la personalidad y de los trastornos de personalidad	119
2.2.1. Entrevistas clínicas.....	120
2.2.2. Cuestionarios autoinformados.....	120
3. Evaluación neuropsicológica.....	122

4. Evaluación de los estadios de cambio	123
5. Evaluación del funcionamiento físico y social	124
6. Evaluación específica de las distintas adicciones.....	125
6.1. Dependencia del alcohol	125
6.1.1. Cuestionarios de evaluación del consumo de alcohol.....	125
6.1.2. Otros cuestionarios relacionados con el consumo de alcohol.....	126
6.1.3. Pruebas biológicas.....	127
6.2. Dependencia de la nicotina	128
6.2.1. Cuestionarios de evaluación de la dependencia de la nicotina.....	128
6.2.2. Otros cuestionarios relacionados con el consumo de tabaco	128
6.2.3. Evaluación fisiológica	129
6.3. Dependencia de drogas ilegales.....	129
6.3.1. Entrevistas para la evaluación del consumo de drogas ilegales.....	129
6.3.2. Instrumentos para identificar abuso o dependencia.....	130
6.3.3. Evaluación del craving.....	130
6.3.4. Evaluación de la autoeficacia.....	131
6.3.5. Pruebas biológicas.....	132
6.4. Juego patológico.....	132
6.4.1. Evaluación del juego patológico	132
6.4.2. Evaluación de la comorbilidad	133
7. Referencias.....	134

PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

1. Introducción.....	143
2. Modelos psicoterapéuticos en trastornos adictivos	144
3. Intervenciones en trastornos adictivos basadas en la evidencia	148
4. La guía clínica de intervención psicológica en adicciones. ¿Qué funciona y qué no funciona en el tratamiento psicológico de las adicciones?.....	155
4.1. La entrevista y terapia motivacional.....	155
4.2. Terapias conductuales y cognitivo-conductuales	156
4.2.1. Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento.....	157
4.2.2. La terapia de exposición a señales	158
4.2.3. La prevención de recaídas.....	158
4.2.4. Los programas de reforzamiento comunitario.....	159
4.2.5. El manejo de contingencias.....	159
4.2.6. La terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento basada en la prevención de la recaída.....	160

4.2.7. La terapia cognitiva.....	161
4.2.8. Terapia conductual familiar y de pareja	161
4.3. Terapias centradas en la familia.....	162
4.4. Terapias analíticas y psicodinámicas.....	163
5. Principios para un tratamiento efectivo	163
6. Eficacia vs. Efectividad. ¿Qué primar?.....	164
7. Conclusión.....	166
8. Referencias.....	167

FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS EN TRASTORNOS ADICTIVOS

1. Introducción.....	171
2. Acamprosato.....	172
3. Benzodiacepinas.....	173
4. Buprenorfina + Naloxona.....	175
5. Bupropion	176
6. Carbamacepina	177
7. Cianamida o carbimida cálcica.....	178
8. Clonidina.....	179
9. Clormetiazol.....	180
10. Disulfiram.....	181
11. Gabapentina.....	182
12. Laam: levo-alfa-acetilmetadol	183
13. Lamotrigina.....	184
14. Metadona.....	185
15. Naloxona.....	186
16. Naltrexona.....	187
17. Nicotina.....	188
18. Oxcarbacepina.....	190
19. Pregabalina.....	191
20. Tiagabina.....	192
21. Topiramato.....	192
22. Valproato	193
23. Vareniclina.....	195
24. Vigabatrina.....	195
25. Zonisamida.....	196
26. Referencias.....	196

PATOLOGÍA MÉDICA ASOCIADA AL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

1. Introducción 199
 2. Cocaína..... 202
 3. Heroína 204
 4. Cannabis 206
 5. Drogas de diseño..... 209
 6. Referencias 210

LOS NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA Y LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN DIFERENTES ÁMBITOS DE LA DEPENDENCIA

1. Introducción 213
 2. Nivel de tratamiento ambulatorio 214
 2.1. Centros de atención a la drogodependencia 214
 2.1.1. Atención sanitaria 216
 2.1.2. Atención psiquiátrica 216
 2.1.3. Atención psicológica 216
 2.1.4. Atención social 216
 2.1.5. Rehabilitación funcional y reinserción social 216
 2.1.6. Reducción de daños 216
 2.2. Recursos móviles de dispensación de metadona 217
 3. Nivel de tratamiento residencial 217
 3.1. Unidades de desintoxicación hospitalarias 217
 3.2. Comunidades terapéuticas 218
 3.2.1. Comunidades terapéuticas de menores 220
 3.2.2. Comunidades terapéuticas para mujeres con hijos 220
 3.3. Pisos 220
 3.3.1. Pisos para desintoxicación 221
 3.3.2. Pisos de distinta exigencia según la fase en que se encuentra el paciente 221
 3.3.3. Pisos especializados en dependencia a la cocaína 221
 3.3.4. Pisos especializados en patología dual 221
 4. Nivel de intervención mínima 222
 4.1. Centros de emergencia 222
 4.2. Narcosalas 222
 4.3. Recursos móviles de atención en núcleos de consumo 223
 5. Recursos de apoyo 223
 5.1. Recursos socioeducativos 223
 5.1.1. Centros de día 223

5.2. Recursos jurídicos.....	223
5.3. Recursos de apoyo a la reinserción laboral	223
6. Coordinación con recursos no específicos para la drogodependencia.....	224
6.1. Servicios sociales comunitarios	224
6.2. Salud mental.....	225
6.3. Centros de salud	226
6.4. Centros de orientación y empleo.....	226
6.5. Servicios de atención a la mujer	227
6.6. Servicios de emergencia social (albergues).....	227
6.7. Organismos no gubernamentales.....	227
6.8. Centros de inserción social (CIS).....	228
7. Referencias	228

ATENCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIO-FAMILIAR Y LABORAL

1. Introducción.....	229
2. Hacia la exclusión social	230
3. La relación entre exclusión social y consumo de sustancias	233
4. Perfil del drogodependiente en situación de exclusión	235
5. Incorporación social en drogodependencias.....	237
5.1. Planteamiento general de la incorporación social en drogodependencias.....	237
5.2. Dispositivos de la red formal e informal implicados en la incorporación social de drogodependientes.....	238
5.3. Programas y acciones para la incorporación social de drogodependientes.....	240
5.3.1. Programas de captación activa e intervención en medio abierto	240
5.3.2. Medidas de apoyo económico	241
5.3.3. Programas de apoyo residencial.....	241
5.3.4. Programas de autonomía personal	242
5.3.5. Programas de formación.....	242
5.3.6. Programas de inserción laboral	243
5.3.7. Programas de acceso o de mantenimiento de vivienda	245
5.3.8. Programas de vinculación y apoyo sociofamiliar.....	246
5.3.9. Programas de atención jurídico-social.....	248
5.3.10. Programas de atención a colectivos específicos.....	248
6. Programa de incorporación personalizado (PIP).....	249
7. Consideración de la perspectiva de género en los procesos de incorporación sociolaboral	253
8. Referencias	254

**PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES
A NIVEL ESCOLAR, FAMILIAR Y LABORAL**

1. Introducción.....	259
2. Tipos de prevención	261
3. Principios efectivos de la prevención en drogodependencias.....	263
4. Componentes básicos dentro de los programas efectivos en drogodependencias.....	265
4.1. Información sobre las drogas y sus consecuencias.....	267
4.2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas.....	267
4.3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo.....	268
4.4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas drogas.....	271
4.5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana	272
4.6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo	273
4.7. Promover estilos de vida saludables	274
4.8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad	274
4.9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPAS y padres o tutores).....	275
4.10. Implicar a toda la escuela en el programa	275
5. Tipos de prevención: Escolar, familiar, comunitaria, laboral y otras.....	276
5.1. Prevención escolar	276
5.2. Prevención familiar	278
5.3. Prevención comunitaria	279
5.4. Prevención laboral.....	280
5.5. Otros tipos de prevención	280
6. Conclusiones.....	281
7. Referencias.....	283
 APÉNDICE 1. CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES	 289
 APÉNDICE 2. RESUMEN DE EVIDENCIAS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS SEGÚN LA GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES.....	 305

PRÓLOGO

Es para mi una enorme satisfacción, como presidente de Socidrogalcohol, presentar este Manual de Adicciones para Psicólogos Internos Residentes. Socidrogalcohol es una sociedad científica de casi 40 años de existencia que tiene como uno de sus pilares fundamentales la formación y desarrollo continuados de sus profesionales en busca de la excelencia. Un buen ejemplo de ello son las distintas monografías y guías clínicas que hemos elaborado, las actividades formativas para los profesionales que realizamos anualmente en la Escuela de Otoño de Socidrogalcohol y la puesta al día de la investigación más puntera nacional e internacional en adicciones que realizamos anualmente en nuestras Jornadas Nacionales.

Este manual es el segundo que elaboramos dirigido a profesionales sanitarios en formación. El primero fue el *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*, el cual ha tenido una aceptación excelente. El presente manual, se dirige a otro importante colectivo profesional como son los psicólogos clínicos en formación, los pires, los cuales realizan una parte de su rotación en las denominadas Unidades de Conductas Adictivas, Alcoholismo o Drogodependencias.

De pilotar este proyecto se han encargado desde Socidrogalcohol Elisardo Becoña, Catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Compostela, y Maite Cortés, Profesora Titular de Psicología Básica de la Universidad de Valencia. Ellos han reunido a un grupo de profesionales de alta capacitación, profesionalidad y conocimientos para el mismo, incluyendo tanto psicólogos clínicos para las temáticas psicológicas como psiquiatras para las temáticas médicas y farmacológicas, todos los cuales tienen su lugar de trabajo en Centros de Salud Mental, Centros de Drogodependencias o Conductas Adictivas, Programas de Reinserción o Servicios de Psiquiatría. El resultado final del manual que ahora prologo es

un producto práctico, didáctico y centrado en la realidad clínica cotidiana en adicciones. Esto va a ser uno de los valores que encontrará el lector a lo largo de sus páginas y que apreciarán especialmente los psicólogos clínicos en formación y otros profesionales de la salud mental y de las adicciones interesados por estos temas.

Otro valor de este manual es su adecuación a los criterios de formación de los Psicólogos Internos Residentes en su rotación por el área de las adicciones, como indica la Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio (BOE de 17 de junio de 2009), lugar en donde se publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica para los distintos campos de rotación. Esto hace que este libro tenga un valor añadido importante. Va a permitir que estos profesionales dispongan de un manual de referencia para su formación en los dispositivos asistenciales de adicciones a lo largo de su rotación. Pero este libro va más allá debido a que en sus páginas se desgranar los conceptos, herramientas, tratamientos psicológicos y recursos más importantes que tiene el psicólogo clínico en su trabajo cotidiano en el campo de las adicciones. Por ello, estoy seguro que este será un manual de uso y consulta para muchos psicólogos clínicos que trabajan desde hace años en el campo de las adicciones en España.

Deseo aprovechar este prólogo para agradecer la financiación que Socidrogalcohol ha obtenido de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que ha posibilitado elaborar este manual y hacer una amplia difusión del mismo. La publicación se hará en forma de manual escrito que distribuiremos entre los profesionales del campo de las adicciones e, igualmente, estará disponible en formato electrónico para su consulta por cualquier profesional.

Sólo me queda añadir que trabajos como el presente, en la línea de lo que venimos haciendo en esta sociedad científica y profesional desde hace mucho tiempo, tienen como objetivo final ayudar a mejorar la calidad de nuestros profesionales y que éstos apliquen los mejores tratamientos a nuestros pacientes adictos. Con ello esperamos lograr reducir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida, la de sus familias y, también, transmitir a la sociedad que estamos ante un trastorno que puede abordarse de modo eficaz dentro de los equipos multiprofesionales que trabajan en adicciones.

Julio Bobes García
Catedrático de Psiquiatría
Presidente de Socidrogalcohol

CAPÍTULO 1

LAS ADICCIONES

1. INTRODUCCIÓN

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando. Más actualmente, junto a las anteriores y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones. Unas están derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras son adicciones comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas.

Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo, tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas.

Una característica común y central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de

tratamiento o le fueren a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

El mayor problema que tienen las adicciones no son sólo los efectos que producen a corto plazo. El problema está en los efectos que producen a medio y a largo plazo. Así, muchos fumadores de cigarrillos morirán años después de fumar ininterrumpidamente de cáncer de pulmón o de enfermedades cardiovasculares; muchos bebedores excesivos de alcohol o personas con dependencia del alcohol morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes; muchas personas dependientes de la heroína o de la cocaína morirán de enfermedades causadas por ellas, como ha ocurrido y está ocurriendo con el SIDA, la hepatitis, infecciones, etc., aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. Lo mismo podemos decir de las otras adicciones, donde en muchos casos la ruina económica es un paso previo al resto de los problemas legales, familiares, físicos, etc.

2. CARACTERÍSTICAS DE UNA CONDUCTA ADICTIVA

A pesar de que hay criterios específicos para distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas o el juego patológico, cuando hablamos de adicción partimos siempre de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.

Para el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) la dependencia de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas, como indicamos en la Tabla 1.1, y durante un período continuado de 12 meses.

El DSM-IV-TR también considera el abuso de sustancias, el cual define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los síntomas que indicamos en la Tabla 1.2. Nótese que el juego patológico está incluido en el DSM-IV-TR en el apartado de trastorno de control de los impulsos no clasificados en otros apartados (ver Tabla 1.4).

En lo anterior, cuando hablamos de las adicciones comportamentales, con sustituir “sustancia” por “conducta” tendremos un cuadro bastante claro de qué es una conducta adictiva, aunque sí es cierto que hay variaciones de unas a otras.

En función de estos criterios podemos ver si las distintas conductas adictivas los cumplen, tanto las que están producidas por una sustancia química como las que no están producidas por ella.

Tabla 1.1. Criterios para la dependencia de sustancias, según el DSM-IV-TR

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
 2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 3. la sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
 4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
 5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
 6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
 7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia: 0 Remisión total temprana; 0 Remisión parcial temprana; 0 Remisión total sostenida; 0 Remisión parcial sostenida; 2 En terapéutica con agonistas; 1 En entorno controlado; 4 Leve/moderado/grave o especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2)
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la compulsión o pérdida de control. Por todo lo que hemos visto hasta aquí probablemente es la característica principal de este problema.

Tabla 1.2. Criterios para el abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);
 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);
 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia que produce la no realización de la conducta adictiva voluntariamente o porque le impiden hacerla al individuo. Por síndrome de abstinencia se entiende (Becoña, 2008), referido a las sustancias psicoactivas, que es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa (según diferentes modos y niveles de gravedad), cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico, denominándose en este caso al síndrome de abstinencia con el apelativo de síndrome de abstinencia precipitado. Lo mismo es aplicable a todas las conductas adictivas sin base química, como así se ha encontrado en distintos estudios sobre ellas (Echeburúa, 1999).

El tercer aspecto es el de tolerancia. Consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. En las conductas adictivas se aprecia que, conforme la persona lleva a cabo esa conducta, precisa incrementar la cantidad de tiempo y esfuerzo dedicado a la misma para poder conseguir el mismo efecto.

Junto a la tolerancia farmacológica es importante considerar la tolerancia conductual y la tolerancia cruzada. La tolerancia conductual (o condicionada) se refiere al efecto que tiene la sustancia en el individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la droga. En ello influyen además las expectativas o el estado de ánimo, que pueden cambiar la intensidad de los efectos. La tolerancia cruzada atañe a la disminución del efecto de una determinada dosis de sustancia

psicoactiva como consecuencia del consumo continuado de otra sustancia (ej., alcohol y barbitúricos).

Junto al concepto de tolerancia suele hablarse de neuroadaptación, entendiéndose por tal el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en éstas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia. Funcionaría como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005).

El cuarto aspecto es el de intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas, o la cuasi-disociación, estado este último que se encuentra tanto en las sustancias químicas como en las conductas que producen adicción. En este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra (Jacobs, 1989).

El quinto aspecto que consideramos significativo, se refiere a que el individuo con una adicción padece graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado, están presentes en todas las conductas adictivas.

Junto a lo anterior no debemos dejar de apuntar otros dos hechos. El primero, que habitualmente no va sola una conducta adictiva, sino que suelen estar presentes varias al mismo tiempo en un mismo individuo. El fenómeno de la politoxicomanía, tan frecuente en drogodependencias (también conocido como polidependencia o poliadicción), indica que no se da una sola conducta adictiva sino varias al mismo tiempo.

También, fruto de lo anterior, o en interacción con las conductas adictivas, suele encontrarse frecuentemente, al menos en las personas dependientes, la presencia de patología orgánica, psicológica y psiquiátrica. Conocerlo es importante tanto para saber la causa del problema, como su evolución y su posible tratamiento o recuperación.

3. LAS ADICCIONES CON SUSTANCIAS, O CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS

El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) como de algunas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas. Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc. (Kendler et al., 2000).

Para ejemplificar lo anterior veamos lo que ha ocurrido en los últimos años con el consumo de alcohol. En España, y en los países del entorno, el consumo clásico de las personas ha sido

el vino y, para las ocasiones especiales, bebidas destiladas autóctonas (ej., el aguardiente, brandy, anís, etc.). En las últimas décadas se han introducido otros productos alcohólicos, o se han generalizado otros que eran minoritarios. Nos referimos a la cerveza y a los licores, especialmente las bebidas de alta graduación y en formas de destilados importados, como el whisky, el vodka, etc. Al mismo tiempo, en los últimos años, ha surgido un nuevo fenómeno que para nosotros era desconocido: el cambio en los patrones de consumo. Mientras que el llamado consumo mediterráneo de alcohol se centraba fundamentalmente en el vino, en dosis bajas pero diarias, los nuevos patrones de consumo que han surgido en estos últimos años en jóvenes son radicalmente distintos, y casi idénticos al patrón de consumo anglosajón: consumo de bebidas de alta graduación (y foráneas a nuestra cultura de consumo tradicional de alcohol), sólo en fin de semana, en cantidades altas y abusivas, en muchos casos con el único objetivo de conseguir en poco tiempo la embriaguez (Becoña y Calafat, 2006; Lorenzo, 2005). A ello se añade en los últimos años el fenómeno del “botellón”, que se ha ido extendiendo a lo largo de la década de los años 90 del siglo XX por ciudades y pueblos sin parar hasta llegar a la situación actual, donde se ha generalizado por toda la geografía nacional (Calafat et al., 2005). El botellón se caracteriza por el consumo de bebidas en la calle, plazas, zonas porticadas, etc., por parte de jóvenes, muchas veces menores de edad, conseguidas a bajo coste en supermercados o en su propia casa y que, mezcladas con bebidas sin alcohol, permite conseguir muchas dosis a partir de un litro de una bebida alcohólica de alta graduación. Este nuevo patrón de consumo acarrea nuevos problemas y exige abordajes innovadores para afrontar los mismos, así como tomar medidas para preservar la salud de las personas que se pueden ver afectadas por este nuevo tipo de consumo. Pero esto no ocurre únicamente con el alcohol. Pasa lo mismo con el tabaco (Becoña, 2006b), el cannabis (Grupo de Estudios sobre el Cannabis, 2004), las drogas de síntesis, etc.

En relación al consumo de tabaco, desde hace años sabemos que fumar se considera una epidemia, la epidemia tabáquica, especialmente a partir del estudio de Doll y Hill (1954) y los que le siguieron. Fumar cigarrillos es la principal causa evitable de mortalidad y morbilidad de los países desarrollados, produciendo un gran número de muertes prematuras cada año, unos 3 millones en el mundo, de los que corresponden a España unos 50.000 (Montes, Pérez y Gestal, 2004). A pesar de que en los últimos años venimos asistiendo en los países desarrollados, como en España, a un descenso en el consumo de tabaco (Becoña, 2006b), fundamentalmente en los varones, todavía actualmente fuma en España, siguiendo la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, de modo diario u ocasional el 29.9% de las personas de 16 o más años (35.8% de varones y 24.3% de mujeres) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

El consumo de cannabis, en sus distintas formas, tiene efectos psicoactivos en el individuo. Es una droga por sus propiedades de producir intoxicación, tolerancia, dependencia, etc. (American Psychiatric Association, 2000). Su presentación puede ser: 1) en forma de hachís, que es un compuesto obtenido a partir de la resina de la planta, 2) como triturado seco de flores y hojas y 3) como aceite. Habitualmente se consume fumándolo, y tiene un efecto bifásico,

comenzando por una fase de estimulación, con euforia, bienestar, aumento de la percepción y ansiedad; y seguida por una fase de sedación, en la que predominan la relajación y la somnolencia, pudiendo llegarse a conciliar el sueño. Otros fenómenos habituales en el consumo de cannabis son la agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, la distorsión del espacio y del tiempo, la risa fácil, locuacidad y aumento del apetito. Existe paralelamente una alteración de las funciones cognitivas, con afectación de la atención, alteración de la memoria reciente y dificultades para la resolución de problemas.

El consumo habitual de cannabis durante largos períodos de tiempo se asocia a alteraciones neuropsicológicas relacionadas con los procesos atencionales, mnésicos y de velocidad de procesamiento de la información, así como a dificultades psicomotrices. Algunos estudios señalan que estos déficits se normalizan progresivamente tras el abandono del consumo, llegando prácticamente a su nivel premórbido en torno a las 4 semanas de abstinencia. La utilización habitual de esta droga se asocia en numerosas ocasiones a un elevado fracaso escolar y al abandono de los estudios (Comisión Clínica, 2006).

Algunos autores han descrito, en consumidores de cannabis de larga evolución y grandes cantidades, la existencia de un síndrome amotivacional, consistente en anergia y abulia con importante limitación en su actividad diaria. El cuadro remite con la abstinencia mantenida de la sustancia.

La heroína es un opiáceo descubierto hace ya un siglo. Hasta hace unos años se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy sólo lo hace un porcentaje reducido de sus consumidores. También es posible fumarla (“chinos”) o esnifarla. El primer consumo de heroína produce náuseas, vómitos y disforia; tras estas molestias propias de las primeras ocasiones aparecen los síntomas buscados, como placer, euforia y reducción de la ansiedad; si el consumo continúa, estos efectos placenteros se siguen produciendo durante un tiempo, conocido como la “fase de luna de miel”. En la siguiente fase se consume sólo con el objetivo de encontrarse bien y evitar el síndrome de abstinencia.

La inyección intravenosa produce inicialmente una sensación de éxtasis muy intensa (*el flash*) durante 5 a 15 minutos. Después se experimenta una sensación, menos intensa, de satisfacción, euforia y bienestar, que dura de 3 a 6 horas. Después de la misma, hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos.

La intoxicación por heroína tiene síntomas muy característicos, como una *miosis* muy intensa (pupilas en punta de alfiler), euforia, apatía, irritabilidad o disforia, retardo psicomotor, somnolencia, lenguaje farfullante, reducción de la atención y deterioro de la capacidad de juicio. Otros síntomas asociados son bradicardia, hipotensión, hipotermia, analgesia y, en muchas ocasiones, un estreñimiento pertinaz. Cuando la intoxicación es muy intensa puede desembocar en una sobredosis, que en muchos casos produce la muerte.

El síndrome de abstinencia de la heroína aparece varias horas después de que el individuo se ha administrado la dosis, sobre las 8 horas desde el último consumo. Éste alcanza su punto álgido a los dos o tres días y desaparece tras siete a diez días. Los signos y síntomas más importantes, semejantes a una gripe fuerte, son: piloerección, sudoración, lacrimo, bostezos y rinorrea, al principio; luego, diarrea, dolor generalizado en las articulaciones, incremento de la frecuencia respiratoria, vómitos, dilatación pupilar y pérdida de peso.

Transcurridas 36 horas desde el último consumo, los síntomas de abstinencia aumentan en gravedad, pudiendo aparecer contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño. Los síntomas más intensos duran unas 72 horas y disminuyen gradualmente durante los siguientes 5 a 10 días.

El consumo regular de heroína provoca niveles considerablemente altos de tolerancia. No suele ser la primera sustancia consumida que posee efectos psicoactivos, sino que previamente ha consumido otras (ej., alcohol, cannabis, etc.). Una vez establecido un patrón de dependencia o abuso de opiáceos, algo que sucede rápidamente, la búsqueda de la droga se convierte en el centro de la vida del individuo.

Los estudios realizados con morfinómanos indican una elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar asociada a su consumo. Al tiempo que es un analgésico eficaz también es un potente depresor de los centros respiratorios y de la tos. Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar. La heroína tiene efectos similares a la morfina, salvo que con una dosis diez veces menor de heroína se obtienen efectos comparables. Ambas sustancias son muy adictivas; desarrollan rápidamente tolerancia y dependencia. Algunos autores llegan a afirmar que una simple dosis de morfina puede producir dependencia física y, en ciertas circunstancias, también psicológica, aunque en este último caso resulta fundamental la posibilidad de la autoadministración.

La frecuencia de enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis, hepatitis B, SIDA) es alta entre los consumidores de heroína, lo que produce una elevada mortalidad. La muerte por sobredosis es debida a depresión respiratoria. En muchos casos la sobredosis se produce al aparecer en el mercado una partida de heroína con mayor nivel de pureza que la habitual. Los adulterantes más comunes de la heroína son los polvos de talco y el almidón, aunque otros adulterantes que le añaden son claramente peligrosos para la salud.

En relación a la cocaína, ésta se puede tomar en forma de hojas masticadas (hojas de coca), polvos de clorhidrato de cocaína para esnifar o inyectarse, y el *crack* para fumar o mezclada con heroína (*speedball*). En nuestro medio está comercializado el clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína y que se consume fundamentalmente esnifada.

El modo más rápido de absorción es la vía fumada, llegando en este caso por vía pulmonar al cerebro en pocos segundos.

En el consumo de cocaína se distinguen dos tipos claramente diferenciados: el episódico y el crónico (diario o cuasi-diario). En el primer caso, el consumo se hace en fines de semana, en fiestas, ante una sobrecarga de trabajo, etc. A veces se produce el “colocarse”, consistente en consumir esporádicamente pero a dosis altas. Cuando esto ocurre, la bajada suele ser intensa y en ocasiones se produce un síndrome de abstinencia que dura varios días. En el consumo crónico, diariamente o casi diariamente, en dosis moderadas o altas, a lo largo de todo el día o a unas horas determinadas, conforme transcurre el tiempo se produce el fenómeno de tolerancia, lo que exige ir incrementando la dosis. En un momento determinado la droga deja de producir efectos placenteros o éstos son muy escasos, por lo que se consume más para evitar el síndrome de abstinencia.

Los principales efectos de la cocaína son euforia, labilidad emocional, grandiosidad, hiperalerta, agitación psicomotriz, insomnio, anorexia, hipersexualidad, tendencia a la violencia y deterioro de la capacidad de juicio. Como ocurre en otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras sustancias, con abuso o dependencia de las mismas, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo (con frecuencia) de aliviar los efectos negativos de la intoxicación por cocaína. Algunos de los efectos producidos por la abstinencia de cocaína son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía y aislamiento social. Igual que ocurre con el *cannabis*, puede haber disfunción sexual, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria.

Cuando se deja de consumir cocaína se produce un intenso *crash* (síndrome de abstinencia), caracterizado por disforia, dolores gastrointestinales y otras sensaciones desagradables como *craving*, depresión, trastorno de los patrones del sueño, hipersomnolencia e hiperalgesia. Distintos estudios han encontrado relación entre trastornos afectivos y abuso de cocaína, lo que sugeriría un uso de la misma para controlar el estado de ánimo depresivo. Esto parece claro cuando después del síndrome de abstinencia no remite la depresión, que puede confundirse inicialmente con uno de los síntomas del síndrome de abstinencia de la cocaína. Este hecho se aduce con frecuencia como apoyo de la hipótesis de la automedicación, aunque no se ha confirmado. Los síntomas de abstinencia no dejan ninguna secuela fisiológica, aunque los síntomas como disforia, falta de energía y anhedonia pueden durar de una a diez semanas. Ello facilita la recaída ante el recuerdo de los efectos eufóricos que produce la cocaína.

La cocaína produce un elevadísimo grado de dependencia psicológica y poca dependencia física, como ha demostrado la investigación con animales. Así, cuando se suspende bruscamente la administración de cocaína no se producen trastornos fisiológicos tan graves como los observados con otras sustancias.

Las drogas de síntesis son sustancias que, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surge la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión.

Algunas personas dependientes de las anfetaminas han comenzado el consumo de las mismas con la finalidad de suprimir el apetito o controlar el peso. El consumo de anfetaminas en personas con abuso o dependencia de las mismas puede ser episódico o crónico y diario o casi diario. En el primer caso, hay un alto consumo episódico seguido por varios días sin consumir (por ejemplo, sólo los fines de semana). En el segundo, el consumo puede ser alto o bajo, pero se produce a diario o casi a diario. La persona deja de consumir cuando queda físicamente exhausta o no puede obtener más anfetaminas. El síndrome de abstinencia de las anfetaminas, cuando la dosis es alta, dura muchos días. Los consumidores de anfetaminas también suelen usar otras sustancias para evitar los efectos negativos de la intoxicación por anfetaminas tales como el alcohol, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos.

Algunos de los efectos conductuales más importantes que produce la abstinencia de las anfetaminas son depresión, irritabilidad, anhedonia, falta de energía, aislamiento social y, en algunos casos, ideación paranoide, alteraciones de la atención y problemas de memoria. En ocasiones, se pueden producir comportamientos agresivos durante los períodos de intoxicación.

Otras drogas, como los enteógenos, yahé, etc., pueden verse en Becoña (2005) e información más amplia sobre las distintas drogas en Bobes, Casas y Gutiérrez (2011), Galanter y Kleber (2008) y Schuckit (2006), entre otros.

4. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS

Por *uso* de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica. El *abuso* se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La *dependencia* surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

Por *dependencia*, o *síndrome de dependencia*, según la CIE-10 (OMS, 1992), se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo,

a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aún cuando hayan sido prescritas por un médico. La recaída en el consumo de una sustancia, después de un período de abstinencia, lleva a la instauración más rápida de los síntomas de la dependencia, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes.

Según la CIE-10, el diagnóstico de dependencia de una droga, sólo debe hacerse si durante algún momento de los últimos doce meses, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos: a) deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia; b) disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida; c) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese; d) tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas; e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos; y, f) persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales a nivel de salud física (ej., cirrosis hepática), salud mental (ej., depresión), deterioro cognitivo, etc.

Los criterios de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente).

Tanto las clasificaciones de la CIE de la OMS, como otros autores relevantes, han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica. Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La CIE-10 define la *dependencia física* como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga. Por *dependencia psíquica o psicológica* se entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

Otro concepto relevante es el de *potencial adictivo de una droga*, entendiendo por el mismo la tendencia que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan. Así, por ejemplo, en lo que se refiere a las drogas legales, el tabaco tiene un alto poder adictivo, ya que el fumador no puede controlar su consumo ni fumar con moderación, excepto en raras excepciones. En cambio la mayor parte de los consumidores de alcohol son bebedores sociales, que pueden controlar sin problemas su consumo y no beber nada durante días o semanas.

Los criterios del DSM-IV-TR para la dependencia y el abuso de sustancias los hemos indicado en las Tablas 1.1 y 1.2. En la Tabla 1.3 se indican los trastornos inducidos por las distintas drogas, problemas que se presentan con frecuencia en los consumidores de las mismas.

Tabla 1.3. Trastornos mentales inducidos por sustancias, según el DSM-IV-TR

- Delirium inducido por sustancias.
- Demencia persistente inducida por sustancias.
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno sexual inducido por sustancias.
- Trastorno de sueño inducido por sustancias.
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashback).

5. LAS ADICCIONES COMPORTAMENTALES

Como ya indicamos, una adicción consiste en una pérdida de control de la persona ante cierto tipo de conductas que tienen como características producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta, etc. Aunque se han propuesto distintos tipos de adicciones, hoy podemos diferenciarlas en dos grandes grupos: aquellas producidas por sustancias químicas y aquellas producidas por conductas. Serían las adicciones químicas y las adicciones comportamentales. Entre las primeras tenemos la adicción al alcohol, a la nicotina y a las drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, drogas de diseño, etc.). Entre las comportamentales, el juego patológico, el comer compulsivo, el sexo compulsivo, el trabajo compulsivo, las compras compulsivas, etc., junto a la adicción a las nuevas tecnologías (Becoña, 2006a). Entendemos por adicciones solo aquellas que en el sentido clínico cumplen los criterios más atrás comentados y que motivan al sujeto a buscar tratamiento por la incapacidad que ello les produce en su vida cotidiana, como puede ejemplificarse para la adicción al juego, al sexo y al amor romántico, al trabajo, a las compras, a la televisión, a los videojuegos, al ordenador, a internet, a los teléfonos móviles, a la religión y sectas, etc. De estas últimas la que más atención está recibiendo, y que no está recogida en el DMS-IV-TR ni en el CIE-10, es la adicción a Internet (Fitzpatrick, 2008).

La adicción al juego es la que más atención ha recibido desde los años 80 del siglo XX y sus criterios diagnósticos están en el DSM-IV-TR, siendo la única adicción sin sustancias recogida en el mismo aunque dentro del apartado de trastorno de control de impulsos no clasificados en otros apartados. En la Tabla 1.4 indicamos sus criterios diagnósticos. En España, la adicción al juego se relaciona sobre todo con las máquinas tragaperras, debido a las características de funcionamiento de las mismas: fácil accesibilidad, apuestas pequeñas con la posibilidad

de conseguir ganancias proporcionalmente importantes, inmediatez entre la apuesta y el resultado, y manipulación personal de la máquina (a lo que se asocia cierta ilusión de control, y los estímulos visuales y sonoros) (Becoña, 1996; 2004; 2009b; Echeburúa, 1999; Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010).

Tabla 1.4. Criterios diagnósticos del juego patológico según el DSM-IV-TR

- A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
1. preocupación por el juego (por ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar);
 2. necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado e excitación deseado;
 3. fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego;
 4. inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego;
 5. el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión);
 6. después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de “cazar” las propias pérdidas);
 7. se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego;
 8. se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego;
 9. se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
 10. se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
- B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

La persona comienza a jugar de forma gradual, ganando algún premio ocasionalmente, a los que da gran importancia, a la vez que comienza a minimizar las pérdidas. Este proceso refuerza la autoestima y su optimismo frente al juego. Progresivamente, el tiempo y el dinero dedicado al juego va aumentando, y las pérdidas llegan a ser importantes. Con el fin de recuperar el dinero perdido la persona se va endeudando, sin conseguir su objetivo y endeudándose más y más hasta que la situación se vuelve insostenible. Habitualmente, cuando su entorno cercano se percata de la situación, la pérdida del control de impulsos y las consecuencias del juego sobre los distintos ámbitos de su vida son ya bastante graves, y el intento de que el jugador deje su adicción suele tener escasos resultados. Aún así no es extraño que su conducta remita temporalmente y que la familia asuma las deudas contraídas. Lo más probable es que antes o después el jugador recaiga, buscando ocultarlo a su entorno y viéndose de nuevo en

una situación de deudas insostenible, que mantiene la conducta de juego, con la ilusión de la posibilidad de recuperar las pérdidas y volver a la normalidad, hasta que su familia o pareja se percata de lo que está aconteciendo, lo que puede tener dramáticas consecuencias para el jugador y las personas allegadas.

En los jugadores patológicos son característicos ciertos sesgos cognitivos, como la ilusión de control sobre el propio azar, atribución interna de las ganancias y externa de las pérdidas, y una focalización de la atención sobre las ganancias, minimizando las pérdidas. Es habitual también que estas personas consuman alcohol u otras drogas mientras juegan, pudiendo llevar al desarrollo de otras adicciones; que desarrollen patología depresiva y trastornos psicosomáticos; y que su conducta les acarree diversos problemas familiares, sociales, laborales y legales (Echeburúa et al., 2010).

Un tipo de adicción que en algún país, como Estados Unidos, está adquiriendo gran importancia es la *adicción al sexo*. La intervención con las personas denominadas adictas al sexo es un tema de controversia, dado que mientras que para algunos es un problema de adicción, para otros es un problema de conducta. El adicto al sexo, para Griffin-Shelley (1993), habría perdido su capacidad de elección o libertad. Su experiencia se convierte para muchos de ellos en obsesiva. Este autor considera que dentro del sexo y el amor habría unas personas que tienen un gran miedo y evitación a los encuentros románticos y/o sexuales, mientras que otros, por el contrario, estarían muy preocupados por la sexualidad y/o el amor. Esto implicaría que para cualquier conducta habría un estado normal o social, un estado inexistente o de evitación y un estado de alta implicación que acarrearía problemas, en cuyo nivel extremo puede llegar a arruinar la vida del sujeto. Por ello, para Griffin-Shelley (1991, 1993) la definición de adicción al amor y al sexo incluye nueve elementos: “colocarse” (*the high*), la tolerancia, la dependencia, el deseo (*craving*), los síntomas de abstinencia, la obsesión, las conductas compulsivas, el secreto, y los cambios de personalidad. Un adicto al sexo tendría que tener al menos tres de los anteriores criterios.

La *adicción al trabajo* es una característica de nuestra sociedad industrializada, en donde el trabajo y, consiguientemente, el dinero y el poder, están muy asociados. Denominado “trabajo compulsivo” o “borracheo de trabajo”, este problema se detecta fácilmente cuando la persona antepone el trabajo a su familia, a sus amigos, a sus diversiones y, al final, ante sí mismo como persona. La persona con esta adicción puede trabajar diariamente 12 ó 14 horas durante 6 ó 7 días a la semana. Es raro que tome vacaciones, y si las toma padece síndrome de abstinencia: está irritado, inquieto, tiene sentimientos de inutilidad y culpabilidad, llama continuamente al trabajo como si fuese imprescindible, se siente angustiado, etc. Otra característica es que no hay pruebas objetivas de que tenga que hacer esas conductas para que todo siga funcionando igual en su ausencia.

Curiosamente, no siempre obtienen la productividad prevista con el gran número de horas que dedican al trabajo. Esto les lleva a trabajar aún más, cayendo de este modo en un

círculo vicioso en donde nunca hay límite. Esto les lleva a ir poco a poco padeciendo situaciones de estrés, que se puede llegar a convertir en crónico. Por ello muchas personas que cumplen los criterios para el patrón de conducta tipo A son igualmente trabajadores compulsivos. Su modo de comportarse como trabajadores excesivos les lleva en muchos casos a padecer este patrón de conducta, que lleva a que tengan un alto riesgo de padecer enfermedades coronarias y, por tanto, de producirles la muerte.

Quién más sufre las consecuencias del trabajador compulsivo es su familia. No atiende a su esposa ni a sus hijos. En ocasiones el trabajador compulsivo puede quedar agotado, tanto a nivel físico como psicológico. En tales casos su organismo le recuerda que está sobrepasando los límites. Otros, aguantan así muchos años hasta que se derrumban. También es frecuente que si dejan de ser adictos al trabajo cambien por otra adicción (ej., al juego); o bien que otros adictos (ej., al juego), cuando dejan su adicción trabajen más horas o incansablemente y lleguen incluso a ser adictos al trabajo. La crisis suele permitirle darse cuenta del problema. Si se lleva a cabo una adecuada intervención con estas personas se puede reorganizar su vida.

La adicción a las *compras compulsivas* es un nuevo problema en nuestras sociedades industrializadas (Rodríguez-Villarino, 2005). Una de sus características es que la persona que padece este problema compra cualquier cosa que vea no por su utilidad, sino por el hecho de comprarlo o por “si algún día” puede llegar a precisarlo, haciendo compras de lo más disparatadas, de poco dinero la mayor parte de ellas, pero en gran número y variedad. Ello acarrea quedarse sin dinero, tener que pedir créditos, impagos de los mismos, etc. Suele detectarse este tipo de patrón en personas que compran en grandes almacenes, ya que en ellos encuentran los más variados artículos y pueden realizar las compras con tarjetas de crédito. Igualmente, la utilización de tarjetas de crédito favorece la compra compulsiva, ya que sólo se ve el refuerzo, “la compra del objeto”, pero no las consecuencias (“quedarse sin dinero”), ya que el dinero de plástico en ese momento es sólo eso, plástico, y no aprecian que luego hay que hacerle frente con dinero real.

Este problema se da más frecuentemente en mujeres, por ser ellas las que suelen hacer la mayor cantidad de compras en la vida diaria, alimentación, hogar, para la familia, etc. (Becoña, 2009a). En hombres, cuando se da, puede llevarles a la ruina económica, especialmente si tienen una empresa y compran grandes cantidades de modo irracional respecto a la posibilidad de venta, o compras superfluas que no son útiles.

Otras nuevas adicciones las tenemos con la *televisión, ordenador, teléfono móvil, etc.* (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009), en donde la persona orienta toda su vida a estar pendiente de la misma, llegando a abandonar otras actividades, especialmente en adolescentes, quienes con la excusa de su adicción abandonan sus estudios, o para superar otro problema se refugian en la misma; las amas de casa que dejan de cumplir sus obligaciones familiares; etc. En muchas ocasiones es importante el estado emocional de esa persona. Así, una persona con depresión

puede refugiarse en la televisión para superarla. Ver la televisión le permite encontrarse en un estado semi-disociativo y, de este modo, no estar deprimida pero quizás ello le puede llevar a destruir su vida. Con el móvil se evade de la realidad, con el ordenador y el acceso a Internet se ve otra persona, etc. En estas adicciones influye de modo importante el estar en casa, el aislamiento o el tener pocos amigos.

Una adicción que va cogiendo importancia año a año en los países industrializados, y sobre todo en jóvenes, son los *videojuegos*. Los mismos están asociados con la adicción a la televisión y con el juego patológico (Estallo, 2009). Concretamente algunos padres dejan que sus hijos vean la televisión un gran número de horas, adquiriendo una dependencia de la misma. Con posterioridad les regalan un aparato de videojuegos y pueden adquirir una dependencia a los mismos. El retarse a uno mismo, o a otros, o el intentar superar las marcas le lleva a mantenerse en la conducta y sufrir la tolerancia, por lo que incrementan el tiempo que le dedican a los mismos.

Relacionado con estas adicciones, o independientemente, está la *adicción al ordenador* y más recientemente van surgiendo casos de *adicción a Internet* (Echeburúa, 1999; Ko et al., 2005). Puede darse en personas que cambian de una adicción a otra, por ejemplo de ser trabajador compulsivo a adicto al ordenador, por poseer uno y poder utilizarlo todo el tiempo que quieran, o bien las personas que juegan a los videojuegos a través del ordenador pueden adquirir también dependencia al mismo. Como ocurre con otras adicciones, aspectos de ocio, tiempo libre, facilidad de uso, acceso a información, etc., si no se saben usar adecuadamente, o dosificar la cantidad de tiempo dedicado, pueden llegar a ser adictivos y en vez de ayudar a la persona a vivir mejor pueden ser un impedimento en su vida cotidiana o personal.

El fenómeno de Internet es nuevo, tan nuevo, que hace pocos años nadie se podía imaginar que tuviese el desarrollo que ya tiene hoy. Pero también aparecen los adictos a Internet. Tener toda la información (subjetivamente, el acceso al mundo) disponible en una pantalla puede llevar a algunas personas a no diferenciar lo real (el mundo real) del mundo semi-real o representado (el de la pantalla de ordenador) y, especialmente, a no saber organizar el tiempo y creer que el tiempo se optimiza mejor accediendo a la información por Internet. Es un nuevo fenómeno que va a ser de gran relevancia en poco tiempo.

6. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 1994).
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.

- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones*, 16, 173-183.
- Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*, 13, 349-369.
- Becoña, E. (2006a). *Adicción a las nuevas tecnologías*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Becoña, E. (2006b). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, edición revisada, vol. 1* (pp. 375-402). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (2009a). Factores de riesgo y de protección en la adicción a las nuevas tecnologías. En E. Echeburúa, F. Labrador y E. Becoña (Eds.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 77-97). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2009b). Spain. En G. Meyer, T. Hayer y M. Griffiths (Eds.), *Problem gambling in Europe. Challenges, prevention, and interventions* (pp. 281-298). Nueva York: Springer.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (Eds.) (2011). *Manual de trastornos adictivos*. Madrid: Adamed.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M.,...Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 193-202.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006). *Informe sobre Cannabis*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeCannabis.pdf>
- Doll, R. y Hill, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *British Medical Journal*, 1, 1451-1455.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J. y Becoña, E. (Eds.) (2009). *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. J. (Coord.) (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Estallo, J.A. (2009). El diagnóstico de “adicción a los videojuegos”: uso, abuso y dependencia. En E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña (Coord.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes* (pp. 151-167). Madrid: Pirámide.
- Grupo de Estudios sobre el Cannabis (2004). *Informe sobre el cannabis 2004. Análisis de situación y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Fitzpatrick, J.J. (2008). Internet addiction: Recognition and interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 59-60.

- Galanter, M. y Kleber, H. D. (Eds.) (2008). *Textbook of substance abuse treatment*. Washington, D.C.: The American Psychiatric Publishing.
- Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge
- Griffin-Shelley, E. (1991). *Sex and love: Addiction, treatment and recovery*. Nueva York: Praeger
- Griffin-Shelley, E. (Ed.) (1993). *Outpatient treatment of sex and love addicts*. Westport, CO/Londres, Reino Unido: Praeger.
- Jacobs, D.F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En H. J. Shaffer; S. A. Stein; B. Gambino y T. N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Neale, M. C. y Prescott, C. A. (2000). Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Archives of General Psychiatry*, 57, 261-269.
- Ko, C-H., Yen, J-Y., Chen, C-C., Chen, S-H. y Yen, C-F. (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193, 728-733.
- Lorenzo, M. C. (2005). *Alcoholismo*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Disponible en www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta2006/encuesta.htm.
- Montes, A., Pérez, M. y Gestal, J. J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 75-82.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pereiro, C. (2005). *Drogas*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Rodríguez, F. (2005). *Consumismo*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Schuckit, M. A. (2006). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva York: Springer.

CAPÍTULO 2

NEUROBIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

1. CONCEPTOS REFERIDOS AL USO DE SUSTANCIAS: ABUSO, DEPENDENCIA, TOLERANCIA, SÍNDROME DE ABSTINENCIA Y CRAVING

Tradicionalmente se ha venido empleando el término de *abuso* para referirse al patrón de uso de una sustancia fuera de los márgenes social o médicamente aceptados en una determinada cultura. Se conoce por *hábito* el conjunto de conductas repetitivas que un individuo realiza, en este caso el consumo de una droga, pero sin mediar todavía el fenómeno de la tolerancia y dependencia, esto es, aún sin llegar a la necesidad de aumento de dosis. A diferencia de este concepto, la *adicción* se define por la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras, aún sabiendo que a medio y largo plazo dicha conducta produce efectos negativos a diferentes niveles. Este concepto es equiparable, en los sistemas internacionales de clasificación, al de dependencia.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), *dependencia* es un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican pérdida de control del uso de una sustancia psicoactiva y en la que el sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella; existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, al síndrome de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El proceso básico por el que una persona se hace adicta a una sustancia se inicia con pequeños consumos de la sustancia, que favorecen la compulsión de seguir consumiendo (efecto *priming*) y la aparición del *craving* o necesidad imperiosa de consumo. Cuando este abuso se hace crónico, se produce en el cerebro una *neuroadaptación* que hace que la persona sufra los efectos de tolerancia y abstinencia, definiéndose de esta manera el fenómeno de la dependencia.

Se define como *craving* aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica. Recoge este término aspectos fisiológicos (tolerancia, abstinencia, búsqueda del efecto euforizante de las sustancias) y psicológicos (incluidos los promovidos por la interacción social).

Por *tolerancia* se entiende la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado, o una disminución notable de los efectos de la dosis habitual de la droga usada con continuidad. Clásicamente se había venido hablando de tolerancia física y de tolerancia psíquica. Hoy día no tiene sentido establecer dichas diferenciaciones, dado que en mayor o menor medida, la tolerancia implica ambos constructos. Evidentemente cada sustancia tiene su potencial diferente de crear tolerancia y dependencia, influyendo además las características de cada sujeto en la individualidad de dichos efectos.

El *síndrome de abstinencia* es un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el sujeto dependiente de una sustancia cuando se suspende la toma de la misma de manera brusca. Obviamente su clínica, intensidad y duración, dependen, entre otros factores, del tipo de sustancia. Generalmente se inicia dicho cuadro a las pocas horas del último consumo (de ahí que muchos toxicómanos aleguen necesitar una dosis para evitar el cuadro de abstinencia, vulgarmente conocido como “mono”) y suele perdurar con mayor o menor intensidad unos cuantos días tras ese último consumo. Este cuadro, el de abstinencia, se relaciona por tanto con el mantenimiento de la conducta adictiva y también con la recaída en la misma, si bien no es el único factor determinante (American Psychiatric Association, 1994, 2000; Organización Mundial de la Salud, 1992; Miller y Gold, 1991).

Estos hallazgos clínicos (abstinencia, tolerancia, dependencia, etc.) tienen en el sistema nervioso central su correlato fisiológico.

2. NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN

2.1. Circuito de recompensa

El circuito del placer o circuito de recompensa desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas. Se trata de un circuito cerebral existente no sólo en el ser humano sino compartido con la gran mayoría de los animales. Es, por tanto, un sistema primitivo. De manera natural, este circuito es básico para la supervivencia del individuo y de la especie, ya que de él dependen actividades placenteras como la alimentación, la reproducción, etc. La activación del circuito de recompensa facilita el aprendizaje y el mantenimiento de las conductas de acercamiento y consumatorias, en principio, importantes y útiles para la adaptación y la supervivencia. De alguna manera, el consumo de sustancias no hace sino secuestrar, piratear, pervertir dicho circuito del placer, y consigue que el sujeto aprenda y tienda a realizar conductas de consumo de la sustancia, así

como a mantener en su memoria estímulos contextuales que posteriormente pueden servir de desencadenantes del consumo. Así, el circuito de recompensa es una vía común de reforzadores tanto naturales como artificiales (como las drogas) (Damasio, 1994; Verdejo y Bechara, 2009). Esta misma vía, parece ser común para otro tipo de adicciones, conductuales, como son la adicción al juego (ludopatía), el uso de Internet, etc.

El objetivo último del sistema de recompensa es perpetuar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias, ya sea de manera directa o indirecta, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto tienda a volver a consumir (Tirapu, Landa y Lorea, 2004).

La investigación en modelos animales ha permitido aclarar que uno de los mecanismos que participa en las conductas adictivas es el sistema mesocorticolímbico, formado por estructuras del cerebro medio como el Área Tegmental Ventral (ATV) y la sustancia negra, y del cerebro anterior (amígdala, tálamo, hipocampo, corteza cingulada y corteza prefrontal) entre otras áreas. Dicho sistema en su conjunto recibe el nombre de circuito del placer o de recompensa (Volkow, Fowler y Wang, 2004).

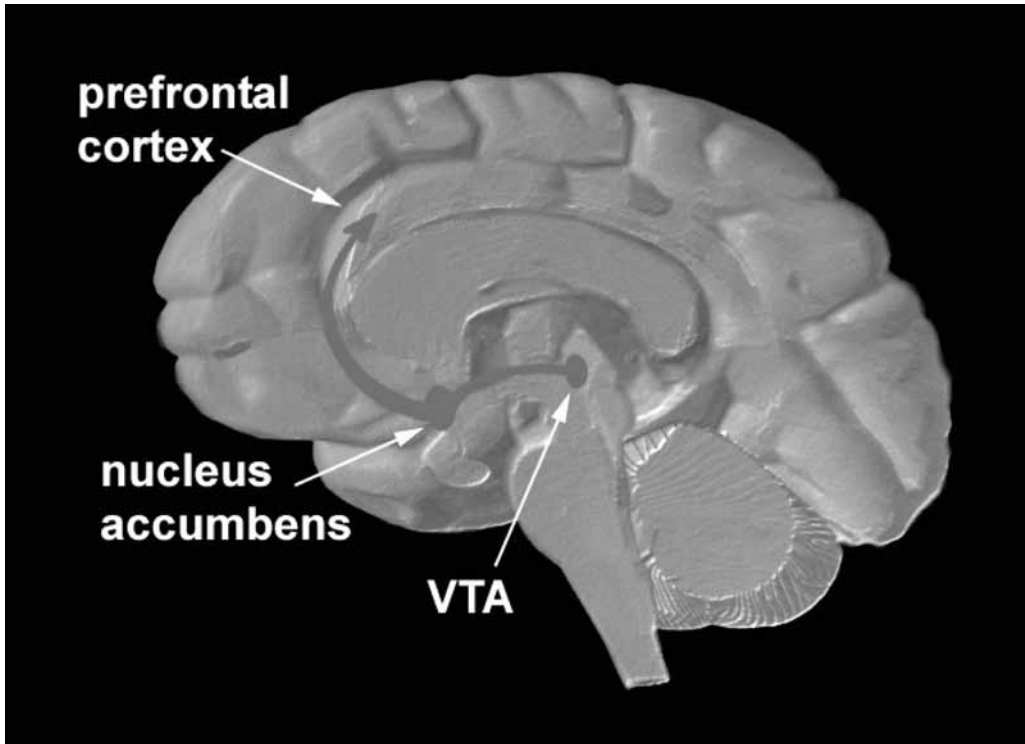
Se trata de un circuito de alta complejidad que implica diferentes vías de comunicación entre diversas áreas cerebrales. Así, el ATV recibe aferencias entorrinales, corticales prefrontales y otras procedentes de regiones límbicas como la amígdala y el hipotálamo lateral. También recibe proyecciones del locus coeruleus y de los núcleos del rafe, así como del hipotálamo lateral y la corteza prefrontal (a los que a su vez envía eferencias). El ATV envía proyecciones hacia el núcleo accumbens (NAc). Éste a su vez se conecta mediante aferencias y eferencias con el hipotálamo lateral (influyendo en secreciones neuroendocrinas) y la corteza prefrontal. Igualmente este núcleo se conecta con estructuras límbicas como la amígdala y el hipocampo, y con el tálamo dorsomedial. La función del NAc es la de convertir señales recibidas del sistema límbico en acciones motivacionales a través de sus conexiones con el sistema motor extrapiramidal. Este núcleo también se conecta con los núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco y de la médula y con el núcleo pálido ventral y globo pálido subcomisural; es decir, integra funciones motor-visceral y motor-somáticas (Everitt y Robbins, 2005).

De una manera más sencilla, el circuito de recompensa se compone de dos grandes vías denominadas mesolímbica y mesocortical (en su conjunto denominadas mesocorticolímbica), los núcleos del rafe y la amígdala (Goldstein y Volkow, 2002).

La vía mesolímbica, de tono dopaminérgico, conecta el ATV (cerebro medio) con el sistema límbico vía NAc, amígdala e hipocampo, así como con la corteza prefrontal (cerebro anterior basal). El NAc recibe inervación dopaminérgica del ATV y glutamatérgica de amígdala, hipocampo y corteza prefrontal. La parte nuclear del circuito de recompensa es la que implica

la comunicación entre el ATV y el NAc (o núcleo del placer) a través del haz prosencefálico medial de la vía mesolímbica. La estimulación del ATV supone la liberación de dopamina en el NAc, provocando euforia y placer, que es lo que hace que el sujeto quiera volver a consumir. La vía mesocortical conecta el ATV con la corteza cerebral, sobre todo con el lóbulo frontal (Bechara, 2005; Li y Sinha, 2008).

En los últimos años se está contrastando que áreas cerebrales, como la ínsula, desempeñan un papel más importante del que inicialmente se consideraba en la adicción a sustancias.



(Imagen por cortesía del NIDA).

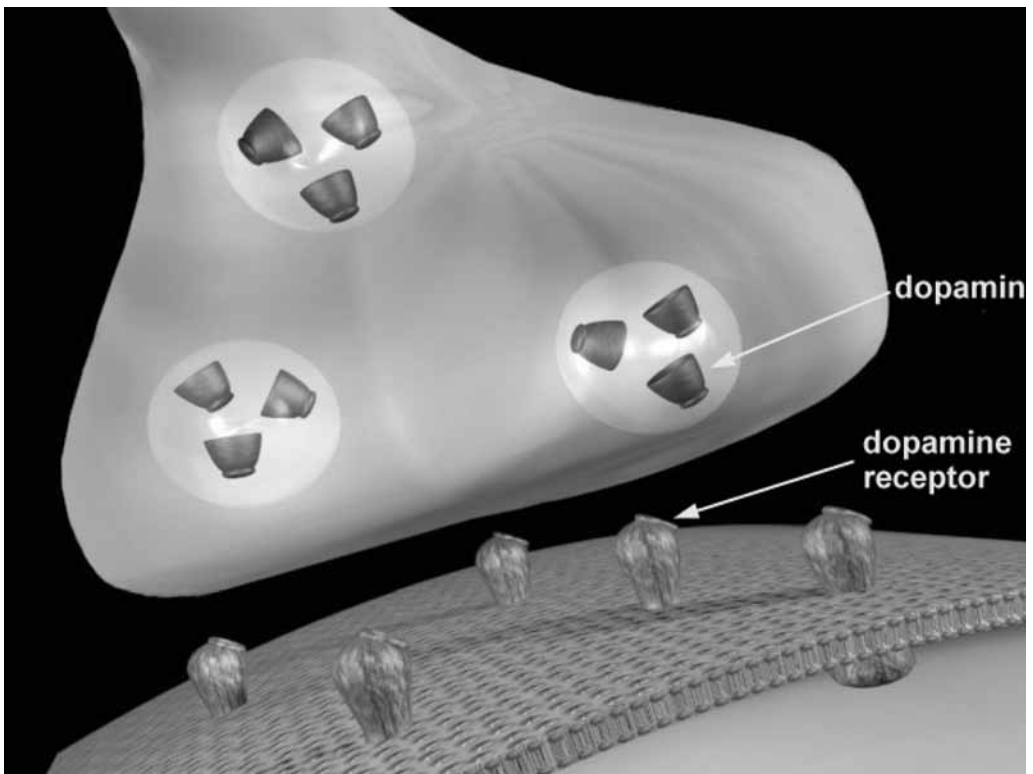
2.2. Neurotransmisores implicados: la dopamina

La dopamina es el neurotransmisor clave en el circuito de recompensa (especialmente en las proyecciones y conexiones dopaminérgicas entre el Área Tegmental Ventral y el Núcleo Accumbens). El NAc, como ya se ha descrito, es un lugar crítico dentro del circuito de recompensa ya que de él depende la sensación de euforia y desencadena muchos de los efectos conductuales de las sustancias adictivas.

La dopamina se encarga de manera directa de establecer y regular las sinapsis que componen dicho circuito. En una situación normal, la llegada de un estímulo placentero supone

la liberación de dopamina al espacio presináptico, estimulando los receptores postsinápticos. Dichos receptores pertenecen a dos grandes familias, los tipo D1 y los tipo D2. Una vez que ésta ha cumplido su objetivo, es reintroducida a la neurona de origen por la bomba de recaptación de dopamina. A día de hoy no se conoce de manera completa el papel que juegan cada uno de los tipos de receptores dopaminérgicos, y su funcionamiento parece más complejo de lo que inicialmente se suponía (Koob y Blom, 1998).

El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y por tanto de su actividad, que conlleva una intensificación en la sensación de placer. No obstante, el consumo crónico ya no parece producir mayor liberación de dopamina, sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor, con una reducción de los del subtipo D2 y un incremento de los del subtipo D1. Clínicamente esto se manifiesta en la tolerancia, es decir, en la necesidad de un mayor consumo de sustancia para lograr un mismo efecto. La disminución de la dopamina y los cambios neuroadaptativos consiguientes hacen que el sujeto potencie el consumo de la sustancia como manera de mantener constante el grado de estimulación (Bardo, 1998; Kelley, 2004; Dalley et al., 2007).



(Imagen por cortesía del NIDA).

Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor implicado en el circuito de recompensa. Otros neurotransmisores están involucrados. Así, la serotonina actúa regulando este circuito a través de su acción sobre el hipotálamo; los opiáceos y el GABA lo hacen sobre el ATV y el NAc. La noradrenalina, por su parte, procede del locus coeruleus liberándose en el hipocampo (Nestler, 2005).

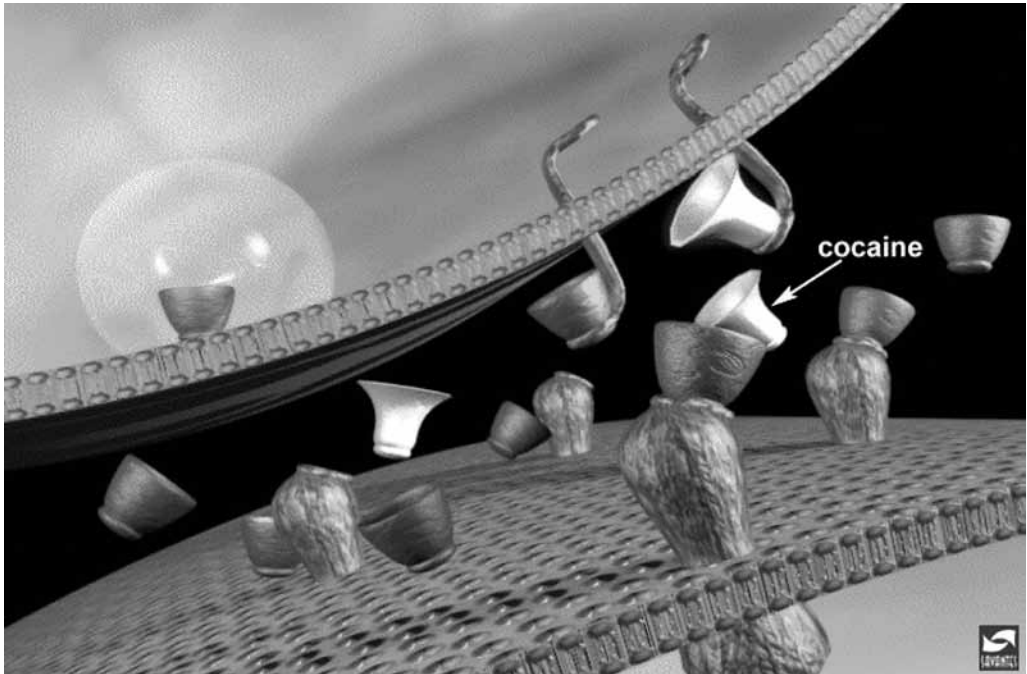
Otra vía de perpetuación de la condición adictiva podría establecerse a través del efecto de las sustancias sobre los sistemas hormonales, en especial sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). La hiperactivación de dicho sistema en sujetos adictos facilitaría a su vez el mantenimiento de la adicción al deteriorar su estado físico e inmunológico (Sinhá, Garcia, Paliwal, Kreek y Rounsaville, 2006).

Un dato importante es que aunque las diversas sustancias tengan composiciones químicas diferentes e inicialmente actúen sobre sistemas distintos, todas ellas, por procesos de neuromodulación e interacción entre los sistemas, acaban implicando al sistema de recompensa.

Es decir, en los últimos años se está prestando especial atención a otros mecanismos de refuerzo independientes de la transmisión directa de dopamina. Determinadas sustancias parecen actuar sobre otras regiones del Sistema Nervioso Central a través de otros neurotransmisores. Estos otros sistemas a su vez ejercen un efecto modulador sobre la dopamina y el circuito de recompensa. Entre los diversos sistemas estudiados conviene señalar la importancia que tienen, en función del tipo de sustancia, los relacionados con neurotransmisores GABAérgicos, opioides, noradrenérgicos, serotoninérgicos o glutamatérgicos. Estos neurotransmisores podrían modular los efectos de la dopamina a través de su acción en el mismo sistema mesoestriatal o a través de su actividad en otras áreas cerebrales, que a su vez influirían sobre el sistema de recompensa (Fernández, 2002; Kalivas, 2009).

2.3. Cocaína y psicoestimulantes

La cocaína y los psicoestimulantes en general actúan directamente sobre el sistema de recompensa, siendo especialmente intenso su efecto sobre las neuronas del ATV y NAc. Su mecanismo de acción principal es la inhibición de la bomba de recaptación de dopamina (con lo que incrementan la cantidad y tiempo de exposición de dicha sustancia). Por otra parte activan directamente los receptores dopaminérgicos postsinápticos. Todo ello conduce a una hipersensibilidad de los receptores D1 y D2 postsinápticos. Estas sustancias alteran, también, otros sistemas cerebrales y actúan sobre otros neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina (a través de la inhibición de las bombas de recaptación respectivas). Los lugares de acción de la cocaína son el NAc, corteza prefrontal media, núcleos caudado y putamen e hipocampo (Dalley et al., 2007; Belin, Mar, Dalley, Robbin y Everit, 2008).



(Imagen por cortesía del NIDA).

2.4. Opiáceos

Existe una íntima relación entre el sistema opioide y otros sistemas (GABA, dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico...), lo que explica las repercusiones que, a muy diversos niveles de funcionamiento, condicionan su dependencia. Los opiáceos actúan en el sistema de recompensa a través de su acción sobre las neuronas GABAérgicas del ATV. La acción sobre receptores *mu* inhibe dichas neuronas, lo que a su vez supone un incremento de la liberación de dopamina en el NAc. La privación de las sustancias opiáceas exógenas produce un proceso de hiperactividad del locus coeruleus provocándose la clínica de abstinencia a opiáceos.

Los procesos íntimos que explican la dependencia están basados en la regulación homeostática de las endorfinas y sus receptores. Parece demostrado que los cambios postsinápticos (número y sensibilidad de receptores, modificaciones de segundo mensajero, alteración en los canales...) son más marcados que los que tienen lugar en las porciones presinápticas.

En general se acepta que la dependencia y abstinencia a opiáceos quedan más directamente relacionadas con sistemas de segundos mensajeros, proteína G y fosfoproteínas postsinápticas; en tanto que la tolerancia parece más marcada por cambios en el contenido de Ca^{++} (aumentando en el caso de administraciones crónicas de opiáceos) y alteraciones del sistema AMPc-adenilciclase. Estos cambios neurofisiológicos que provocan tolerancia transcurren parejos a las modificaciones que determinan la dependencia.

2.5. Alcohol

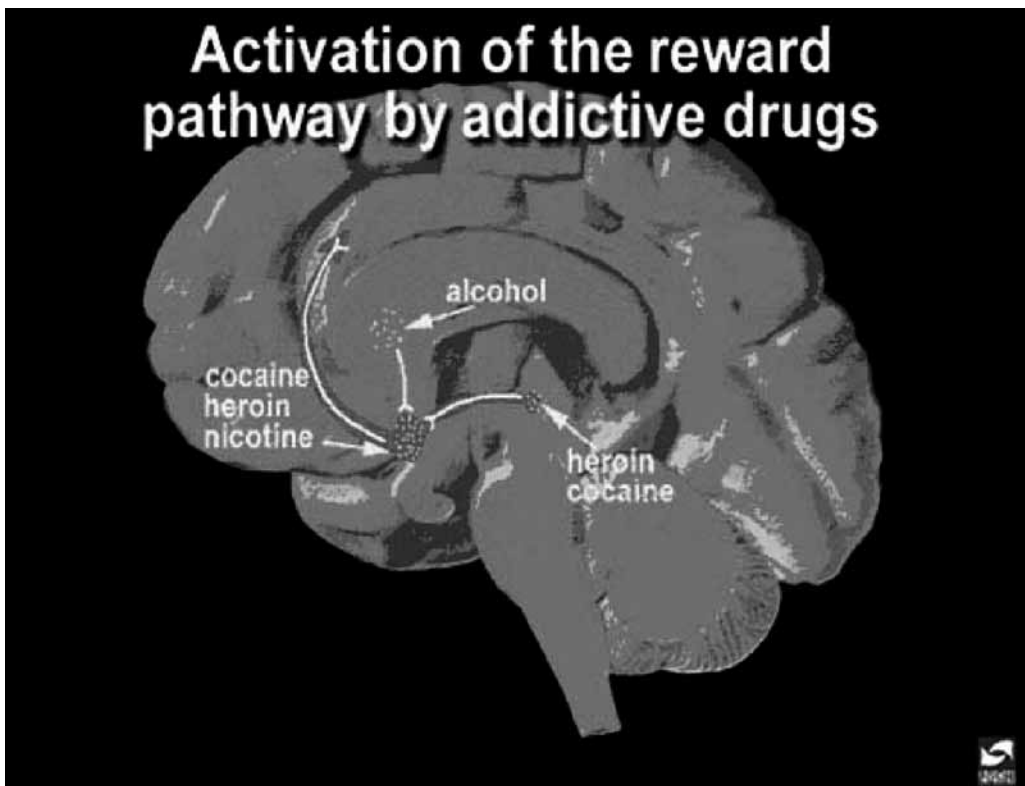
El alcohol actúa a través de su acción sobre sistemas GABA, glutamato, dopaminérgico y opioide endógeno, sin que se conozcan receptores específicos para esta sustancia. Estas interacciones acabarían activando el sistema de recompensa, por lo que el consumo de alcohol, al menos inicialmente, supondría una conducta placentera (Ayesta, 2002; Faingold, N´Gouemo y Riaz, 1998).

2.6. Drogas de diseño

El efecto de las drogas de síntesis es básicamente serotoninérgico. Sin embargo también actúan sobre receptores dopaminérgicos. Su consumo facilitaría la liberación desde neuronas que provienen del ATV de ambas sustancias en el NAc.

2.7. Cannabis

El cannabis y sus derivados ejercen su efecto principal sobre los receptores del sistema endocannabinoide, en especial receptores CB1 del ATV, que a su vez favorecería, a través de sus proyecciones, la liberación de dopamina en el NAc. Receptores CB1 también se han encontrado en los ganglios basales, hipocampo, cerebelo y corteza cerebral. El cannabis también interaccionaría con el sistema opioide, modulándolo.



(Imagen por cortesía del NIDA).

3. VULNERABILIDAD Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Un aspecto esencial es que existe una vulnerabilidad personal hacia la adicción. Este dato parece hoy día poco cuestionable; el problema estriba en que de momento no se puede predecir qué persona concreta tiene ese mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad adictiva. Se puede afirmar, por tanto, que la dependencia a una sustancia es fruto de la interacción de factores biológicos (la vulnerabilidad personal y susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales. Una exposición mantenida a una determinada sustancia supone una adaptación o neuroregulación cerebral de los diversos sistemas afectados por dicha sustancia, que contribuirá al mantenimiento de la conducta adictiva. Estos cambios afectan a regiones cerebrales de las que dependen funciones tan básicas como la percepción de recompensa, la motivación y voluntad, la memoria, el aprendizaje, la toma de decisiones, la impulsividad, el aprendizaje de errores... La vulnerabilidad personal quedaría expuesta en las fases de inicio del consumo. Aquellos sujetos especialmente vulnerables presentarían más tempranamente, y con mayor intensidad, alteraciones en dichas áreas y, por tanto, en dichas funciones, lo que facilitaría el paso del consumo puntual a la dependencia y el mantenimiento de la misma (Ambrosio, 2003).

En los últimos años se está prestando especial atención a la reversibilidad de dichos cambios. En el caso de las alteraciones producidas por algunas sustancias, como puede ser la cocaína, dichos cambios no parecen del todo reversibles, por lo que actuarían como factores facilitadores de la recaída. La presencia en un momento dado de determinados factores psicosociales de riesgo (estímulos) facilitaría el reinicio del consumo y rápidamente el paso al estadio de dependencia. De alguna manera la adicción pasaría a concebirse entonces como una enfermedad crónica en la que la posibilidad de la recaída está siempre presente. Esta experiencia es frecuente, por ejemplo, en los sujetos dependientes de alcohol que, tras años abstinentes, recuerdan que “un alcohólico lo es durante toda la vida” (Redish, Jensen y Johnson, 2008).

Junto a los factores neurobiológicos, cabe destacar que existen otra serie de factores, algunos protectores, otros de riesgo; algunos biológicos, otros psicológicos y sociales (ambientales), que condicionan la dependencia interaccionando con los factores puramente genéticos. La adicción, por tanto, no se explica sólo por factores de vulnerabilidad genética. En el paso del consumo puntual a la dependencia intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos. La personalidad, el ambiente educativo, la disponibilidad y accesibilidad de la sustancia, la integración en actividades y grupos saludables, los reforzadores negativos, etc., son algunos de los factores ambientales que condicionarán la dependencia. Igualmente, se conoce desde hace unos años la importancia que tienen los procesos de aprendizaje en el inicio y el mantenimiento de una adicción, así como en la recaída.

4. REFERENCIAS

- Ambrosio, E. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones*, 15, 187-190.
- American Psychiatric Association (1994). *D.S.M.-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association (trad. cast., Barcelona: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2000). *D.S.M.-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised Text*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association (trad. cast., Barcelona: Masson, 2002).
- Ayesta, F. J. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Adicciones*, 14, 63-78.
- Bardo, M. T. (1998). Neuropharmacological mechanisms of drug reward: Beyond dopamine in the nucleus accumbens. *Critical Reviews in Neurobiology*, 12, 37-67.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: A neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8, 1458-1463.
- Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbin, T. W. y Everit, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320, 1352-1355.
- Dalley, J. W., Fryer, T. D., Brichard, L., Robinson, E. S., Theobald, D. E., Lääne, K.,... Robbins, T. W. (2007). Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. *Science*, 315, 1267-1270.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes: Emoción y razonamiento en el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.
- Everitt, B. J. y Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: From actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 1481-1489.
- Faingold, C. L., N´Gouemo, P. y Riaz, A. (1998). Ethanol and neurotransmitter interactions: From molecular to integrative effects. *Progress in Neurobiology*, 55, 509-535.
- Fernández, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de Neurología*, 34, 659-664.
- Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.
- Kalivas, P. W. (2009). The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 561-572.
- Kelley, A. E. (2004). Memory and addiction: Shared neural circuitry and molecular mechanisms. *Neuron*, 44, 161-179.

- Koob, G. F. y Bloom, F. E. (1998). Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science*, 242, 715-723.
- Li, C. S. y Sinha, R. (2008). Inhibitory control and emotional stress regulation: Neuroimaging evidence for frontal-limbic dysfunction in psycho-stimulant addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32, 581-597.
- Miller, N. S. y Gold, M. S. (1991). Dependence syndrome -a critical analysis of essential features. *Psychiatric Annals*, 21, 282-291.
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8, 1445-1449.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Redish, A. D., Jensen, S. y Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 415-437.
- Sinhá, R., Garcia, M., Paliwal, P., Kreek, M. J. y Rounsaville, B. J. (2006). Stress-induced cocaine craving and hypothalamic-pituitary-adrenal responses are predictive of cocaine relapse outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 63, 324-331.
- Tirapu, J., Landa, N. y Lorea I. (2004). *Cerebro y adicción. Una guía comprensiva*. Pamplona: Ediciones Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Verdejo, A. y Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Volkow, N., Fowler, J. S. y Wang, G. J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: Brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology*, 47, 3-13.

CAPÍTULO 3

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LAS ADICCIONES

1. INTRODUCCIÓN

El empleo de sustancias psicoactivas constituye una práctica cultural que existe prácticamente desde el inicio de los tiempos y que está profunda, y muchas veces, indisolublemente ligada a la comprensión del hombre y de la vida. La forma en que las sociedades emplean las distintas drogas, las finalidades con las que lo hacen (por ejemplo, lúdica, médico-curativa o mágico-religiosa) y las actitudes de sus miembros hacia ellas, constituyen indicadores de su evolución, ayudándonos a comprender su dinámica interna, tanto diacrónica como sincrónicamente. Por tanto, posiblemente no se pueda comprender adecuadamente la historia y la cosmovisión de una civilización si no se realiza también un abordaje a sus sustancias y a la idiosincrasia de su uso y abuso.

Por otra parte, en el caso de nuestra civilización, a la que Huntington (1997) denomina Occidental, y que comprende a Europa y Norteamérica, basta ojear cualquier medio de comunicación o publicación de organismos oficiales o científicos para comprobar que el empleo de sustancias ilegales se considera un problema de orden mundial, causante de graves daños a nivel individual, familiar, comunitario e incluso internacional. Así, los recursos políticos, sociales y, por tanto, monetarios destinados en la actualidad por los gobiernos y por entidades privadas al intento de reducción de los efectos perjudiciales del consumo de sustancias, y de toda la dinámica económica y política que lleva aparejada, ascienden a cifras astronómicas. En el caso concreto de España las estimaciones hechas por García-Altés, Ollé, Antoñanzas y Colom (2002) para ese mismo año, ascendían a una cantidad mínima de 88.000 millones de pesetas (529 millones de euros), en las que se incluían tanto los gastos directos (costes sanitarios, prevención, educación, investigación, costes administrativos, costes de las

organizaciones no gubernamentales y costes relacionados con la comisión de crímenes) como los indirectos (pérdida de productividad asociada a la mortalidad y a la hospitalización de las personas consumidoras) para las drogas ilegales. A esto habría que sumar el abultado coste de las drogas legales, el alcohol y el tabaco.

A la Psicología, como ciencia que estudia el comportamiento humano, para comprender sus actos y conducta observable, sus procesos mentales (cogniciones, sensaciones, pensamientos, memoria, motivación) y todos aquellos procesos que permiten explicar la conducta en contextos concretos (Becoña, 2007), le corresponde un papel importante en la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias, así como en la consiguiente elaboración de programas de tratamiento y prevención, más eficaces y eficientes.

2. EL DESARROLLO DE LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

Como señalamos previamente, el consumo de sustancias es un fenómeno universal a todas las culturas, y que afecta a numerosos individuos, que las utilizan en algún momento de su vida. Sin embargo, el paso del uso a la dependencia de las drogas no es un proceso inmediato, sino que supone un proceso más complejo, que pasa por distintas etapas: 1) fase previa o de predisposición, 2) fase de conocimiento, 3) fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias, 4) fase de consolidación, 5) abandono o mantenimiento y 6) una posible fase de recaída (Becoña, 2002).

La fase previa o de predisposición hace referencia a una serie de factores de riesgo y protección que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias, y que podemos clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales. La fase de conocimiento, que está íntimamente vinculada a la disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo, consiste en el conocimiento de la misma, así como de sus efectos psicoactivos, tanto de forma activa como pasiva. Tras el conocimiento puede tener lugar la experimentación e inicio al consumo de sustancias, o bien que el sujeto continúe sin consumir. La elección de una u otra opción está relacionada con una serie de factores de riesgo y protección (constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, e intelectuales y académicos) ligados a la adolescencia y a la adultez temprana, que suele ser la etapa del desarrollo en que se inicia el consumo de sustancias (Plan Nacional sobre Drogas, 2008). La fase de consolidación es el período en que se da un paso del uso al abuso y a la dependencia, lo que dependerá fundamentalmente de las consecuencias positivas y negativas asociadas al consumo, y que estarán relacionadas con sus iguales, con su familia y con la propia persona. Es, además, en esta fase donde puede producirse un aumento del consumo y la transición a otro tipo de sustancias más peligrosas. Cuando la dependencia se mantiene en el tiempo podemos hablar de una adicción consolidada. La fase de abandono o mantenimiento requiere una conciencia del individuo de que las consecuencias negativas del consumo son más importantes que las positivas, pudiendo producirse aquélla por

causas externas, como la presión del entorno (familiar, pareja, legal, sanitario), o internas. Es en esta fase donde los distintos tratamientos para el abandono del consumo cobran una especial importancia en la consecución y mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Por último, existe una fase de recaída, muy habitual en el proceso de abandono de las sustancias, y que puede producirse incluso años después del último consumo.

3. LA ADOLESCENCIA Y EL PASO A LA ADULTEZ: UNA ETAPA DEL DESARROLLO CLAVE EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La adolescencia es un período caracterizado por el cambio en las distintas facetas de la vida, y supone el paso gradual de la infancia a la adultez. En esta etapa del desarrollo, la persona tendrá como una de las principales tareas la elaboración del concepto de “sí misma”, de su identidad, frente a la confusión reinante en su vida en ese momento (Erikson, 1977). Esta tarea puede durar hasta la edad psicológica adulta, e implica sucesivos estados de identidad en los que el individuo ha de comprometerse activamente para solucionar las distintas crisis: difusión de identidad (ausencia de compromiso y de crisis), aceptación sin raciocinio (ausencia de crisis, compromiso con los valores de otra figura significativa), moratoria (situación de crisis, valoración de las distintas alternativas) y, por último, el logro de la identidad (Marcia, 1966).

El proceso de búsqueda de la identidad, que habitualmente se asocia a una progresiva independencia del grupo familiar y a una creciente influencia del grupo de iguales (Andrews, Tildesley, Hops y Fuzhong, 2002; Hay y Ashman, 2003), hace de la adolescencia un período crítico en lo que se refiere a las conductas de riesgo en general, y concretamente al uso de sustancias, siendo el momento en que se comienza a experimentar con ellas y donde se produce la mayor prevalencia de consumos. De todas formas, hemos de señalar que, en la mayoría de los casos, el empleo de sustancias ilegales es esporádico y remite al final de la adolescencia, considerándolo, incluso, algunos autores como parte del proceso de individuación (Aquilino y Supple, 2001). Por ejemplo, Von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler, Sonntag y Wittchen (2001) encontraron en su investigación que aproximadamente la mitad de consumidores de cannabis durante la adolescencia abandonan su uso durante la década de los 20, y que sólo un 8% de ellos llegan a presentar abuso o dependencia. El paso a la adultez, marcado principalmente por el inicio de la actividad laboral y la formación de una familia propia, es un factor que parece fundamental en la disminución del consumo de sustancias (Becoña y Calafat, 2006), y el retraso generalizado en nuestra sociedad de la asunción del rol de adulto podría explicar la extensión del consumo hasta la adultez temprana (Arnett, 2005). Sin embargo, otros datos señalan que el consumo de sustancias al inicio de la década de los 20 está relacionado con el que se realiza al final de la misma (p. ej., Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2000), y parte de los adolescentes que usan las drogas acabarán desarrollando una dependencia que condicionará de forma importante numerosos ámbitos de su vida en un futuro. Por tanto, será fundamental

conocer las variables que aumentan y disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias, así como aquellas que facilitan o dificultan que el mismo se mantenga a lo largo del tiempo, con el objeto de desarrollar programas dirigidos a la prevención y tratamiento de las adicciones.

4. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LAS ADICCIONES

Entendemos por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. Y, por factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992). Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Existe una serie de principios generales que Clayton (1992) afirma que debemos tener presentes al referirnos a los factores de riesgo: 1) los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto; obviamente si un factor de riesgo está presente, es más probable que el individuo use o abuse de las sustancias que cuando no lo está; 2) la presencia de un solo factor de riesgo no determina que se vaya a producir el abuso de sustancias, ni su ausencia implica que no se dé; 3) el número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados; 4) la mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas; y, 5) las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

En las siguientes páginas trataremos de realizar un acercamiento a los factores de riesgo que se han demostrado relevantes en la literatura científica, en los ámbitos familiar, comunitario, del grupo de iguales, escolar e individual, siguiendo el esquema propuesto por Becoña (2002).

Tabla 3.1. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

1. Factores familiares
<p>1.1 Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. • Baja supervisión familiar. • Baja disciplina familiar. • Conflicto familiar. • Historia familiar de conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial. • Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias. • Bajas expectativas para los niños o para el éxito. • Abuso físico. <p>1.2 Factores de protección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apego familiar. • Oportunidades para la implicación en la familia. • Creencias saludables y claros estándares de conducta. • Altas expectativas parentales. • Un sentido de confianza positivo. • Dinámica familiar positiva.
2. Factores comunitarios
<p>2.1 Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Cambios y movilidad de lugar. • Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias. • La disponibilidad y accesibilidad a las drogas. • La baja percepción social de riesgo de cada sustancia. <p>2.2 Factores de protección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de apoyo externo positivo. • Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. • Descenso de la accesibilidad de la sustancia. • Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. • Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.
3. Factores de los compañeros e iguales
<p>3.1 Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. • Compañeros consumidores. • Conducta antisocial o delincuencia temprana. • Rechazo por parte de los iguales.

3.2 Factores de protección

- Apego a los iguales no consumidores.
- Asociación con iguales implicados en actividades organizadas por la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras.
- Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas.
- No ser fácilmente influenciable por los iguales.

4. Factores escolares

4.1 Factores de riesgo

- Bajo rendimiento académico.
- Bajo apego a la escuela.
- Tipo y tamaño de la escuela (grande).
- Conducta antisocial en la escuela.

4.2 Factores de protección

- Escuela de calidad.
- Oportunidades para la implicación prosocial.
- Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial.
- Creencias saludables y claros estándares de conducta.
- Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro.
- Clima institucional positivo.

5. Factores individuales

5.1 Factores de riesgo

- Biológicos.
- Psicológicos y conductuales.
- Rasgos de personalidad.

5.2 Factores de protección

- Religiosidad.
- Creencia en el orden social.
- Desarrollo de las habilidades sociales.
- Creencia en la propia autoeficacia.
- Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.
- Orientación social positiva.
- Poseer aspiraciones de futuro.
- Buen rendimiento académico e inteligencia.
- Resiliencia.

Fuente: Becoña (2002).

4.1. Factores familiares

El grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores, a través de la experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador.

Uno de los principales factores a tener en cuenta es la relación de apego con los padres, que influye de forma destacada en la conformación de la personalidad y en la adquisición de los recursos necesarios para el afrontamiento de las dificultades que irán apareciendo a lo largo de la vida. Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005), en un estudio realizado con una muestra de edades comprendidas entre los 18 y los 51 años, encontraron que la existencia en la familia de origen de un estilo evitativo se asocia con la presencia de una personalidad de características más defensivas, con quejas de tipo somático, tendencia al aislamiento social, pérdida de cohesión y evitación de conflictos en el ámbito familiar. El estilo de apego ansioso/ambivalente se relaciona con elevadas puntuaciones de los sujetos en ansiedad y depresión. Y en el caso del apego seguro existe una relación inversa con depresión, ansiedad, aislamiento social y evitación familiar de los conflictos. Zimmerman y Becker-Stoll (2002) señalan que los adolescentes que crecen en una familia con un apego seguro, con posibilidad para tratar abierta y directamente los conflictos, tendrán más probabilidades y facilidades para llegar al estadio de logro de identidad, mientras que la existencia de un apego inseguro se asocia al estado de difusión de identidad. En lo que se refiere al consumo de sustancias en la adolescencia, éste puede interpretarse como una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional, y se relacionaría con la existencia de un apego no seguro (temeroso-evitativo) (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner, 2007). La ausencia de estrategias más adecuadas para la reducción del estrés emocional facilitarían el empleo de drogas, legales o ilegales, convirtiéndolas en una alternativa atractiva en distintas situaciones, entre las que destacarían las de carácter interpersonal, en las que los sujetos se encontrarían más inseguros. De hecho, las familias en las que los dos padres son especialmente temerosos son las que presentan un peor funcionamiento familiar y una mayor comorbilidad con patología psiquiátrica. En los casos en que la madre es segura y el padre preocupado las dificultades son mucho menores, presentando un mejor funcionamiento individual.

Un segundo factor de gran relevancia es el tipo de crianza, dentro de la que debemos diferenciar dos dimensiones: control y calidez paterna. Juntas, estas dimensiones configuran los cuatro posibles estilos de crianza: *autoritario*, con elevado control y baja calidez; *permisivo*, con bajo control y elevada calidez; *democrático*, con alto control y alta calidez; e *indiferente*, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000). Craig (1997) señala que las familias en que los padres son autoritarios darán lugar a hijos apartados y temerosos, y que en la adolescencia se pueden volver agresivos y rebeldes en el caso de los varones, o pasivas y dependientes en el caso de las mujeres. Por otra parte, la presencia de padres permisivos aumentará las probabilidades de

que los hijos sean autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, o bien activos, sociables y creativos, o también rebeldes y agresivos. Los hijos de padres con un estilo democrático tienden a tener confianza en sí mismos, un mayor control personal y son más competentes socialmente. Por último, la existencia de padres indiferentes será el predictor de peor pronóstico para los hijos. Por tanto, el predominio de un estilo parental u otro, y la percepción que el adolescente tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de uso, abuso y dependencia de sustancias en la adolescencia, así como su mantenimiento posterior (Latendresse, Rose, Viken, Pulkkinen, Kaprio y Dick, 2008).

El clima familiar es otro factor importante a tener en cuenta, especialmente en lo que a emocionalidad negativa se refiere. Sabemos, por ejemplo, que las dificultades de control emocional de las madres, que suelen ser las que pasan más tiempo con sus hijos, se relacionan de forma directa con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2001). Por otra parte, la presencia de conflictos interparentales de carácter destructivo influye también de forma importante en la relación con los iguales, aumentando el riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales, así como psicopatología, en un futuro (David y Murphy, 2007). Además, la investigación muestra que a medida que aumenta la importancia que se otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad y a la intimidad con los padres, incrementa la supervisión paterna sobre las actividades y amistades de los hijos y disminuyen en general las conductas de riesgo de los mismos, y particularmente el consumo de sustancias (Coley, Votruba-Drzal y Schlinder, 2008; Romero y Ruiz, 2007).

Una variable íntimamente ligada a las presentadas previamente es la disciplina familiar. En este sentido, la inconsistencia en su aplicación, la ausencia de implicación maternal y las bajas expectativas de los padres facilitan el consumo de sustancias. En familias con una elevada emocionalidad negativa es más probable que aparezcan problemas conductuales y emocionales en los hijos, que pueden desbordar a las madres con baja competencia en su manejo, facilitando un elevado empleo de la agresión como estrategia disciplinaria (Ramsden y Hubbard, 2002).

En cuanto a la estructura familiar, la ausencia de uno de los progenitores, especialmente cuando no es localizable, se relaciona con un mayor grado de características antisociales en los distintos miembros de la familia, incluidos los hijos (Pffiffner, McBurnett y Rathouz, 2001). Además, los adolescentes que conviven con un único progenitor tienen una mayor probabilidad de consumir sustancias, tanto legales como ilegales (Longest y Shanahan, 2007; Oman et al., 2007).

El consumo de sustancias por parte de los padres y sus actitudes hacia el mismo constituyen otro factor fundamental en el uso y abuso de sustancias. Así, una actitud más favorable y una conducta de mayor consumo por parte de los padres se asociará a un mayor consumo de drogas por parte de los hijos. En este sentido, la existencia de normas explícitas respecto al consumo de sustancias ilegales constituye un factor de protección hacia ellas, aunque podría llegar a

constituirse como un factor de riesgo para el consumo de tabaco y alcohol si no son rechazadas también de forma explícita por los padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

La presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). A su vez, el consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose una relación bidireccional que se retroalimenta, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (Kamon, Stanger, Budnay y Dumenci, 2006).

4.2. Factores comunitarios

Tal y como se señalaba en la introducción, existe una relación importante entre la comprensión del hombre y del mundo que una sociedad tiene, y el empleo que la misma hace de las distintas sustancias psicoactivas. Los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos.

La deprivación social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, son variables que, aún siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo. Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a cronificarse y convertirse en un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial (Becoña, 2002).

La aculturación, fenómeno ligado íntimamente a la emigración y, sobre todo, los conflictos y el estrés asociados a la misma, también implica un mayor riesgo de uso de drogas, en muchas ocasiones como estrategia de manejo del estrés ante las dificultades que supone para el individuo abandonar su ambiente y tratar de ajustarse a una cultura y, muchas veces, incluso a una lengua diferente a la propia (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999).

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (Martínez-González, Trujillo y Robles, 2006). En este sentido está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa. Por otra parte, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado, tendrá una plasmación en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con

los delitos asociados a la heroína o a la cocaína respecto al cannabis, son sólo dos ejemplos de esta relación (Becoña, 2002).

Por último, otro factor fundamental en el consumo de sustancias es la accesibilidad a las mismas, y dentro de ésta su precio, de tal forma que cuando el precio es bajo existe un mayor consumo, que disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002).

4.3. Factores de los compañeros e iguales

En la adolescencia el grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor en la vida del individuo, a la vez que se produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido su papel como factor de riesgo y/o protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Friedman y Glassman, 2000).

De hecho, las investigaciones señalan que el 12% de los consumidores refieren que el grupo de iguales ha ejercido sobre ellos una presión directa hacia el consumo de sustancias (Swadi, 1989). Pero además de este posible efecto directo, existe también una influencia indirecta, relacionada con los procesos de socialización y selección a la hora de integrarse en un grupo (Simons-Morton y Chen, 2006). Swadi (1989) encuentra que en el 24% de los casos el mejor amigo de los adolescentes consumidores también realiza un uso de sustancias, frente a tan sólo el 3% de los de los sujetos no consumidores. Como era de esperar, las actitudes de los compañeros hacia el consumo de sustancias, y la percepción que el adolescente tenga sobre aquéllas, también es un factor de riesgo para el mismo, al incidir en las propias actitudes y conductas. Así, el uso percibido de alcohol por parte de los iguales predice el uso de alcohol y cannabis en el propio sujeto, y el uso percibido de cannabis en los iguales predice el de alcohol (D'Amico y McCarthy, 2006).

Pero no sólo el pertenecer a un grupo puede incrementar el consumo de sustancias, sino que también el rechazo por parte de los iguales puede aumentar el riesgo de problemas emocionales y conductuales, así como de psicopatología y de consumo de sustancias (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Por último, señalar que el grupo y el apego a los iguales también pueden ser un potente factor de protección cuando estos no consumen drogas, fomentando el desarrollo de un estilo de vida saludable y de unos valores y actitudes prosociales.

4.4. Factores escolares

Junto con la familia, la escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana, y en ella los niños y adolescentes pasan gran parte del día. Es por esto que su

papel en la protección contra el uso, abuso y dependencia de sustancias resulta fundamental. Así, cuando en el centro escolar se promueve una educación integral de calidad, existe un adecuado seguimiento personal de los alumnos y sus necesidades, y un ajuste a las mismas, se está fomentando una mayor autonomía y un sentido de la responsabilidad, que se asocian a una menor probabilidad de desarrollo de conductas problema, entre las que se encuentra el consumo de sustancias.

Otro factor que resulta importante para el uso de drogas es el rendimiento escolar, aumentando el riesgo de consumo cuando existe un fracaso escolar, independientemente de cuáles sean sus causas, y constituyéndose como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, lo que puede deberse a la experiencia de éxito que supone para el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010).

También parece ser relevante el tamaño de la escuela, ya que en centros grandes el control y apoyo de los profesores hacia los alumnos es menor, así como la motivación e implicación en el proceso global de la educación. En el sentido contrario, el percibir y tener disponibilidad por parte del profesorado para hablar de los problemas personales tiene ciertos efectos protectores.

Mientras que la satisfacción con la escuela y encontrarse bien en ella facilita el desarrollo de conductas normativas y disminuye las probabilidades de uso de sustancias (Piko y Kovács, 2010), el bajo apego a la misma es un factor de riesgo. Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas (Gottfredson, 1988). Además, esta variable puede asociarse a problemas como el fracaso escolar, un bajo apego familiar, etc., que podrían tener un efecto sinérgico sobre los problemas y el desajuste del adolescente y, por tanto, sobre las probabilidades de desarrollar un uso, abuso o dependencia de sustancias.

4.5. Factores individuales

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos, los psicológicos y conductuales y los rasgos de personalidad.

4.5.1. Factores biológicos

La mayor parte de los estudios en este campo se corresponden con los denominados factores genéticos y están relacionados con el consumo de alcohol de los padres y el que realizan los hijos. Los estudios genéticos muestran que los hijos de alcohólicos en adopción tienen un mayor riesgo (1,6 – 3,6) de desarrollar alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción (McGue, 1994). En los estudios realizados con gemelos, se encuentra una mayor concordancia entre los dicigóticos que entre los monocigóticos, tanto en lo que se refiere al consumo de

alcohol como del resto de sustancias. Además parece haber una mayor heredabilidad en la dependencia que en el abuso (Pickens, Svikius, McGue, Lykken, Heston y Clayton, 1991). Los clásicos estudios de Cadoret (1992) y Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth y Stewart (1996) señalan que los factores genéticos juegan un papel más importante en la transición del uso de drogas al abuso, que en su propio uso. Identifican dos patrones biológico-genéticos diferenciados en el desarrollo del abuso de sustancias de los sujetos adoptados: el primero, relacionado con el abuso de sustancias por parte del padre biológico y que se limita al abuso y dependencia en el sujeto adoptado; y el segundo, que parece ser expresión de una agresividad subyacente y que se relaciona con la criminalidad en el padre biológico. El *Yale Family Study* encuentra que: “existe una gran relación familiar entre el abuso de sustancias entre padres e hijos; que hay alguna especificidad de agrupación familiar con respecto a drogas de abuso específicas, e independencia entre alcoholismo y los trastornos por uso de sustancias; que los factores familiares se asocian en mayor medida con la dependencia que con el abuso de sustancias; y que los trastornos psiquiátricos están asociados de forma importante con el desarrollo de trastornos por uso de sustancias, tanto como factores de riesgo premórbidos, como en cuanto a secuela” (Merikangas y Avenevoli, 2000, p. 814).

Dentro de los factores biológicos, el sexo y la edad son dos variables especialmente relevantes en el uso de sustancias, ya que como se puede observar en los datos recogidos en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2008), en todas las sustancias ilegales existe una mayor prevalencia de consumo en los varones y en el grupo de menor edad, especialmente en los de 15 a 34 años. De hecho, como se señaló previamente, la adolescencia es un momento de especial riesgo en lo que a uso de drogas se refiere, disminuyendo su consumo con la entrada en la adultez.

4.5.2. Factores psicológicos y conductuales

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos ha recibido una importante atención en los últimos años, estableciéndose la patología psiquiátrica como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007). En este sentido, como se señaló previamente, parece haber una relación bidireccional entre ellos dado que la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos aumenta la probabilidad del uso de sustancias en la adolescencia (Brook et al., 2001). Además, el consumo aumenta la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Kamon et al., 2006). Los datos indican que la existencia de estado de ánimo depresivo en la adolescencia temprana aumenta la probabilidad del uso de sustancias y que el consumo de cannabis podría ser una estrategia de alivio de los síntomas (Paton, Kessler y Kandel, 1977). En el sentido contrario tanto el abuso como la dependencia aumentan el riesgo de sufrir trastornos afectivos, mientras que en el caso de los trastornos de ansiedad sólo la dependencia se constituye como un factor de riesgo. Por otro lado, debemos señalar que las patologías más

asociadas habitualmente al consumo de drogas son el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Así, el 52% y el 50% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de trastorno de conducta y TDAH, respectivamente, lo hacen también para algún trastorno por uso de sustancias (Reebye, Moretti y Lessard, 1995; Horner y Scheibe, 1997). Además, los pacientes con TDAH comienzan a consumir antes, presentan abusos más severos y tienen mayores probabilidades de presentar trastornos de conducta.

La conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias y, de hecho, existe una relación entre éste último y otras conductas delictivas. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008). Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002).

El consumo temprano de drogas incrementa las probabilidades de consumo posterior, existiendo una relación entre el realizado al inicio de la década de los veinte y el presente al final de la misma, con un riesgo creciente de que el uso se transforme en abuso o dependencia y que las drogas se conviertan en un elemento del estilo de vida (Brook et al., 2000; Newcomb y Bentler, 1988). Además, el consumo de tabaco y alcohol, de inicio más temprano, puede servir de puerta de entrada hacia las drogas ilegales. También el consumo de cannabis en la adolescencia es un factor de riesgo importante para el consumo de otras sustancias ilegales (Fergusson, Boden y Horwood, 2008).

La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales, especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático, y con el abuso de sustancias. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000), llegando a ser entre siete y diez veces mayor en caso de haber tenido cinco o más experiencias traumáticas (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003). En un reciente análisis de los datos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, en el que se examinó una muestra de más de 43000 individuos, se encontró que aquellos que habían experimentado en la infancia dos o más acontecimientos adversos (divorcio de los padres, muerte de un padre biológico, vivir con una familia de acogida, vivir en una institución) tenían 1,37 veces más probabilidades de desarrollar una dependencia al alcohol que aquellos que sólo habían vivido uno o ninguno (Pilowsky, Keyes y Hasin, 2009).

Por último, dentro del apartado de factores psicológicos y conductuales, hay que hacer referencia a las actitudes hacia el consumo de drogas. En este sentido se han encontrado

resultados que apuntan a que una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, por tanto, con una mayor probabilidad del mismo (Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006).

4.5.3. Rasgos de personalidad

Una constante en la investigación en adicciones es el intento de descubrir una posible relación entre el consumo habitual de sustancias y la personalidad de los individuos que las usan, con el objetivo de predecir la posible aparición posterior de abuso y dependencia, así como mejorar el tratamiento y la prevención de los mismos, teniendo en cuenta las hipotéticas características distintivas de dichos individuos.

Algunas investigaciones se han dirigido a la obtención de un perfil de personalidad, mientras que otras líneas se han centrado en variables más concretas. Dentro de las primeras, los modelos más utilizados son: a) el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae –Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad–; b) el Modelo Alternativo de los Cinco Factores, como pueden ser el de Zuckerman y sus colaboradores; y c) los Modelos de Tres Factores, entre los que destacan el de Eysenck –Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo– y el de Cloninger –Evitación del Dolor, Dependencia de la Recompensa y Búsqueda de Novedad– (Sher, Bartholow y Wood, 2000). Por ejemplo, en lo que se refiere al modelo de Costa y McCrae, los estudios muestran consistentemente que los adultos y los adolescentes, que presentan abuso o dependencia de sustancias, tienen un patrón caracterizado por altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Amabilidad y Responsabilidad (p. ej., Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Ball, Poling, Tennen, Kranzler y Rousanville, 1997).

Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad, dentro de la cual podemos distinguir dos dimensiones. La primera de ellas estaría más relacionada con las dificultades para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, y parece tener mayor relevancia en el inicio del consumo y en la conducta de adquisición del consumo de la sustancia. Por otro lado, la denominada impulsividad no planeada, se asocia a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria, y se relaciona con el mantenimiento del consumo y con la presencia de psicopatología, a la que puede subyacer un déficit a nivel de lóbulos frontales (Dawe, Gullo y Loxton, 2004; Dawe y Loxton, 2004; Hayaki, Stein, Lessor, Herman y Anderson, 2005). Los estudios muestran una clara relación entre el uso y el abuso de sustancias y una alta impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes. Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una

menor percepción de riesgo (Clark, Robbins, Ersche y Sahakian, 2006; Hayaki et al., 2005; Ryb, Dischinger, Kufera y Read, 2006).

Marvin Zuckerman define la Búsqueda de Sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1979). Este constructo está compuesto por cuatro dimensiones: a) Búsqueda de Emociones, que supone una tendencia a implicarse en deportes y pasatiempos físicamente peligrosos; b) Búsqueda de Excitación, que hace referencia a cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente; c) Desinhibición, relacionada con conductas de extraversión social; y d) Susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía. Existe clara evidencia de la relación existente entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias, pudiendo incluso predecir su presencia o ausencia, siendo un factor de riesgo para el uso y el abuso (Fergusson et al., 2008). Algunos estudios sugieren incluso una relación diferencial según el tipo de sustancia (Adams, Heath, Young, Hewit, Corrley y Stallings, 2003). Así, los individuos con baja puntuación en búsqueda de sensaciones tenderían a consumir más alcohol y cannabis, mientras que los que puntúan alto buscarían sustancias con efectos estimulantes. También las motivaciones para el consumo serían diferentes, ya que mientras los primeros tratan de evitar el malestar, los segundos procuran la obtención de placer a través de la estimulación.

5. REFERENCIAS

- Adams, J., Heath, A., Young, S., Hewit, J., Corrley, R. y Stallings, M. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 691-712.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).
- Anderson, K., Tapert, S., Moadab, I., Crowley, T. y Brown, S. (2007). Personality risk profile for conduct disorder and substance use disorders in youth. *Addictive Behaviors*, 32, 2377-2382.
- Andrews, J., Tildesley, E., Hops, H. y Fuzhong, L. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, 21, 349-357.
- Aquilino, W. S. y Supple, A. J. (2001) Long-term effects of parenting practices during adolescence on well-being outcomes in young adulthood. *Journal of Family Issues*, 22, 289-308.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35, 235-253.
- Ball, S., Poling, J., Tennen, H., Kranzler, H. y Rousanville, B. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 545-553.

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social – environmental antecedents. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 37-51.
- Cadoret, R. J. (1992). Genetic and environmental factors in initiation of drug use and the transition to abuse. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 99-113). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cadoret, R. J., Yates, R. W., Troughton, E., Woodworth, G. y Stewart, M. A. (1996). An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 88-94.
- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (Supl. 1), 62-73.
- Clark, L., Robbins, T., Ersche, K. y Sahakian, B. (2006). Reflection Impulsivity in current and former substance users. *Biological Psychiatry*, 60, 515-522.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schlinder, H. S. (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 613-625.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- D'Amico, E. J. y McCarthy, D. M. (2006). Escalation and initiation of younger adolescent's substance use: The impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health*, 39, 481-487.
- David, K. M. y Murphy, B. C. (2007). Interparental conflict and preschoolers' peer relations: The moderating roles of temperament and gender. *Social Development*, 16, 1-23.
- Dawe, S., Gullo, M. J. y Loxton, N. J. (2004). Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: Implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29, 1389-1405.
- Dawe, S. y Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.

- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. y Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111, 564-572.
- Erikson, E. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280.
- Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.
- Friedman, A. S. y Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275.
- García-Altés, A., Ollé, J. M., Antoñanzas, F. y Colom, J. (2002). The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction*, 97, 1145-1153.
- Gottfredson, D. C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Psychological Science*, 10, 196-198.
- Hay, I. y Ashman, A. F. (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers, and gender. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 77-91.
- Hayaki, J., Stein, M., Lessor, J., Herman, D. y Anderson, B. (2005). Adversity among drug users: Relation to impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 65-71.
- Horner, B. y Scheibe, K. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 30-36.
- Huntington, S. (1997). *El choque de las civilizaciones y la reconfiguración del orden mundial*. Barcelona: Paidós.
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.

- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597
- Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family*, 69, 703-720.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Martínez-González, J. M., Trujillo, H. y Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40.
- Merikangas, K. R. y Avenevoli, S. (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 25, 807-820.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Newcomb, M. y Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 64-75.
- Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42, 198-200.
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., Aspy, C. B., Rodine, S. y Marshall, L. (2007). Does family structure matter in the relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use? *Journal of Research on Adolescence*, 17, 743-766.
- Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L. y Clayton, P. J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.
- Piko, B. F. y Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-58.
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M. y Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-263.
- Pfiffner, L., McBurnett, K. y Rathouz, P. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 357-367.

- Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007-2008*. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>.
- Ramsden, S. R. y Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 657-667.
- Reebye, P., Moretti, M. y Lessard, J. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: Comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 313-319.
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-360.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. y Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and the other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88S, S4-S13.
- Romero, A. y Ruiz, M. (2007). Does familism lead to increased parental monitoring?: Protective factors for coping with risky behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 143-154.
- Ryb, G., Dischinger, P., Kufera, J. y Read, K. (2006). Risk perception and impulsivity: Association with risky behaviors and substance abuse disorders. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 567-573.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126.
- Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmont: Wadsworth.
- Sher, K., Bartholow, B. y Wood, M. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 818-829.
- Simons-Morton, B. y Chen, R. S. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
- Swadi, H. (1989). *Substance use in a population of London adolescents*. M. Phjil. Thesis, University of London.
- Timmermans, M., Van Lier, P. y Koot, H. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing behaviors account for late adolescent risky sexual behavior and substance use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 386-394.
- Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. y Wittchen, H. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 347-361.

Zimmerman, P. y Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

CAPÍTULO 4

LOS PROCESOS DE CAMBIO EN CONDUCTAS ADICTIVAS

1. UN MODELO DE CAMBIO BASADO EN PROCESOS

Tradicionalmente se ha definido el cambio de la conducta adictiva como el paso de una situación de consumo a otra de no consumo, desestimando los procesos que precisamente hacen posible esa transición. Desde esa concepción se han realizado evaluaciones centradas exclusivamente en la dicotomía consumo/no consumo de drogas asumiendo que el sujeto que demanda tratamiento, o simplemente manifiesta querer cambiar, está ya preparado para ello.

Sin embargo la realidad clínica de las drogodependencias es bien distinta, tal como lo demuestra el que gran parte de los pacientes que asisten a los recursos asistenciales no disponen de una predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta adictiva. Con el tiempo, esta situación clínica ha quedado reflejada en los diferentes acercamientos conceptuales (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Marlatt, Baer, Donovan y Kivlahan, 1988; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Rosen y Shipley, 1983; Schneider y Khantzian, 1992; Shaffer, 1992) los cuales han pasado a describir el cambio como un continuo en el que se pueden perfilar y distinguir una serie de etapas. De los modelos que se han desarrollado desde la perspectiva del cambio como proceso el que más apoyo ha tenido ha sido el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992).

Este planteamiento, formulado por Prochaska y DiClemente en los años ochenta (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1985), es un modelo tridimensional que proporciona una visión global y al mismo tiempo diferenciada del cambio a partir de la integración que realiza de *estadios, procesos y niveles de cambio*.

Los *estadios* identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. El situar a la persona en

el estadio más representativo de los cinco que se proponen, permite evaluar *cuándo* es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas (Tejero y Trujols, 1994).

Los *procesos* permiten comprender *cómo* suceden esos cambios, cómo va incrementándose el nivel de predisposición al cambio. Estos procesos incluyen el conjunto de actividades encubiertas o manifiestas que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional.

Finalmente, los *niveles* de cambio ponen de manifiesto hasta qué profundidad es necesario trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, o lo que es lo mismo *qué* cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS TRES DIMENSIONES DEL MODELO TRANSTEÓRICO

2.1. Estadios de cambio

Según el modelo, existen cinco estadios a través de los que evolucionan los drogodependientes desde que se plantean un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir: *precontemplación*, *contemplación*, *preparación*, *acción* y *mantenimiento*. En el estadio de *precontemplación* la persona no tiene intención de cambiar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses); en el de *contemplación* la persona tiene la intención de cambiar a medio plazo (en los próximos 6 meses); en el de *preparación para la acción* tiene la intención de cambiar a corto plazo, en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinente de consumir en el año previo; en el de *acción* la persona deja de consumir, durante al menos 24 horas y menos de 6 meses; y, en el estadio de *mantenimiento* la persona lleva al menos 6 meses sin consumir la sustancia.

2.1.1. Estadio de precontemplación

- a. El drogodependiente que se encuentra en esta fase no se cuestiona su situación, puede que ni siquiera vea el problema, por lo que invierte muy poco tiempo y energía en plantear un posible cambio de su conducta.
- b. No es consciente de las consecuencias que tiene, para sí mismo y para las personas que le rodean, su conducta adictiva, porque cree que lo que hace y su estilo de vida no suponen problema alguno. Experimenta menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de su problema, en comparación a la reactividad observada en fases posteriores.
- c. En esta fase lo gratificante del consumo de drogas tiene para él más peso que los aspectos negativos.
- d. Es probable que la persona permanezca en esta fase porque no dispone de la suficiente información sobre su conducta adictiva.

- e. Dado que no consideran tener ningún problema, cuando acuden a tratamiento lo hacen presionados, de modo que si lo inician lo hacen con el único objetivo de reducir la presión bajo la que se encuentran. Si no se trabaja su nivel motivacional, cuando disminuye la presión externa suelen reinstaurar su estilo de vida previo.
- f. Es probable que, en esta fase, la persona se muestre a la defensiva ante cualquier presión externa hacia el cambio. En esta etapa es importante que el terapeuta sepa manejar la resistencia del paciente, siendo una buena técnica para ello la entrevista motivacional.

2.1.2. Estadio de contemplación

- a. En esta etapa los drogodependientes son más conscientes de los problemas derivados de su conducta adictiva, lo que le ayuda a reevaluarse a nivel cognitivo y afectivo, estando más abiertos a recibir feedback sobre su consumo de drogas. Incluso pueden valorar la posibilidad de dejar de consumir, aunque no han elaborado un compromiso firme de cambio. El cambio se plantea a nivel intencional, pero no se observa ninguna conducta que manifieste de manera objetiva esa intención cognitiva.
- b. Comienzan a equilibrarse las consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas y, como consecuencia de ello, empiezan a plantearse dejar de consumir, aunque básicamente mantienen su ambivalencia en este balance.
- c. Los drogodependientes en esta etapa se caracterizan por la necesidad de hablar sobre su problema, tratando de comprender su adicción, sus causas, consecuencias y posible tratamiento.
- d. El drogodependiente puede permanecer en esta etapa años.

2.1.3. Estadio de preparación

- a. Es el momento en que el drogodependiente toma la decisión (intención) y realiza pequeños cambios en su conducta adictiva (conducta manifiesta), destinados a abandonar el consumo de drogas. Entre los cambios que realiza destaca, por ejemplo, el disminuir la cantidad que se consume.
- b. El progreso hacia la siguiente etapa requiere cambios respecto a cómo se siente y cómo valora el estilo de vida vinculado al consumo de drogas.

2.1.4. Estadio de acción

- a. Se produce un cambio importante en su conducta problema. El drogodependiente deja de consumir drogas.
- b. El paciente cambia su conducta encubierta y manifiesta en relación al consumo de drogas, así como los condicionantes que afectan a la conducta de consumo.

- c. Representa los cambios más manifiestos y requiere por parte de la persona un compromiso importante que le exigirá un gran esfuerzo y tiempo.
- d. Como consecuencia de la abstinencia, que es la conducta manifiesta más llamativa para el entorno, la persona obtiene apoyo y refuerzo social, lo que refuerza todos los cambios que está realizando.
- e. El estadio de acción hace referencia a los 6 primeros meses de cambio.

2.1.5. *Estadio de mantenimiento*

- a. En esta etapa la persona intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir una recaída. El estadio de mantenimiento se inicia a los 6 meses de iniciado el cambio.
- b. Puede tener miedo no solo a la recaída, sino también al cambio en sí mismo, porque puede creer que cualquier cambio puede llevarle a una recaída. La consecuencia inmediata en estas circunstancias es el retrainimiento y búsqueda de la máxima estructuración en su nuevo estilo de vida.
- c. Probablemente en esta etapa lo más importante para el paciente es su sensación de que se está convirtiendo en el tipo de persona que quiere ser.

2.1.6. *El paso de unos estadios a otros*

Una de las aportaciones más significativas del modelo guarda relación con el modo en que se conceptualiza el avance dentro del proceso de cambio. Es sabido que los drogodependientes no avanzan a través de las distintas fases de forma lineal, sino que suelen pasar varias veces por la misma fase hasta que consiguen mantenerse abstinentes. Esto viene a reflejar que los pacientes recaen, en la mayoría de ocasiones, varias veces hasta que consiguen dejar de consumir drogas definitivamente. Hay distintos modos de representar gráficamente el modelo para explicar precisamente esta cuestión, pero probablemente la figura que mejor representa lo que sucede es una espiral, porque aunque los pacientes pasan varias veces por las fases, ninguna de esas experiencias es exactamente igual a la anterior (Figura 4.1). Esto es, los periodos de consumo y abstinencia son diferentes entre sí, de modo que es precisamente el análisis de estas diferencias lo que le permite al paciente identificar su posición y avance respecto a periodos anteriores por los que ya ha pasado.

Dentro del estadio de acción y mantenimiento, el paciente puede “recaer”, entendiendo la recaída como el regreso a un estadio motivacional inferior. En este caso, si la persona se encuentra en el estadio de *acción* regresaría al de *preparación, contemplación o precontemplación*. Si la persona estuviese situada en el estadio de *mantenimiento* podría regresar al de *acción, preparación, contemplación o precontemplación*.

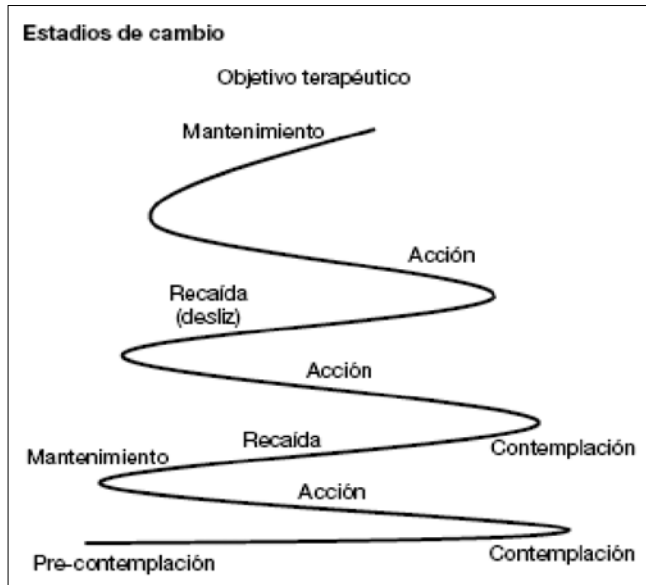


Figura 4.1. Estadios del Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982).

La recaída ocurre cuando las estrategias que emplea la persona para mantener su estado de abstinencia del consumo de drogas fallan. Generalmente, en esta fase presenta sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, lo que suele afectar negativamente a su autoeficacia.

Se sabe que las recaídas en el consumo de drogas son una parte del proceso de cambio antes de lograr el abandono definitivo del consumo de drogas. Afortunadamente, la recaída no siempre lleva a los pacientes a abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en una fase que les permite continuar reciclándose y preparándose para continuar nuevamente el cambio iniciado. Son muy pocos los pacientes que regresan al estadio de precontemplación. No cabe duda que para que esto suceda deben proporcionarse las mejores condiciones en la relación terapéutica, de modo que paciente y terapeuta desarrollen su trabajo coordinadamente y de acuerdo con objetivos ajustados a la fase en que se encuentra el paciente.

Para el enfoque de Prochaska y DiClemente (1992, 1993), es poco probable que una persona pueda desvincularse completamente de todo lo que implica su conducta adictiva, ya que para ellos la finalización se alcanza cuando se cumplen dos criterios:

1. Cuando ya no existe deseo de consumir drogas en cualquier situación problema.
2. La autoeficacia (entendida como la confianza y seguridad de no consumir drogas en cualquier situación) es del 100%.

Si los drogodependientes se diferencian entre sí en el nivel de predisposición motivacional que muestran al inicio de un tratamiento, es lógico que requieran de intervenciones diferenciadas para poder ayudarles a progresar y a alcanzar el nivel motivacional óptimo. En el siguiente apartado se recogen las diferentes actividades (*procesos de cambio*) que según Prochaska y DiClemente suelen realizar las personas que se encuentran en los diferentes estadios aludidos y que permiten orientar a los terapeutas de cara a trabajar con pacientes situados en diferentes niveles de predisposición. Mientras que en las primeras fases la intervención gira en torno al incremento de la motivación de cambio, en fases posteriores el objetivo se circunscribe más a estrategias concretas que puedan facilitarle al paciente el abandono definitivo del consumo de drogas.

2.2. Procesos de cambio

Prochaska y Prochaska (1993) definen los procesos de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales”. Estos procesos, que incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales, ayudan a los sujetos a avanzar en el proceso de modificación de su hábito adictivo.

Los procesos enunciados en el modelo son:

1. *Aumento de concienciación.* El paciente intensifica el análisis que realiza en torno a los problemas asociados a su conducta adictiva y los beneficios que obtendría si modifica esos hábitos.
2. *Autorreevaluación.* Consiste en una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.
3. *Reevaluación ambiental.* Consiste en una valoración del impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea y en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si dejara de consumir drogas.
4. *Alivio dramático.* Hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la concienciación de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas.
5. *Autoliberación.* Representa un compromiso personal caracterizado por un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Implica también la creencia de que se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.
6. *Liberación social.* La capacidad de toma de decisiones aumenta también por la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla.

7. *Manejo de contingencias.* Es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo.
8. *Relaciones de ayuda.* Consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona para superar su adicción. El paciente confía en alguna persona del entorno para abordar su problema.
9. *Contracondicionamiento.* Consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva consigo la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.
10. *Control de estímulos.* Se caracteriza porque la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo.

En términos generales, los procesos de cambio de carácter cognitivo se asocian con los primeros estadios de *precontemplación*, *contemplación* y *preparación* –aumento de la concienciación, alivio dramático, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación-, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de *acción* y *mantenimiento* -manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento- (Tabla 4.1). De este modo se ofrece una guía orientativa de cómo trabajar con los pacientes en función del momento temporal o estadio en el que se encuentran (Becoña et al., 2008) (ver Tabla 4.2).

Tabla 4.1. Interrelación entre estadios y procesos de cambio.

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de la concienciación				
Alivio dramático				
Reevaluación ambiental				
	Auto-reevaluación			
		Auto-liberación		
			Manejo contingencias	
			Relaciones de ayuda	
			Contracondicionamiento	
			Control de estímulos	

Fuente: Prochaska, DiClemente y Norcross (1994).

Tabla 4.2. Procesos de cambio que manifiestan los sujetos en función del estadio motivacional en el que se encuentran.

Etapas de cambio	Para pasar de la etapa de pre-contemplación a contemplación	De la etapa de contemplación a preparación	De la etapa de preparación a la etapa de acción	De la etapa de acción a mantenimiento	Para permanecer en la etapa de mantenimiento
Procesos de cambio más relevantes	Aumento de la concienciación				
	Alivio dramático				
	Auto-reevaluación	Auto-reevaluación			
	Reevaluación ambiental	Reevaluación ambiental			
	Balance decisional	Balance decisional			
		Autoeficacia	Autoeficacia	Autoeficacia	Autoeficacia
			Autoliberación	Autoliberación	Autoliberación
			Control de estímulos	Control de estímulos	Control de estímulos
			Contra-condicionamiento	Contra-condicionamiento	Contra-condicionamiento
				Manejo de contingencias	Manejo de contingencias
			Relaciones de ayuda	Relaciones de ayuda	Relaciones de ayuda
	Liberación social			Liberación social	

Fuente: Velasquez, Maurer, Crouch y DiClemente (2001).

2.3. Niveles de cambio

El modelo de Prochaska y Diclemente (1992, 1993) propone cinco niveles de intervención que se encuentran interrelacionados de modo que los cambios en uno de ellos repercuten en el resto. Los niveles son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales. Los distintos niveles de cambio de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados siguen una organización jerárquica.

Se recomienda desde este modelo comenzar a intervenir por el primer nivel, síntoma/situación por varias razones: el cambio en este nivel es más fácil de conseguir, habitualmente corresponde con la demanda principal de los pacientes convirtiéndolo en el objetivo principal por el que acuden a tratamiento, es un nivel de intervención que le exige al paciente menos inferencias y por tanto es un nivel de cambio con más conciencia por parte del paciente.

No obstante, aunque se comience por intervenir en el primer nivel por las razones expuestas, las intervenciones terapéuticas deben dirigirse a todos los niveles de cambio para incrementar el éxito de las mismas.

3. ESTRATEGIAS PARA AVANZAR A LO LARGO DE LAS ETAPAS DE CAMBIO

En el modelo transteórico, los clínicos tratan de provocar una buena disposición al cambio en los pacientes e incrementar la motivación a través de una serie de técnicas dependiendo de la fase en la que se encuentre. Una parte importante del modelo es reconocer que la motivación es influenciable. Así, los pacientes deben sentir que parte de la responsabilidad del cambio está en ellos mismos, debiendo ser conscientes de que tienen una capacidad inherente con potencial para cambiar.

Velasquez, Maurer, Crouch y DiClemente (2001) analizan cómo determinadas técnicas terapéuticas pueden ayudar a los pacientes a progresar a lo largo de los estadios de cambio. Lo particular de la propuesta terapéutica de estos autores radica en que se relacionan las herramientas y estrategias terapéuticas con procesos particulares de cambio. La probabilidad de que los pacientes utilicen los procesos de cambio, y por tanto avancen a lo largo de las etapas, se incrementa si se utilizan técnicas que mejoran la utilización de los procesos de cambio que son relevantes en determinados momentos del tratamiento. El empleo de estas técnicas ayuda a los pacientes a entender y participar en los procesos de cambio y de esta manera progresar a lo largo de las etapas de cambio. Las técnicas terapéuticas son las siguientes:

1. *La psicoeducación.* Incrementa el proceso de cambio de toma de conciencia, control de estímulos y liberación social, porque proporciona información con respecto al uso de sustancias y sus potenciales efectos.
2. *La clarificación de valores.* El objetivo de la técnica es que el paciente defina sus valores así como las cosas que más valora en la vida, para analizar la discrepancia con el consumo de drogas. Con ella, se consigue incrementar el proceso de cambio de autorreevaluación.
3. *Solución de problemas.* Muchos pacientes pueden carecer de esta habilidad y con su uso se incrementa la autoeficacia.
4. *Establecimiento de metas.* Se trata de que los pacientes diferencien entre objetivos realistas y no realistas. Es usada para incrementar el proceso de autoliberación.

5. *Planificación de la prevención de recaídas.* Durante la fase de acción, la conducta proactiva de búsqueda de situaciones que provocan tentación para consumir mejora el proceso de cambio de autoliberación, fomentando en el paciente el compromiso con el cambio.
6. *Técnicas de relajación.* Sustituir la ansiedad por la calma a través de esta técnica incrementa el proceso de cambio de contracondicionamiento.
7. *Entrenamiento en asertividad.* Permite al paciente aprender a responder con éxito a los ofrecimientos de consumo de drogas. Incrementa los procesos de contracondicionamiento proporcionando respuestas saludables en lugar de consumir drogas.
8. *Role-playing.* Con la práctica de nuevas conductas se mejora el proceso de cambio de contracondicionamiento sustituyendo las conductas de consumo por alternativas saludables.
9. *Técnicas cognitivas.* Son útiles tanto para los procesos de cambio experienciales como conductuales. Incrementa los procesos de aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, autoliberación, contracondicionamiento y manejo de contingencias.
10. *Reestructuración ambiental.* Se trata de que alteren determinados ambientes o eviten situaciones de alto riesgo. La técnica incrementa procesos de cambio de control de estímulos para ayudar a los pacientes con alternativas.
11. *Clarificación del rol.* Es una técnica utilizada para abordar los conflictos entre compañeros de trabajo cuando alguno de ellos es también consumidor de drogas. El paciente aprende a identificar el rol que ocupa y cómo el consumo de drogas puede afectarle en este aspecto. La técnica incrementa el proceso de cambio de reevaluación ambiental.
12. *Reforzamiento.* Esta técnica ejemplifica el manejo de contingencias.
13. *Habilidades sociales y mejora de las habilidades de comunicación.* El aprendizaje de las habilidades incrementa el proceso de cambio de relaciones de ayuda, expandiendo de ese modo sus apoyos.
14. *Clarificación de necesidades.* La clarificación de necesidades pretende ayudar al paciente a reevaluar varias áreas de su vida y detectar cuál de ellas necesita mejorar. Incrementa los procesos de cambio de liberación social.
15. *Evaluación y feedback.* La evaluación en sí misma no es una técnica terapéutica pero sumada al hecho de proporcionar *feedback* le ofrece a los pacientes la oportunidad de observar de forma más realista la verdadera extensión de su consumo de drogas. Mejora los procesos de cambio de aumento de concienciación de la verdadera extensión de su problema.

4. EVALUACIÓN DE ESTADIOS Y PROCESOS DE CAMBIO

Es importante incidir en la evaluación continua del nivel de motivación por su utilidad en diferentes momentos del tratamiento. Inicialmente, permite valorar la adecuación de plantear o no algunos objetivos terapéuticos con un paciente determinado -cambios más o menos acentuados y más o menos rápidos en su consecución-. Conforme se progresa en la intervención cualquier disminución del nivel de motivación en un momento en el que los cambios son manifiestos advierte de la mayor probabilidad de que ocurra una recaída en el consumo o de un incumplimiento de cualquiera de los objetivos psicosociales propuestos (Cortés et al., 2009).

Los *estadios* de cambio pueden evaluarse de diferentes maneras: una medida categorial o discreta del estadio en el que se encuentra el sujeto a partir de preguntas excluyentes entre sí, o una medida continua obtenida a partir de escalas o instrumentos como el URICA (McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Trujols, Tejero y Bañuls, 2003) o el SOCRATES-7D (Miller et al., 1990; Miller y Tonigan, 1996). Se presta especial atención a la evaluación continua o evaluación de la motivación como un proceso, al ser acorde con el planteamiento motivacional actual. Además, tal como la evidencia científica permite referenciar “los niveles motivacionales no son categorías independientes: Nivel de evidencia 2” (Becoña et al., 2008), lo que viene a confirmar la necesidad y adecuación de no limitar esta información a un nivel dicotómico por ser demasiado restrictivo o simple. A todo ello hay que añadir el que la perspectiva procesual proporciona al profesional más información para poder planificar el trabajo clínico a realizar.

La principal diferencia entre los dos instrumentos enunciados radica en que el SOCRATES-7D incluye cuestiones específicas sobre uso de alcohol u otras drogas, mientras que el URICA pregunta de una manera más general sobre el “problema” del cliente y su posible cambio.

Existen otros cuestionarios más breves que los anteriores también diseñados para identificar estadios de cambio, pero que se cuestionan por diferentes razones. Uno de estos instrumentos es el RCQ (*Readiness to Change Questionnaire*) de 12 ítems, en el que se clasifica el nivel motivacional de los pacientes en tres niveles: precontemplación, contemplación y acción. Pero en este caso destaca especialmente la dificultad que manifiestan los pacientes en la comprensión de enunciados así como las dificultades que presenta su sistema de corrección, lo que hace desaconsejable su utilización (Rodríguez-Martos et al., 2000).

En estos momentos tan sólo se dispone de un instrumento que permite evaluar los *procesos* de cambio, el cual se ha realizado para dependientes de opiáceos (IPC-AH, Trujols, Tejero y Casas, 1997). A pesar de ello, varios profesionales lo utilizan con carácter general, con las limitaciones metodológicas que esto puede suponer. Consta de 40 ítems en los que cada proceso queda representado por 4 ítems. En Tejero y Trujols (2003) pueden encontrarse algunos de estos instrumentos adaptados a cocainómanos.

5. VARIABLES RELEVANTES EN EL TRATAMIENTO DESDE EL MODELO TRANSTEÓRICO

5.1. Motivación para el cambio

La motivación para el cambio es un proceso extraordinariamente importante a lo largo de todo el tratamiento. La ausencia de motivación para cambiar no debe entenderse como resultado de algún rasgo de personalidad inherente a la persona drogodependiente, sino como una característica propia de cualquier persona que se plantea hacer un cambio importante en su vida.

No obstante, cuando se quiere conocer el estadio de cambio en que se encuentran los pacientes, y por tanto identificar de ese modo el nivel de motivación de cambio, deben distinguirse los síntomas propios de la psicopatología concomitante, si es el caso, de las características cognitivo-conductuales propias de la fase. Debe hacerse esta distinción porque en ocasiones pueden confundirse los síntomas derivados de la psicopatología con la falta de motivación para abandonar el consumo de drogas, confusión que suele darse con cierta frecuencia cuando se tratan pacientes con trastorno de la personalidad (Martínez-González y Trujillo, 2003). Además, todo parece indicar que los procesos motivacionales para el cambio a lo largo de estadios con pacientes que presentan patología dual deberían tener en cuenta que probablemente estos pacientes no cuenten con las mismas capacidades que el resto para gestionar las tareas destinadas a incentivar los procesos de cambio (DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008).

5.2. Expectativas de autoeficacia

La autoeficacia podría entenderse como un mediador entre el conocimiento y la acción. Las expectativas, que se dividen en expectativas de autoeficacia y de resultados (Bandura, 1977), tienen un peso muy importante a lo largo de las etapas de cambio, porque existen diferencias significativas entre las personas dependiendo de la etapa en la que se encuentren. Puede decirse que la autoeficacia refleja la posición dentro de cada etapa, lo que nos ayuda a comprender el potencial de cada persona en un momento dado, aunque si bien es cierto que esta capacidad predictiva es más evidente en los estadios finales.

La autoeficacia es una variable de gran impacto en el desarrollo y fundamentalmente como precipitante de conductas motivadas para la superación del problema. Tal es así que la magnitud de la tentación para consumir drogas es inversamente proporcional a la autoevaluación de eficacia. La autoeficacia y tentación evolucionan a lo largo de los estadios interaccionando, pero alternándose la importancia de ambas. Esto es, mientras que en las etapas iniciales pueden registrarse niveles más elevados de tentación, se invierte el peso a lo largo del tiempo convirtiéndose la autoeficacia en la variable que más pesa en la etapa de mantenimiento.

La percepción de eficacia personal afecta a la motivación y a la conducta, de modo que la baja autoeficacia se relaciona con la dificultad que tiene la persona para lograr la abstinencia, así como con los problemas relacionados con la recaída (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005). En relación a las etapas, los precontempladores son los que muestran menos autoeficacia, mientras que los que se encuentran en la fase de mantenimiento presentan los niveles más altos del proceso. Esto implica que, en estas etapas del proceso, interpretan de diferente forma su propia capacidad para superar su adicción.

5.3. Toma de decisiones

La toma de decisiones es una variable muy relevante para comprender cómo evolucionan las personas a lo largo de los estadios. La toma de decisiones básicamente gira en torno a criterios de pros y contras de la conducta adictiva, siendo criterios ortogonales. Prochaska y Prochaska (1993) describen ocho categorías en relación a la toma de decisiones para comprender cómo cambian los individuos: 1) beneficios instrumentales para uno mismo; 2) beneficios instrumentales para los demás; 3) aprobación de uno mismo; 4) aprobación de los demás; 5) costes instrumentales para uno mismo; 6) costes para los demás; 7) desaprobación de uno mismo; y, 8) desaprobación de los demás. Estas categorías que entran en juego en los procesos de decisión tienen más peso en las fases de precontemplación, contemplación y preparación; sin embargo, no tienen tanta importancia en las fases de acción y mantenimiento.

6. EVIDENCIAS SOBRE LA UTILIDAD DEL MODELO TRANSTEÓRICO

Uno de los aspectos que más influyen en el éxito del tratamiento de las drogodependencias es la permanencia del paciente en el mismo (Caballero, 1993), y al parecer es el tipo de dinámica de la relación entre terapeuta y paciente la que afecta positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento. En cierta medida, los pacientes continúan asistiendo a terapia si consideran que están siendo ayudados, lo que sucederá si terapeuta y paciente parten de la misma etapa de cambio. Por este motivo, si el terapeuta utiliza estrategias terapéuticas adecuadas para una etapa diferente a la que se encuentra el paciente aparecerán resistencias que afectarán negativamente a la evolución del tratamiento y hará más probable el abandono por parte del paciente.

En la guía clínica de Becoña et al. (2008), en la que se revisan las evidencias científicas del modelo transteórico clasificadas de acuerdo con los Niveles de Evidencia y los Grados de Recomendación, se extraen sobre su utilidad las conclusiones que se indican en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3. Niveles de evidencia del modelo transteórico.

<p>Nivel de evidencia 1</p>	<p>Los principios del Modelo Transteórico del Cambio son aplicables a una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud.</p> <p>La utilización de los procesos de cambio difiere entre los estadios de cambio.</p> <p>La secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención.</p>
<p>Nivel de evidencia 2</p>	<p>Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan de precontemplación a contemplación.</p> <p>No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación.</p> <p>Los estadios no son categorías independientes.</p>
<p>Nivel de evidencia 3</p>	<p>El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento. Se ha constatado que es más útil utilizar los procesos de cambio de componente cognitivo en las etapas de precontemplación a preparación, mientras que los conductuales a partir del estadio de acción.</p> <p>Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada uno de los estadios. Existe disparidad entre la clasificación de estadios y su definición operativa.</p> <p>En la predicción del abandono del tratamiento entre adolescentes consumidores, sólo destaca el estadio de precontemplación.</p> <p>Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída.</p>

Nivel de evidencia 1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.

Nivel de evidencia 2. Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.

Nivel de evidencia 3. Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.

Fuente: Becoña et al. (2008).

7. REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-295.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. y Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Caballero, L. (1993). Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaída* (pp. 245-266). Barcelona: Citran.

- Cortés, M. T., Muñoz, S., Orueta, J., Vicéns, S., Del Pino, M., Trinidad, C. y Sancho, C. (2009). Instrumentos de evaluación a utilizar con consumidores de alcohol que demandan tratamiento y orientaciones a considerar por parte del profesional. En F. Pascual y A. Velasco (Eds.), *Guía de buenas prácticas*. Valencia: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España.
- DiClemente, C., Nidecker, M. y Bellarck, A. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *34*, 25-35.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. y Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, *56*, 715-720.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, NY: Guildford Press.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd Ed)*. Nueva York, NY: Guildford Press.
- Martínez-González, J. M. y Trujillo, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *20*, 368-375.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S., Montgomery, H. A., Abbott, P. J., Meyers, R. J., Hester, R. K. y Delaney, H. D. (1990). Assessment of client motivation for change: Preliminary validation of the SOCRATES instrument. Paper presented at the *Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, San Francisco.
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, *10*, 81-89.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *19*, 276-288.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 390-395.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eiser y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Nueva York, NY: Plenum.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En S. Shiffman y T. A. Wills (Eds.), *Doping and substance abuse* (pp. 345-363). San Diego, CA: Academic Press.

- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Rodríguez-Martos, A., Rubio, G., Aubá, J., Santo Domingo, J., Torralba, Ll. y Campillo, M. (2000). Readiness to change questionnaire: Reliability study of its Spanish versión. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 270-275.
- Rosen, T. J. y Shipley, R. H. (1983). A stage analysis of self initiated smoking reduction. *Addictive Behaviors*, 8, 263-272.
- Schneider, R. J. y Khantzian, E. (1992). Psychotherapy and patient needs in the treatment of alcohol and cocaine abuse. En M. Galanter (Ed), *Recent developments in alcoholism*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Shaffer, H. J. (1992). The psychology of stage change: The transition from addiction to recovery. En J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman y J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-43). Madrid: Debate.
- Tejero, A. y Trujols, J. (2003). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona: Ars Médica.
- Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1997). Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del Inventario de Procesos de Cambio, para adictos a la heroína. *Adicciones* 9, 331-345.
- Trujols, J., Tejero, A., y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En J. Pérez (Ed.), *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína* (pp. 51-74). Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C y DiClemente, C (2001). *Group treatment for substance abuse. A stages of change therapy manual*. Nueva York, NY: Guilford Press.

CAPÍTULO 5

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

1. ASPECTOS GENERALES

La Entrevista Motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 2002) representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta. Con él se trata de promover la motivación en el cliente, animándole a explorar las razones y valores propios que justifican y pueden promover el cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes.

Consiste en una evolución de la terapia centrada en el paciente que combina un estilo terapéutico empático y de apoyo (Rogers, 1959) con un método claramente directivo que trata de resolver la ambivalencia que muestra el paciente ante cualquier cambio. También asume la teoría de la autopercepción de Bem (1972), según la cual las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden, motivo por el cual la EM explora las razones que da el paciente para cambiar (Hettema, Steele y Miller, 2008), enfatizando su autonomía, el cómo, cuándo o si es adecuado cambiar.

Es un método especialmente útil con pacientes que muestran baja motivación o que están poco predispuestos o preparados para afrontar un cambio en su conducta adictiva y en los que es frecuente la reticencia, oposición o ambivalencia ante el mismo. Con la EM se pretende ayudarles a resolver la ambivalencia, generando una apertura hacia el cambio y preparando el terreno para un trabajo terapéutico posterior.

Se puede utilizar como una intervención única, pero lo más frecuente es aplicarla de forma adicional, previo al inicio de cualquier tratamiento (Hettema et al., 2008). De esta manera se consigue un efecto más prolongado en el tiempo que suele explicarse por el influjo que la EM ejerce sobre la abstinencia (Ball et al., 2007; Brown y Miller, 1993; Burke, Arkowitz y Menchola, 2003; Daley, Salloum, Zuckoff, Kirisci y Thase, 1998; Hettema et al., 2008), la retención y la

adherencia al tratamiento (Aubrey, 1998; Bien, Miller y Borouhgs, 1993; Carroll et al., 2006). En el caso del alcohol, drogas y ejercicio-dieta su eficacia ha llegado a mantenerse incluso cuatro años después del tratamiento (Burke et al., 2003).

En la EM el terapeuta no asume un rol autoritario, pero sí directivo, lo que lo diferencia del enfoque más tradicional centrado en el cliente. Aunque se deje en manos del paciente la responsabilidad del cambio, en todo momento el terapeuta guía de manera consciente al sujeto hacia determinados objetivos, sirviéndose para ello de estrategias y habilidades concretas. Por este motivo, se dice que las estrategias utilizadas en la EM son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. En líneas generales, el espíritu colaborador, evocativo y favorecedor de la autonomía del cliente que subyace a la EM (Rollnick y Miller, 1995), puede resumirse en las siguientes premisas:

1. La motivación para el cambio no se impone, se obtiene del cliente. Se pone el énfasis en la evaluación objetiva de la conducta y sus consecuencias, tratando de fomentar la discrepancia en el paciente a fin de aumentar su conciencia de necesidad de cambio.
2. Es el cliente quien debe articular y resolver su ambivalencia.
3. El terapeuta es directivo, ayudando al paciente a examinar y resolver su ambivalencia. La persuasión directa no es eficaz para resolver la ambivalencia. El terapeuta analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas ni corregirlas.
4. La resistencia se considera un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.
5. El estilo de asesoramiento es tranquilo y facilitador de reflexiones. La resistencia se trabaja a partir de la reflexión.

2. PRINCIPIOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se plantean cuatro grandes principios clínicos que subyacen a la EM y que están presentes a lo largo de las dos fases que la conforman: el incremento de la motivación de cambio y la consolidación del compromiso de cambio (Miller y Rollnick, 2002). La Fase I suele ser lenta y con muchos altibajos, mientras que la fase II, aunque puede contar con imprevistos, suele mostrar un ritmo más rápido y agradable. Los cuatro principios clínicos son:

1) *Expresar empatía.* Con la escucha respetuosa y reflexiva el terapeuta trata de comprender los sentimientos y la perspectiva del paciente evitando juzgarle, criticarle o culpabilizarle. Es importante matizar que aceptar o comprender a un paciente no implica validar lo que dice.

Diversos estudios experimentales han mostrado el influjo positivo que tiene que el terapeuta exprese empatía sobre el resultado del tratamiento, incluso a largo plazo (Miller y Baca, 1983; Miller y Rose, 2009; Valle, 1981).

2) *Fomentar la discrepancia.* Un objetivo importante en la EM es aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Para poder conseguirlo se intenta crear y potenciar, en el paciente, una discrepancia entre la conducta actual y la consecución de objetivos personales en un futuro más o menos inmediato. Esta concienciación es la que permite incrementar la probabilidad de que ocurra el cambio. En un plano secundario quedan las motivaciones externas (p. ej., presión de la pareja, amenaza de desempleo o controles judiciales).

3) *Trabajar la resistencia.* La EM trata de evitar los enfoques que provocan o incrementan la resistencia por parte del paciente. Por este motivo, aunque se trata de un enfoque intencionalmente directivo, no es confrontativo.

Se asume desde un principio que ante cualquier cambio la persona suele mostrar bloqueo, dudas y ambivalencia, considerándose un estado normal y no un rasgo patológico o defensivo. Si ante esta actitud el terapeuta opta por la discusión directa o por una postura autoritaria se refuerza la oposición o resistencia al cambio por parte del paciente. Si por el contrario, el terapeuta opta por la escucha empática y la conversación basada en la mutua colaboración, facilitará que el paciente piense y decida si necesita abandonar o modificar su conducta adictiva. Es por este motivo por el que se asume que la resistencia está en parte motivada por la conducta del terapeuta (Miller y Sovereign, 1989), estando en sus manos el poder reconducirla.

Aceptar la resistencia supone implicar al paciente de forma activa en el proceso de resolución de sus problemas al considerarlo una persona capacitada para ello. Así, el terapeuta no impone su punto de vista, ni sus objetivos, ni da soluciones a lo que plantea el paciente. La tarea del terapeuta consiste en formular preguntas, dudas..., que permitan al paciente llegar a considerar alguna información que hasta el momento no tenía un peso relevante dentro de sus decisiones.

4) *Reforzar la autoeficacia.* La autoeficacia es un elemento clave en la motivación para el cambio (Bandura, 1977, 1982, 1997; Rogers y Mewborn, 1976) y un buen predictor del resultado favorable a obtener en cualquier tratamiento de la conducta adictiva (Condiotte y Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; DiClemente, Prochaska y Gilbertini, 1985; Godding y Glasgow, 1985; Solomon y Annis, 1990; Wilkinson y LeBreton, 1986).

Con los cuatro principios anteriores (Miller y Rollnick, 2002), el terapeuta puede ayudar a una persona a ser consciente de que tiene un problema, pero si ésta no tiene esperanza de lograr cambiar, no hará ningún esfuerzo. Por este motivo uno de los objetivos de la EM, y de cualquier enfoque terapéutico, consiste en aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio (Miller, 1983).

3. ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON OBJETO DE FOMENTAR LA DISCREPANCIA

Para crear el adecuado clima de empatía que permita una comunicación fluida con la que se consiga explorar a fondo la situación sin despertar resistencias (evocar los aspectos positivos que derivan del consumo y también los motivos para no abandonarlo), el terapeuta puede servirse de diferentes estrategias. La mayoría de ellas, concretamente las cuatro primeras, derivan de la terapia centrada en el cliente, aunque en este caso persiguen un objetivo común: ayudar a los pacientes a analizar su ambivalencia y expresar sus razones de cambio. La última de las estrategias es propia de la EM.

3.1. Plantear preguntas de respuesta abierta

Durante la primera fase de la EM la principal función del terapeuta es escuchar y alentar la expresividad del paciente. Para estimular el habla del cliente puede servirse de *preguntas abiertas*, sin opción de respuesta corta, de contenido más neutral (p. ej., *¿De qué le gustaría hablar? ¿Qué es lo que le trajo aquí? ¿Por qué no empieza desde el principio y me pone al día?*) o centradas en los aspectos positivos y negativos derivados del consumo actual. En cualquier caso, estas preguntas sólo abren el tema y proporcionan la oportunidad para utilizar otras estrategias.

Hay que evitar caer en una rutina en la que el terapeuta formule preguntas y el paciente responda con frases cortas. Para ello se evitará el uso de preguntas con respuesta dicotómica (si-no), así como utilizar preguntas abiertas que no vayan seguidas por una escucha reflexiva suficiente. No hay que establecer una interacción entre un experto activo y un paciente pasivo.

3.2. Escucha reflexiva: prestar atención sin interferir

Lo importante de la escucha reflexiva es que con ella se intenta deducir lo que la persona realmente quiere decir, plasmando esta deducción en una frase. Esta estrategia incluye tanto el saber estar callado como el saber responder adecuadamente a lo que dice el paciente.

Gordon (1970) ofrece una relación de respuestas no indicativas de escucha reflexiva, como indicamos en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1. Respuestas no indicativas de escucha no reflexiva

- Ordenar, dirigir o encargar.	- Estar de acuerdo, aprobar o rogar.
- Alertar o amenazar.	- Culpabilizar, ridiculizar o etiquetar.
- Dar consejo, realizar sugerencias.	- Interpretar o analizar.
- Persuadir con lógica, discusión o enseñanza.	- Reafirmar, simpatizar o consolar.
- Moralizar, sermonear o decir al paciente lo que debería hacer.	- Cuestionar o poner a prueba.
- Estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpabilizar.	- Retirarse, distraerse, hacer broma o cambiar de tema.

Fuente: Gordon (1970).

Todas estas respuestas suponen un tipo de relación desigual entre terapeuta y paciente, fomentando una actitud pasiva por parte del paciente ante el cambio de su conducta. En todos los casos, en lugar de fomentar que el paciente resuelva su ambivalencia, se le exige enfrentarse al obstáculo y tomar de manera prematura una solución.

La reflexión no es un proceso pasivo, ya que el terapeuta la utiliza para reforzar algunos aspectos de lo que una persona dice e ignorar otros, o para modificar levemente su significado. Además, al transmitir en una frase lo que se cree que ha dicho la persona se comprueba, y no se asume, que es eso lo que ha querido decir el paciente. En este caso hay que tener cuidado con la trampa del énfasis prematuro. Si el terapeuta presiona con demasiada rapidez a fin de centrar la discusión, o si el paciente y terapeuta se centran en diferentes temas, el paciente puede distanciarse y ponerse a la defensiva. Una posible solución a esta trampa es empezar con las preocupaciones del paciente.

Otro obstáculo frecuente en esta etapa es centrarse en la búsqueda de culpables de la situación que se vive. Habitualmente esto se afronta con la reflexión y la reformulación y dejando claro que lo que interesa no es saber quién es el responsable de lo ocurrido sino más bien qué es lo que le está preocupando al paciente y lo que considera que puede hacerse para resolverlo.

3.3. Afirmar

Es útil afirmar y apoyar al paciente durante el proceso terapéutico utilizando comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión.

3.4. Resumir partes de la intervención o la sesión completa

Realizar resúmenes de manera periódica refuerza lo que se ha dicho, confirma que el terapeuta ha escuchado con atención y prepara al paciente para seguir progresando. El contenido de estos resúmenes puede proceder no sólo de los comentarios del paciente, sino también de diferentes fuentes de información como la evaluación objetiva, la información de juzgados u otras instituciones e incluso la de los miembros de la familia.

Es posible y adecuado unir diferentes resúmenes a lo largo de una o más sesiones ya que este procedimiento permite evidenciar la ambivalencia al ofrecer una visión simultánea de los aspectos positivos y negativos.

Al finalizar una sesión es útil ofrecer un resumen general que le recuerde al paciente que debe decidir qué es lo que hay que incluir y qué es lo que se debe destacar.

3.5. Reforzar las afirmaciones automotivadoras del paciente

Una de las tareas del terapeuta es promover y reforzar la expresión de afirmaciones automotivadoras por parte del paciente (Miller, 1983). Estas afirmaciones pueden ser de

carácter cognitivo (reconocimiento, optimismo), afectivo o emocional (preocupación) y conductual (intención de actuar):

1. *Reconocimiento del problema* (p. ej., tal vez he asumido unos riesgos innecesarios, nunca me di realmente cuenta de lo que llegaba a beber...).
2. *Optimismo sobre el cambio*. Estas afirmaciones reflejan autoeficacia en el área problemática (p. ej., creo que lo puedo hacer; voy a superar este problema...).
3. *Expresión de preocupación por los problemas*. La preocupación puede expresarse de manera no verbal (lágrimas, gestos...). Si se verbaliza pueden encontrarse afirmaciones del tipo: Estoy realmente preocupado por esto; ¡no me lo puedo creer!, etc.
4. *Intención de cambiar manifiesta o implícita*. Se puede expresar haciendo que la persona lleve a cabo una acción como si se tratara de un paso inicial para cambiar (p. ej., tomar disulfiram), o a través de verbalizaciones de claras intenciones de hacerlo así (p. ej., creo que ha llegado el momento de que tome una decisión para cambiar; creo que debo hacer algo con esto...).

Pero, ¿cómo puede el terapeuta provocar estas afirmaciones automotivadoras en sus pacientes ambivalentes? Son diversas las posibilidades emitidas por Miller y Rollnick (2005) destacando entre ellas el *formular preguntas abiertas* que permitan analizar la percepción y preocupaciones del paciente (p. ej., ¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema? ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si lo deseara? ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar consumiendo de la manera que lo ha hecho hasta ahora? ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio?); el pedirle al paciente, una vez que el tema motivacional ha surgido, que lo *elabore*, que lo detalle sirviéndose de ejemplos o situaciones concretas (en este caso se pretende que clarifique por qué, en qué grado y de qué manera una situación representa un problema para él); el *balance decisional* (comentar los aspectos positivos y negativos de su conducta actual); el *utilizar los extremos* (imaginar las consecuencias más negativas); el *mirar hacia atrás* (recordar el período previo a la aparición del problema y compararlo con la situación actual); el *mirar hacia delante* (que se imagine a sí mismo después de un cambio) o el *analizar objetivos* (enunciar cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida y descubrir cómo la conducta adictiva es incompatible o actúa en contra de estos objetivos).

4. EL AFRONTAMIENTO DE LA RESISTENCIA

La resistencia es una conducta observable que indica que el paciente no está siguiendo el curso normal de la terapia. Es la forma que el paciente tiene de decirle al terapeuta “no estoy de acuerdo con usted”, de modo que surge en gran parte debido al tipo de interacción que se establece entre terapeuta y paciente. Cuando no se maneja bien la interacción con el paciente, es frecuente la aparición de resistencias. Éstas pueden aparecer en cualquier momento de la

relación, pero es muy frecuente al inicio cuando se intenta establecer una relación empática adecuada. En cualquier caso, su presencia es el resultado de que el terapeuta haya asumido la responsabilidad del cambio, dejando al paciente en un plano pasivo. En este caso, cuanto más confronte el terapeuta al paciente, más resistencia y reactancia al cambio se observará por su parte (Miller y Sovereign, 1989), manifestándolo en forma de comentarios de “no problema”.

Existen diferentes conductas de resistencia, que suelen presentarse de manera combinada:

- Argumentar o poner a prueba la habilidad, conocimientos o integridad del terapeuta: cuestionar lo que dice, su autoridad o sus conocimientos.
- Interrumpir mientras el terapeuta todavía está hablando o cortarle de manera intencionada.
- Negarse a reconocer que se tiene un problema o no aceptar la responsabilidad ante el mismo. En estos casos es frecuente culpabilizar a los demás de sus problemas; mostrar desacuerdo con la sugerencia pero no ofrecer ninguna alternativa; sugerir que el terapeuta exagera los riesgos; expresar claramente la intención de no cambiar...
- Ignorar al terapeuta dando respuestas no audibles, no verbales, no ajustadas a lo que se pregunta e incluso llegar a cambiar la dirección de la conversación.

La manera en que actúa el terapeuta determina en gran medida que la resistencia permanezca estable o, por el contrario, desaparezca, porque se sabe que el cambio de estilo relacional del terapeuta provoca un cambio en la resistencia del paciente. A continuación se presentan algunas de las estrategias que en el contexto de la EM se proponen para trabajar y manejar la resistencia. Es precisamente el modo en que responde el terapeuta a las resistencias lo que diferencia este enfoque de otros:

1) *La devolución simple.* Consiste en responder a la resistencia con otra resistencia, porque el hecho de reconocer su desacuerdo permite un análisis posterior. Esto evitará también caer en la trampa de la confrontación-negación.

2) *La devolución amplificada.* Se trata de retornar al paciente lo que ha dicho pero de forma más amplificada o exagerada. Esto no debe hacerse en tono sarcástico o demasiado extremista ya que puede provocar una reacción hostil en el paciente. Esta estrategia le permite al paciente retroceder, facilitando poder realizar un análisis diferente de su ambivalencia.

3) *La devolución de los dos aspectos de la ambivalencia.* Consiste en reconocerle lo que ha dicho a la vez que incorporando, en base a información previa de la que disponemos del paciente, la otra parte de la ambivalencia.

4) *Cambio de tema.* Cuando la sesión gira en torno a un tema muy difícil que facilita la resistencia, en ocasiones merece la pena desviar la atención del paciente, dándole la vuelta al problema en lugar de saltar por encima de él.

5) *Acuerdo con un giro.* Ofrecer un acuerdo inicial pero con un leve giro o cambio de dirección.

6) *Reforzar la elección y control personales.* Cuando la resistencia se fundamente en la percepción de pérdida de libertad lo mejor es dejar claro que al final es el propio paciente quien decide sobre qué hacer en cada momento.

7) *Reformulación.* Si el paciente expresa argumentos para negar su problema, es particularmente útil reconocer la validez de las observaciones generales que hace, pero mostrándole un nuevo significado o interpretación, de manera que la información sea más útil y contribuya al cambio. Es precisamente la reformulación lo que podría mostrarle una interpretación más objetiva de la conducta.

5. ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL CON OBJETO DE FORTALECER EL COMPROMISO PARA EL CAMBIO

Una vez que la persona llega al final del estadio de contemplación o de determinación, sería conveniente no dejar pasar mucho tiempo sin que iniciase el cambio. Hay que tener en cuenta que el reconocimiento de una discrepancia importante es demasiado incómodo para mantenerlo durante mucho tiempo. Si el cambio no se inicia, es probable que la persona empiece a utilizar defensas que le permitan disminuir ese malestar (*racionalización, minimización, negación, olvido, proyección, etc.*).

Para detectar cuándo es el momento de proponer el cambio y cambiar de la Fase I a la II pueden tenerse en cuenta una serie de señales, aunque es importante advertir que no aparecen siempre, ni lo hacen en todos los sujetos (Miller y Rollnick, 2002):

1. *Disminuye la resistencia.* El paciente deja de discutir, interrumpir, negar o realizar objeciones.
2. *Disminuyen las preguntas sobre el problema.* Parece tener información suficiente sobre su problema y deja de preguntar.
3. *Realiza afirmaciones automotivadoras.* Realiza afirmaciones directas que indican un reconocimiento del problema, de preocupación, de apertura al cambio o de optimismo.
4. *Se incrementan las preguntas sobre el cambio.* Pregunta qué es lo que podría hacer con el problema, cómo cambian las personas si así lo deciden, o algo similar.

5. *Imagina el futuro.* Empieza a hablar sobre cómo podría ser la vida después del cambio, o a prever dificultades que podrían surgir o comentar las ventajas de un cambio.
6. *Experimenta diferentes vías.* Es posible que pruebe algunos enfoques posibles (p. ej, estar sin beber algunos días, leer un libro de autoayuda...).

Las estrategias apropiadas para fortalecer el compromiso, una vez el paciente ha entrado en la última etapa de contemplación y parece tener la motivación suficiente para seguir hacia la etapa de acción, son todas las que oscilan entre los dos extremos a evitar: sobreprescripción–directividad insuficiente.

El objetivo de estas estrategias es canalizar su motivación a través de un plan de cambio que sea moldeable y fortalecer su compromiso para llevar a cabo el plan. Son varias las estrategias de las que se puede servir el terapeuta en la Fase II:

1) *Recapitulación.* Resumir la situación actual del paciente, tal como ha sido explicada y consensuada hasta ese momento. Se recomienda iniciar el resumen con un comentario que informe del objetivo que se tiene: integrar todo lo que se ha comentado, a fin de plantearse qué hacer a continuación.

Se tratará de incluir el mayor número de razones al tiempo que se reconoce la resistencia o ambivalencia. Deberían incluirse todos los elementos que sea posible de los que se enumeran a continuación:

- Un resumen de las percepciones del paciente sobre el problema tal y como se expresa en sus afirmaciones automotivadoras.
- Un resumen de la ambivalencia incluyendo lo que continúa viendo como positivo o atractivo de su conducta-problema.
- Una revisión de todos los datos objetivos que tiene con respecto a la presencia de riesgos y problemas.
- Una repetición de los indicadores que ha referido sobre el deseo, la intención o la consideración de cambiar.
- Su propia evaluación de la situación del paciente, particularmente en temas en los que coincide con las preocupaciones propias de éste.

La recapitulación se aplica como una preparación final para la transición hacia el compromiso y lleva directamente a la formulación de unas preguntas clave.

2) *Preguntas clave.* Cuando el paciente está en el punto álgido de la concienciación del problema se le pregunta lo que quiere hacer.

Las preguntas clave son preguntas abiertas que hacen que el paciente piense y hable sobre el cambio (p. ej., ¿qué es lo que usted cree que tiene que cambiar? ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora? ...). El tema central de estas preguntas es aclarar el paso a seguir. Normalmente estas preguntas se formulan inmediatamente tras la recapitulación, pero pueden ser útiles a lo largo de toda la fase II.

Las respuestas del paciente a estas preguntas surgen con la reflexión. Esto sirve tanto para clarificar sus pensamientos y estimular un análisis posterior, como para reforzar sus afirmaciones automotivadoras y para hacer frente a la resistencia que pueda surgir.

3) *Información y consejo.* El terapeuta tiene que esperar a que se le solicite de forma directa. Además, tiene que moderar todas las sugerencias intentando, si es posible, dar un consejo no personal para que el paciente juzgue cómo se ajusta a su situación. También puede ofrecer un conjunto de opciones y no sólo una.

4) *Negociar un plan.* A través de las respuestas del paciente a preguntas clave y el aporte de información y consejo por parte del terapeuta, se puede empezar a diseñar un plan para cambiar que implica: establecer los objetivos, considerar las opciones y trazar un plan.

- *Establecer los objetivos.* Empezar por objetivos hacia los que el paciente se muestre más entusiasta para continuar progresando. Pueden sugerirse unos objetivos adicionales que se considere importantes para su bienestar o para los esfuerzos por cambiar.

- *Considerar las opciones de cambio.* Presentar al paciente todas las opciones terapéuticas que existen y prepararle para que si escoge una estrategia no apropiada y fracasa no se desaliente y lo vea como parte normal de la recuperación. Es importante preguntarle al paciente si tiene alguna pregunta sobre cada opción pero reservar la negociación y elección hasta que se haya revisado el conjunto de enfoques posibles.

- *Trazar un plan.* Es útil rellenar una hoja de plan de cambio que resuma las respuestas del paciente ante temas como: Plan de Acción / Cuándo / Persona y posibles formas de ayuda. Tras especificar esto se resume un plan que se adecue al máximo a los objetivos, necesidades, intenciones y creencias del paciente.

5) *Provocar el compromiso.* Esto implica conseguir la aprobación del paciente y la aceptación del plan y también decidir los pasos inmediatos que hay que dar para llevarlo a cabo. Es importante preguntar qué reticencias tiene con este plan y utilizar las estrategias de la Fase I para resolver la ambivalencia. El compromiso para con el plan se puede potenciar haciéndolo público.

Si el cónyuge participa en las sesiones, se negociarán los pasos específicos para delimitar cuál puede ser su papel a la hora de introducir el plan. Lo importante es llegar a un plan claro, obtener la decisión verbal del paciente de seguir el plan, potenciar la decisión de éste e iniciar los pasos inmediatos para introducir el plan. Si un paciente no está preparado para realizar

un compromiso, no se le debería presionar, pero sí mantener un rol de terapeuta activo para facilitar que no abandone.

6. NUEVOS HORIZONTES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La EM ha mostrado efectos significativos comparada con no tratamiento o placebo, pero no ha producido efectos significativos respecto a otros tratamientos (Becoña et al., 2008; Burke et al., 2003). Aunque originalmente fue desarrollada para tratar los trastornos por consumo de sustancias (Miller, 1983), la EM ha sido probada en una amplia gama de cambios de comportamiento. Se ha comprobado su eficacia tanto en la reducción de conductas inadaptadas como en los problemas con la bebida o el juego, como también en la promoción de un cambio de comportamiento saludable como el seguimiento de una dieta, el ejercicio, o el cumplimiento de la medicación (Burke, Arkowitz y Dunn, 2002; Dunn, DeRoo y Rivara, 2001; Noonan y Moyers, 1997). En ámbitos como la deshabituación tabáquica o las conductas de riesgo de VIH, se requiere de mayor investigación porque los resultados obtenidos son contradictorios o negativos (Piñeiro, Míguez y Becoña, 2010).

Además, no puede obviarse que existe gran heterogeneidad en los resultados obtenidos al aplicar la EM al mismo problema pero en diferentes centros, poblaciones y con diferentes terapeutas. En el proyecto MATCH, un estudio sobre el tratamiento de los trastornos por abuso de alcohol realizado en nueve centros, la eficacia relativa de una intervención basada en la EM varió significativamente según los emplazamientos y los terapeutas, a pesar de los esfuerzos por estandarizar la formación y los procedimientos del tratamiento (Project MATCH Research Group, 1998). Por tanto, parece que la variación en la manera de realizar la EM puede tener un impacto sustancial sobre su resultado (Hettema et al., 2008).

La investigación ha girado recientemente hacia la búsqueda de “ingredientes activos” y aspectos del desarrollo de la EM que influyan en los resultados. Sin embargo, esta búsqueda se ha visto dificultada porque pocos estudios detallan cómo preparan a los terapeutas, y no proporcionan información sobre el procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la EM (Burke et al., 2002).

En las dos décadas desde que se introdujo la EM, los datos han perfilado una teoría emergente acerca de los mecanismos centrales de esta estrategia. De la forma más simple, la teoría se expresa en tres hipótesis (Miller y Rose, 2009):

1. Los terapeutas obtendrán mayores niveles de cambio en el lenguaje utilizado por el paciente y un menor nivel de resistencia que cuando se utiliza un estilo terapéutico más directivo o un estilo de confrontación.
2. El grado en el que los pacientes verbalizan argumentos contra el cambio (resistencia) durante la EM está en relación inversa con el nivel posterior de cambio de conducta.

3. El grado en el que los pacientes verbalizan comentarios de cambio (argumentos para el cambio) durante la EM está en relación directa con el nivel posterior de cambio de conducta.

Se ha encontrado fuerte apoyo para la primera de estas hipótesis. Aproximadamente la EM dobla la tasa de comentarios de cambio y reduce a la mitad la tasa de resistencia relativa a la acción enfocada al apoyo psicológico o la confrontación (Miller y Hester, 1980; Miller, Benefield y Toningan, 1993; Miller y Baca, 1983; Truax y Carkhuff, 1967; Valle, 1981).

También se ha visto que la frecuencia de la resistencia del paciente predecía el continuar bebiendo después del tratamiento (Miller et al., 1993).

Donde se ha tenido más problema es en el contraste de la tercera de las hipótesis -el aumento del comentario de cambio por el paciente predeciría una conducta de cambio- debido principalmente al método de recogida de información utilizado. La colaboración con el psicolingüista Paul Amrhein condujo a un modo diferente de analizar el discurso de paciente. Éste diferenció dentro del *concepto cambio* diversos términos: *deseo, capacidad, razones, necesidad y compromiso* y analizó más de cien sesiones completas codificando el discurso del paciente en función de todas estas categorías (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer y Fulcher, 2003). Además de estimar su frecuencia de aparición valoró también la fuerza de la motivación reflejada en el discurso del paciente. Por ejemplo, decir “lo pensaré” o “lo intentaré” refleja un nivel de compromiso mucho menor que “lo prometo” o “lo haré”. Sólo uno de los subtipos de conversación de cambio -compromiso- predijo el cambio de conducta.

Además, no era la frecuencia sino más bien la fuerza del lenguaje del compromiso, y más particularmente, el patrón de compromiso a lo largo de la sesión, la que predecía los resultados de conducta, en este caso, ausencia de drogas. Deseo, capacidad, razones y necesidad no predecían cambio, pero todos predijeron la emergencia de compromiso que a su vez pronosticaba el cambio.

Sus hallazgos psicolingüísticos fundamentaron la prematura distinción intuitiva entre dos fases de EM (Miller y Rollnick, 1991). En la fase I de la EM el objetivo es aumentar la motivación al cambio obteniendo las afirmaciones del paciente de deseo, capacidad, razones y necesidad para el cambio. Posteriormente, en la fase II el objetivo se desplaza a fortalecer el compromiso de cambio.

Estos datos psicolingüísticos apoyan la conexión entre el discurso del paciente durante la sesión y los resultados post tratamiento. El nivel de motivación del paciente al inicio de una sesión de EM no se relacionaba con el resultado; era la fuerza del compromiso durante los minutos finales de la sesión la que predecía más fuertemente el cambio de conducta (Amrhein et al., 2003).

7. REFERENCIAS

- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. y Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 862–878.
- Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment*. Unpublished doctoral dissertation, Albuquerque: University of New Mexico.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P.,...Karrall, K. M. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 556–567.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman & Company.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122-147.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1–62). Nueva York: Academic Press.
- Bien, T. H., Miller, W. R. y Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*, 347–356.
- Brown, J. M. y Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*, 211–218.
- Burke, B., Arkowitz, H. y Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing. En W. R. Miller y S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed., pp. 217–250). Nueva York: Guilford Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. y Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 843-861.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C.,...Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 301–312.
- Conditte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 647-658.
- Daley, D. C., Salloum, I. M., Zuckoff, A., Kirisci, L. y Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1611-1613.

- DiClemente, C. C. (1981). Self efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Gilbertini, M. (1985). Self efficacy and the stages of self change in smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Dunn, C., DeRoo, L. y Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Godding, P. R. y Glasgow, R. E. (1985). Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 583-590.
- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training*. Nueva York: Wyden.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. R. (2008). Entrevista motivacional. *Revista de Toxicomanías*, 52, 3-24.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. R. y Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. y Toningan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapy styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R. y Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (pp. 11-141). Oxford: Pergamond Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. (traducción castellana en Barcelona: Paidós, 2005).
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W. R. y Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R. y Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. En T. Løberg, W. R. Miller, P. E. Nathan y G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219-231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Noonan, W. C. y Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing: A review. *Journal of Substance Misuse*, 2, 8-16.

- Piñero, B., Míguez, M. C. y Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones*, 22, 353-364.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1300-1311.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science. Vol. 3. Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Nueva York: McGraw-Hill.
- Rogers, R. W. y Mewborn, C. R. (1976). Fear appels and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 54-61.
- Rollnick, S. y Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Solomon, K. E. y Annis, H. M. (1990). *Outcome and efficacy expectancy in the abuse treatment effectiveness*. Elmsford, Nueva York: Pergamon Press.
- Truax, C. B., y Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago, IL: Aldine.
- Trujols, J., Tejero, A. y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En J. Pérez (Ed.), *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*, (pp. 51-74). Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783-790.
- Wilkinson, D. A. y LeBreton, S. (1986). Early indications of treatment outcome in multiple drug users. En W. R. Miller y H. Heater (Eds.), *Treating addictive behaviors: processes of change* (pp. 239-261). Nueva York: Plenum Press.

CAPÍTULO 6

PATOLOGÍA DUAL

1. INTRODUCCIÓN

El término de patología dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas. La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los pacientes drogodependientes, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez. Aunque se acepta ampliamente el término de patología dual para referirnos a la coexistencia de la drogadicción y otra u otras psicopatologías, el término en sentido estricto hace referencia sólo a la concomitancia de dos trastornos, cuando la realidad muestra que pueden darse a la vez una adicción a más de una droga, como también pueden presentarse más de una psicopatología tanto del Eje I, del Eje II o de ambos. Por este motivo cabe pensar que sería más apropiado utilizar para referirnos a esta concomitancia de trastornos el término de “comorbilidad” (Becoña y López, en prensa; Kavanagh y Connolly, 2009; Weiss, Mirin y Frances, 1992).

Históricamente, los pacientes con patología dual eran rechazados en algunos dispositivos o derivados de un dispositivo asistencial a otro sin una indicación clara al considerar que no era un caso susceptible de tratarse en una Unidad de Salud Mental si consumía o había consumido alguna droga en la cantidad y frecuencia que fuese, o bien si presentaba alguna psicopatología añadida a la drogadicción en el caso de los Centros de Atención a las Drogodependencias. Esta concomitancia no siempre ha recibido la oportuna atención y dedicación de los profesionales de los centros de tratamiento, lo que ha dado lugar a intervenciones claramente inadecuadas. Algunas consecuencias de esta desatención son: 1) que el paciente no siga las indicaciones terapéuticas; 2) prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían, en ciertos casos, resultar necesarias; 3) errores en la elección de estrategias terapéuticas; 4) consumos

de drogas aparentemente inexplicables; 5) consumos abusivos de otras drogas diferentes a la que constituye la adicción principal; 6) el deterioro progresivo de la relación entre paciente y terapeuta; 7) no rentabilizar determinados programas terapéuticos; y, 8) abandono del tratamiento.

Los profesionales que atienden a personas con patología dual deben ser muy sensibles en la utilización de instrumentos para la evaluación de esta concomitancia, en el empleo de estrategias de intervención adecuadas a las peculiaridades de la psicopatología concomitante a la drogadicción y a la posibilidad de establecer los cauces de coordinación oportunos con otros servicios.

Por otro lado, el perfil de los pacientes con patología dual que acuden a los servicios de salud mental y drogodependencias es diferente. Los pacientes que acuden a los servicios de urgencias de salud mental suelen presentar una psicopatología en su fase aguda que probablemente no se observe en un Centro de Drogodependencias. No es probable que un drogodependiente con un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo acuda al Centro de Salud Mental demandando ayuda para ganar en flexibilidad. Acudirá, previsiblemente, cuando presente un trastorno del Eje I que le lleve a una situación personal límite. Esto es lo que sucede en drogodependencias, ya que la mayoría de los drogodependientes acuden exclusivamente a pedir ayuda para dejar de consumir drogas, no siendo conscientes de la relación que tiene ese problema con la psicopatología concomitante. Solo a través de una evaluación adecuada puede detectarse la patología dual.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL

Un paciente drogodependiente que no presenta patología dual probablemente pueda seguir las instrucciones del terapeuta y beneficiarse de una intervención motivacional en el contexto de un programa de prevención de recaídas más o menos estandarizado. Esto no es generalizable para los casos con patología dual porque, por ejemplo, los acontecimientos estresantes que en otros casos no alteran el funcionamiento de la persona, en casos de patología dual pueden impactar considerablemente, lo que convierte a estos pacientes en personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades que pueden influir negativamente en la atención a la patología dual (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003).

Atender esta comorbilidad es importante por varias razones: 1) es una clínica frecuente en la población de drogodependientes; 2) tiene un impacto significativo en el pronóstico del tratamiento siendo claramente necesario un programa de tratamiento individualizado; y, 3) realizar un buen diagnóstico dual es un paso imprescindible para implantar intervenciones eficaces.

La importancia de esta dualidad psicopatológica es capital tanto en el tratamiento de pacientes de las Unidades de Salud Mental como en los atendidos en los Centros de Atención a las Drogodependencias. Se sabe que: 1) la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar; 2) los drogodependientes que acuden a los dispositivos de tratamiento presentan en su mayoría patología dual; 3) un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción; 4) la drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental; 5) los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas – si no se aborda esta cuestión debidamente –, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos; 6) estos pacientes hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes -salud mental y drogodependencias-; y, 7) en algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio (Santis y Casas, 1999).

A lo largo de los años han ido cambiando las aproximaciones conceptuales relativas a la relación entre la drogadicción y el trastorno mental a través de tres etapas (Torrens et al., 2005): la primera, hace referencia al momento temporal en que aparecen ambos trastornos y está caracterizada por utilizar los términos “primario – secundario” para explicar la relación de causa efecto entre ambos trastornos, entendiendo que el primer trastorno es independiente del segundo. El problema de esta clasificación radica en que no permite distinguir si el segundo trastorno es independiente del primero, desconociendo cómo se relacionan ambos trastornos; la segunda etapa se caracterizó por utilizar los criterios RDC, DSM-III y DSM-III-R, y la relación entre ambos trastornos se establecía dependiendo de la etiología de la psicopatología, era “orgánico – no orgánico”. Los estudios que se hicieron atendiendo a estos criterios presentaban escasa fiabilidad y validez para la mayoría de los diagnósticos psicopatológicos; la tercera, en la que el DSM-IV abandona el uso de la dicotomía “orgánico- no orgánico” para utilizar las siguientes tres categorías:

1) *Primario*, para denominar los trastornos que no son inducidos por sustancias ni derivados de una enfermedad médica (por ejemplo, un trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o un trastorno de la personalidad). La distinción de esta psicopatología vendría dada porque: a) los síntomas del trastorno psicopatológico aparecen antes de que se inicie el consumo de drogas; b) la psicopatología persiste después de cuatro semanas de que se produjera la intoxicación o abstinencia; c) la psicopatología es excesiva con respecto a la esperable según la cantidad y tipo de sustancia consumida; y d) existen episodios previos no vinculados con el consumo de sustancias. Debe tenerse en cuenta que el uso de drogas puede alterar la psicopatología previa al inicio del consumo, como puede suceder con la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y particularmente con los trastornos de la personalidad cuya etiología, como se sabe, es independiente del consumo de drogas aunque posteriormente queden vinculadas.

2) *Efectos esperados*, para hacer referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia de sustancias. Estos efectos son, por tanto, los síntomas de la intoxicación y abstinencia descritos para cada sustancia según el DSM-IV-TR (APA, 2002). Los síntomas derivados de la intoxicación o abstinencia ceden cuando desaparecen los efectos de la sustancia o remite el síndrome de abstinencia. En ocasiones, estos síntomas son idénticos a los que presenta la psicopatología primaria, lo que puede llevar a error, como por ejemplo sucede con el insomnio, la disminución para concentrarse o las alucinaciones. Esta psicopatología, en la mayoría de los casos, con excepción de cuadros de agitación o psicóticos, no precisa intervención al remitir el cuadro con la abstinencia.

Tabla 6.1. Trastornos inducidos por el consumo de sustancias.

	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Amnésicos	Psicóticos	Estado de ánimo	Ansiedad	Sexuales	Sueño
1	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
2	I				I*	I	I		
3	I				I	I/W	I	I	I/W
4							I		I
5	I				I		I		
6	I				I	I/W	I/W	I	I/W
7	I				I	I	I		
8	I		P		I	I	I		
9									
10	I				I	I		I	I/W
11	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
12									
13	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

1 Alcohol; 2 Alucinógenos; 3 Anfetaminas; 4 Cafeína; 5 Cannabis; 6 Cocaína; 7 Fenciclidina; 8 Inhalantes; 9 Nicotina; 10 Opiáceos; 11 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; 12 Varias sustancias; 13 Otros.

*También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks).

NOTA: I, W, I/W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV-TR. Además, I indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P, indica que el trastorno es persistente.

3) *Inducido por sustancias*, que son los síntomas considerados excesivos en relación a como se presentan por intoxicación o abstinencia de la sustancia. Se trata de aquellos casos en que: a) se cumplen los criterios para el trastorno según el DSM-IV-TR (APA, 2002); b) la psicopatología aparece en un periodo de consumo de sustancia o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo, como por ejemplo algunos cuadros psicóticos; c) la droga puede provocar síntomas idénticos a los del trastorno evaluado; y, d) los síntomas descritos son claramente excesivos de acuerdo con lo esperado por la intoxicación o abstinencia del consumo de esa droga. En la Tabla 6.1 se esquematiza la psicopatología inducida por el consumo de sustancias, debiendo distinguir entre aquella que es consecuencia directa del efecto de las sustancias y aquella que aparece a lo largo del síndrome de abstinencia. En ambos casos la psicopatología desaparece, aunque existen trastornos que pueden presentarse de forma persistente aún teniendo un inicio con sintomatología aguda intensa como consecuencia de la intoxicación de una droga. Se sabe que el abuso de drogas puede ocasionar psicopatología que asume posteriormente entidad propia. Cuando los síntomas duran más de cuatro semanas después de terminar el consumo, deben considerarse síntomas de un trastorno mental independiente no inducido por el consumo o de un trastorno persistente inducido por sustancias. Teniendo en cuenta la diversidad de modelos explicativos de la asociación entre consumo de drogas y psicopatología, podemos afirmar que las hipótesis explicativas del vínculo entre ambos trastornos debe hacerse en cada caso de forma individualizada (Kavanagh y Connolly, 2009).

3. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

De los estudios epidemiológicos sobre patología dual pueden extraerse algunas conclusiones (García-Campayo y Sanz, 2001): 1) los estudios de investigación sobre epidemiología de la patología dual son metodológicamente complejos; 2) el diagnóstico en estos pacientes es complejo; 3) la prevalencia de estos casos es elevada en todos los niveles asistenciales sanitarios, aunque la gravedad de la psicopatología aumenta conforme aumenta la especialización del servicio que lo atiende; 4) los pacientes duales son un grupo psicopatológicamente heterogéneo; 5) los trastornos psicopatológicos se agrupan según presentan o no su etiología en el consumo de drogas; y, 6) la comorbilidad puede ser múltiple según se trate de psicopatología en el eje I, eje II, en ambos ejes o una enfermedad médica (eje III).

La metodología seguida en muchos estudios, en relación a la formación de las muestras o los instrumentos utilizados para el diagnóstico dual, nos muestra un rango muy amplio de incidencia de la psicopatología concomitante al consumo de drogas.

El diagnóstico más común en consumidores de drogas son los trastornos de personalidad (TP). En un trabajo de Becoña et al. (2008) se revisan algunas fuentes que han analizado la incidencia en diferentes contextos y en todos los casos parece existir un consenso generalizado al afirmar que la psicopatología comórbida mayoritaria a la drogadicción son los trastornos de la

personalidad, situándose entre el 34.8% y el 73% de los casos. Mientras que la incidencia de TP en población normal se encuentra entre el 10 y 15%, en muestras de drogodependientes estos porcentajes giran en torno al 50%, si bien es cierto que el rango de incidencia en los estudios es muy amplio. Un ejemplo de ello lo encontramos en un trabajo de San Molina y Casas (2002) que tras analizar diferentes estudios establece un rango de incidencia entre el 30 y el 80%.

La incidencia de TP en población heroínómana es difícil de precisar en parte porque es la población que acudía mayoritariamente a los centros de tratamiento hace décadas cuando probablemente no se habían desarrollado, en el nivel actual, las técnicas de evaluación más apropiadas para diagnosticar estos casos. Esto sumado a la inexperiencia de los profesionales, en general, hizo que los rangos de incidencia encontrados en diferentes estudios fuesen tan elevados. Si tomamos como dato orientativo la media de los porcentajes de los estudios referenciados en la publicación de Martínez-Gonzalez y Trujillo (2003), que en su mayoría eran estudios realizados en población de heroínómanos, los porcentajes de incidencia serían los siguientes: límite 24.9%, evitación 16.9%, obsesivo-compulsivo 27.4%, dependencia 11%, histriónico 12.4%, narcisista 11.3% y antisocial 34%.

Particularmente en pacientes en tratamiento por adicción al alcohol se observa que el 62.5% de ellos presenta patología dual. El 44.3% de los pacientes presentan trastornos de la personalidad y el 20.3% psicopatología exclusivamente en el eje I, de los que el 53.2% corresponden a los trastornos del estado de ánimo y el 33.1% a los de ansiedad (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009). En relación a los TP los más frecuentes en este trastorno son el obsesivo-compulsivo (12%) seguido del antisocial (8.9%), paranoide y dependiente (7%), narcisista (6.3%), límite e histriónico (5.1%) (Bravo, Echeburúa y Azpiri, 2008).

La comorbilidad más frecuente entre consumidores de cocaína son: trastornos del estado de ánimo, psicosis cocaínica, trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención residual, trastornos del control de impulsos, trastornos de la personalidad, estados disociativos, alteraciones cognitivas y disfunciones sexuales (Caballero, 2005). En cocainómanos los trastornos de la personalidad más frecuentes son el límite, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo y paranoide (López y Becoña, 2006).

A tenor de los datos puede decirse que la incidencia de patología dual en drogodependientes al iniciar el tratamiento gira en torno al 75% de los casos. Alrededor del 20-25% de los casos la psicopatología corresponde al eje I, y alrededor del 50% al Eje II, de los que el 12% presentan también psicopatología en el eje I.

4. EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL

Gran parte de los problemas a los que se enfrentan tanto los profesionales de salud mental como los de drogodependencias, al abordar los pacientes con patología dual, parten de las

dificultades inherentes a la evaluación de síntomas y trastornos, porque en muchas ocasiones los síntomas de la psicopatología se solapan con los efectos que produce una droga o algunos trastornos asociados al consumo son muy semejantes entre sí. La ansiedad, la impulsividad, la tristeza generalizada, no seguir normas, el engaño, las conductas explosivas, y un largo etc., conforman un abanico que en el mejor de los casos no puede delimitarse hasta que el drogodependiente ha dejado de consumir la droga. La similitud de los síntomas puede inducirnos a error si no se toman algunas precauciones durante la evaluación.

En el DSM-IV-TR (APA, 2002) pueden encontrarse las especificaciones para diferenciar los trastornos inducidos por el consumo de sustancias de los que no lo son. Se sabe que los síntomas vinculados a la intoxicación por algunas sustancias son similares a los observados por la abstinencia de otras, y mientras que algunos síntomas esperados por el efecto de una sustancia nos indican su vinculación con el consumo de esa sustancia, ese mismo síntoma puede indicarnos que se trata de un trastorno primario porque esos síntomas no son esperables si lo que consume esa persona es otra sustancia. Para discernir esta relación debe rastrearse detalladamente la historia toxicológica del paciente. Igualmente sucede con algunos síntomas derivados del efecto secundario de la toxicidad de fármacos, que podría inducir a error en el diagnóstico dual en drogodependencias si no se identifican debidamente (pueden consultarse en Santis y Casas, 1999).

Debe hacerse también una puntualización en relación a síntomas como la impulsividad o la agresividad, porque han sido históricamente asociados significativamente a drogodependientes con patología dual. La impulsividad puede derivarse del efecto directo del consumo de drogas como la cocaína u otros estimulantes, constituirse en un trastorno psicopatológico independiente del consumo de drogas o ser un síntoma de los trastornos de la personalidad del grupo B. La agresividad, por otro lado, no es una conducta claramente extendida entre estos pacientes teniendo en cuenta que se trata de una respuesta, en la mayoría de los casos, puntual. Generalizar por tanto la agresividad o la impulsividad como un patrón asociado claramente a los pacientes con patología dual es una imprecisión que puede llevarnos a error en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Por la complejidad que conlleva discernir si la psicopatología es inducida por el consumo de drogas, se recomienda seguir una serie de pasos: 1) identificar la relación temporal entre la psicopatología y el uso de drogas para determinar si el inicio de la psicopatología está claramente vinculado al consumo de una droga; 2) diferenciar si los síntomas aparecen habitualmente durante la intoxicación o abstinencia del consumo o se trata de síntomas inducidos (en la mayoría de los casos esta diferenciación la puede hacer el terapeuta cuando cuenta con la suficiente experiencia clínica); y, 3) establecer una cronología de los trastornos para saber en qué momento aparece.

San-Molina (2003) indica que los datos de la historia clínica que sugieren que la psicopatología es independiente al consumo de drogas son los siguientes: 1) la psicopatología ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias; 2) los síntomas y problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan las personas que muestran abuso o dependencia de drogas; 3) si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido; 4) la existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno; 5) el fracaso terapéutico tanto en reducir la conducta adictiva como con otros trastornos psiquiátricos; y, 6) pueden observarse también efectos secundarios excesivos del uso de fármacos tras un periodo de abstinencia, respuesta inexistente cuando se trata de un trastorno no inducido.

Al parecer, muchos clínicos sobrediagnostican trastornos psiquiátricos en personas que abusan de sustancias, mientras que el abuso de drogas no se identifica habitualmente entre pacientes psiquiátricos (Weiss, Najavits y Mirin, 1998). Se sabe que los pacientes usuarios de salud mental que consumen algún tipo de droga no verbalizan con facilidad ese consumo. Es más, debido a las connotaciones sociales del problema, los pacientes pueden ocultar al personal sanitario su consumo, complicando considerablemente el diagnóstico y tratamiento. Existen indicios sobre el posible consumo de drogas en estos pacientes (Solomon, 1996):

1. El fracaso terapéutico constituye un indicador de diagnóstico dual.
2. La eficacia y cumplimiento de la toma de medicación. Téngase en cuenta que el consumo de sustancias puede anular el efecto de la medicación (como por ejemplo sucede con el consumo de cocaína que disminuye el efecto de la toma de antipsicóticos) o por el contrario ocasionar un efecto excesivo (como sucede con el consumo de alcohol y sedantes).
3. Absentismo del puesto de trabajo, especialmente los lunes o a primera hora.
4. Las conductas poco coherentes, como sucede con la desinhibición experimentada por el paciente con una intoxicación leve.
5. La ausencia de profundidad y de vitalidad en la sesión de psicoterapia, presenta ansiedad o implicación inadecuada con los sucesos de la vida.
6. Los sucesos vitales del paciente, que son acontecimientos que difieren de otra persona que no consume drogas.
7. La aparición de conflicto de forma súbita entre el personal de la unidad y el paciente, pudiendo por ejemplo confundir determinadas respuestas propias de pacientes con trastorno límite de la personalidad con el efecto del consumo de algunas sustancias.

4.1. Instrumentos de evaluación en patología dual

Los códigos diagnósticos DSM y CIE han realizado un esfuerzo para diferenciar los trastornos inducidos por el consumo de drogas. Lo que sucede es que el modo en que se solapan los

síntomas y peculiaridades de algunas psicopatologías en drogodependientes requiere la utilización de la entrevista estructurada como único medio para analizar adecuadamente cada uno de los síntomas. En población clínica, se suelen emplear para el diagnóstico de la patología dual la *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV* (PRISM-IV, Torrens et al., 2004) y la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I) (Torrens et al., 2005), fundamentalmente para el eje I y el IPDE (*Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*, Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez Urdániz y Rubio, 1996) y la SCID-II para la evaluación del eje II. Existen evidencias suficientes para afirmar que el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en drogodependientes debe hacerse usando la entrevista clínica para sortear las dificultades inherentes al diagnóstico en esta población. Además, la información que se obtiene de familiares del paciente es clave para contrastar la presencia de determinados síntomas, el inicio temporal de la psicopatología y la evolución de los mismos en abstinencia.

Las características que hacen de la PRISM un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad, fundamentalmente del eje I en drogodependientes, son: 1) tiene en cuenta a lo largo de toda la entrevista variables como la frecuencia y duración de los síntomas, los criterios de exclusión y las guías de resolución en caso de dudas; 2) sitúa las secciones sobre alcohol y otras drogas al inicio de la entrevista; 3) a través de una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y otras drogas, permite el contexto adecuado para hacer un seguimiento de la comorbilidad. Evalúa 20 trastornos del eje I y 2 del eje II. En definitiva, es un instrumento que permite diferenciar entre síntomas inducidos por el consumo de drogas y aquéllos considerados como primarios porque no son consecuencia del consumo de drogas.

5. MODELOS DE INTERVENCIÓN

Como se sabe, existen dos redes paralelas en muchas ocasiones no bien coordinadas. Por un lado los Centros de Tratamiento de las Drogodependencias, que pueden depender funcionalmente de diversas instituciones tanto públicas como privadas, y por otro, los Equipos de Salud Mental de los servicios públicos de salud. De esta organización se derivan algunos problemas que afectan al modelo de intervención que se sigue en cada zona geográfica.

El tratamiento de la patología dual debe llevarse a cabo mediante un modelo de intervención integral, en el que se atienda simultáneamente el trastorno por consumo de drogas y la psicopatología concomitante, lo que conlleva que un solo equipo terapéutico aplique un solo tratamiento para la doble patología. Los tratamientos no siempre se han basado en este modelo sino que se sustentaban en el modelo secuencial o en paralelo. En el modelo secuencial se quería primar el tratamiento en uno de los trastornos según el criterio del profesional de referencia, para posteriormente derivar al paciente a otros servicios donde pudieran ocuparse del resto. Este modelo desatiende a la comorbilidad en sí misma, toda vez

que la patología dual no puede conceptualizarse como la suma de dos trastornos sin más. Tal es así que la intervención basada en este modelo suele fracasar. Otro modelo consistía en intervenir en paralelo, de modo que cada servicio se ocupa del trastorno para el que está diseñado. La pretensión sería que los Centros de Tratamiento de las Drogodependencias se ocuparan exclusivamente del tratamiento de la drogadicción, mientras que los Centros de Salud Mental atenderían paralelamente la psicopatología. Sin duda esta modalidad obvia aspectos fundamentales de la patología dual tan importantes como es la influencia de cada trastorno sobre el otro. Con esto se desatienden variables de gran impacto para el mantenimiento de la patología dual, lo que incrementa los riesgos de fracaso terapéutico en ambos trastornos.

En ocasiones, la elección de la modalidad terapéutica depende de los profesionales que componen los equipos terapéuticos, si bien es cierto que tanto los Servicios de Salud Mental como los Centros de Atención a las Drogodependencias cuentan con plantillas con capacidad de llevar a cabo un tratamiento multiprofesional. El problema de la intervención integral surge cuando no se identifican previamente los casos que quedan bajo la responsabilidad de cada uno de los servicios. La consecuencia directa de esta falta de concreción ha sido una derivación incesante entre servicios que ha propiciado el abandono del tratamiento. Un modo de resolver esta cuestión consiste en diseñar un protocolo que recoja el modo en que ambas redes van a atender los casos de patología dual. Ya hay experiencia en este sentido a través del diseño de un protocolo que distribuye la responsabilidad del tratamiento de cada caso entre las dos redes de atención en función de la clínica que puede presentarse. Sin duda este método ha supuesto una disminución notable de derivaciones innecesarias entre servicios (Alameda et al., 2002).

6. CONSIDERACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DUALES

Los tratamientos integrados han sido los que han evidenciado mejores resultados (Santis y Casas, 1999), tanto en la reducción del consumo, como en la reducción del número de hospitalizaciones y mejoras en diversos indicadores de adaptación personal y social (Becoña et al., 2008). Todo parece indicar que la mayor efectividad terapéutica en los casos de patología dual viene dada porque el equipo de profesionales esté bien entrenado en el campo de las drogodependencias y de la salud mental (Guardia, Iglesias, Segura y González, 2003).

El abordaje de la patología dual debe contemplar los siguientes aspectos (Alameda et al., 2002):

1. La comorbilidad en drogodependencias debe esperarse, no siendo una situación clínica excepcional sino habitual, por lo que debe detectarse y abordarse precozmente.
2. Cada trastorno debe ser valorado y diagnosticado, para desarrollar un tratamiento específico a cada caso. Ningún trastorno debe minimizarse aún tratándose de un trastorno

inducido o un efecto esperable por el consumo de la droga. Se deben tratar de forma eficaz ambos trastornos.

3. La valoración de ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible para evitar que el retraso en la evaluación repercuta negativamente en el tratamiento.
4. Los recursos deben prepararse para abordar a pacientes con diferentes niveles de motivación y diferentes tipologías de patología dual.
5. La naturaleza de la drogadicción y especialmente cuando coexiste con otra psicopatología, necesita abordarse a largo plazo, primando el vínculo terapéutico entre paciente y profesionales, porque la adherencia cobra especial relevancia.
6. En los casos en que los pacientes sean atendidos por las dos redes asistenciales a la vez, a través de un modelo en paralelo, los profesionales que intervienen en el caso deben mantener una estrecha coordinación.

La relación terapéutica debe cuidar diversos aspectos con la finalidad de incrementar la adherencia al tratamiento. Debe construirse a partir de que el paciente goce de una situación de tranquilidad, que confíe en la confidencialidad de la información, que reciba un constante *feedback* para que conozca la evolución, que el paciente sea consciente de que el tratamiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, que la familia del paciente con patología dual tenga acceso al equipo terapéutico para abordar en el momento más adecuado los conflictos o dudas en relación a la comorbilidad y diseñar objetivos de intervención con una celeridad en la consecución de esos objetivos adecuados a la psicopatología concomitante. Por esta razón, el empleo de normas rígidas y la utilización de estrategias de confrontación están desaconsejadas en el tratamiento de los pacientes con patología dual.

Particularmente, debemos destacar las diferencias observables en el tratamiento de las drogodependencias cuando se trata de un paciente que presenta un trastorno de la personalidad. Fundamentalmente, se trata de adecuar las variables que influyen en el desarrollo de la intervención a las peculiaridades de la psicopatología del eje II (Tabla 6.2).

Las investigaciones sobre el tratamiento de la drogadicción cuando ésta coexiste con un trastorno de la personalidad (TP) muestran evidencias de que (Martínez-González, en prensa): los drogodependientes con TP pueden ser tratados con efectividad si bien es cierto que existen diferencias importantes en la intervención con respecto a otros casos; la evolución del TP establece un determinado ritmo que exige adecuar las estrategias terapéuticas a los cambios que se producen en la persona; se ha visto que los pacientes con TP pueden presentar un patrón de consumo diferente al resto, lo que puede afectar a los programas de prevención de recaídas; el tratamiento difiere de otros en los que no coexiste con esta psicopatología, porque estas intervenciones deben estar guiadas por la personalidad; se sabe que el tratamiento debe ser largo, para lo que es necesario que el paciente presente una buena adherencia al tratamiento;

Tabla 6.2. Diferencias en el tratamiento de las drogodependencias cuando coexisten con un trastorno de la personalidad.

- La latencia entre sesiones, siendo recomendable que sea la menor posible.
- La duración de las sesiones depende del trastorno de personalidad, porque mientras que una persona con trastorno límite previsiblemente demandará sesiones más largas, los que presentan un trastorno antisocial tienen dificultades para implicarse en sesiones de más de veinte minutos.
- Los familiares de estos pacientes necesitan mayor nivel de instrucción, para colaborar activa y eficazmente en el tratamiento.
- Se requiere más tiempo para hacer la evaluación.
- El uso de psicofármacos es necesario en muchas ocasiones.
- Dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad, la relación entre paciente y terapeuta debe establecerse cuidando diferentes aspectos.
- Necesita un mayor grado de dedicación y especialización del profesional.
- El impacto de consumos esporádicos sobre la evolución del tratamiento porque con ellos se incrementa la probabilidad de que se reagudice la psicopatología concomitante.
- Los tratamientos serán más largos aunque se haya logrado con prontitud la abstinencia.
- En comparación con los casos que no presentan patología dual, el consumo de alcohol tiene en estos pacientes peores consecuencias.
- Las sesiones de seguimiento tras el alta terapéutica son muy importantes, en especial si el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad límite o dependiente.
- La clara inadecuación de recomendaciones estándar.
- La familia tendrá que implicarse más.
- Los programas de prevención de recaídas deben adaptarse en estos casos en relación a: el manejo de la presión social, el afrontamiento de estados emocionales negativos, los mecanismos de prevención de respuestas, las alteraciones cognitivas asociadas al deseo de consumo, la identificación de factores de riesgo para la recaída y las estrategias de control de las mismas. Estos pacientes se diferencian, entre otras cuestiones, por las situaciones ante las que suelen comportarse de un modo desadaptado o consumir algún tipo de droga. El drogodependiente con trastorno de la personalidad antisocial se caracteriza por responder de forma desadaptada cuando se ve obligado a adecuarse a los valores y cumplir las normas, porque ve las normas como algo que limita la satisfacción de sus necesidades; para el paciente con trastorno límite de la personalidad, el desencadenante de estas respuestas son los objetivos personales y las relaciones con otras personas; en el caso del paciente con trastorno histriónico de la personalidad, son las relaciones heterosexuales; el drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad, muestra respuestas desadaptadas cuando se enfrenta a su propia autoevaluación; en el caso del paciente dependiente, el desencadenante de respuestas desadaptadas y, por tanto, también de probable consumo de drogas, viene dado por el hecho de depender de sí mismo o estar solo; el drogodependiente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, tiene dificultad para relacionarse con otras personas con cierto grado de intimidad, las situaciones desestructuradas y la autoridad; el evitativo tiene mucha dificultad para tener relaciones interpersonales íntimas o aparecer en público. Estas situaciones se constituyen en factores de riesgo muy potentes para los drogodependientes que presentan alguno de estos trastornos, porque habitualmente afrontan estas situaciones consumiendo drogas.

Fuente: Martínez-González y Trujillo (2003).

existen evidencias suficientes para afirmar que el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para el tratamiento de la drogadicción cuando el paciente presenta un TP; y para evaluar la efectividad de la intervención deben tenerse en cuenta variables vinculadas a la adicción, a los rasgos de la personalidad y a la calidad de vida.

En el trabajo de Becoña et al. (2008) se muestran algunas evidencias en relación al tratamiento integrado de la patología dual: 1) el diagnóstico dual determina la posibilidad de intervenir certeramente, lo que influye en la evolución y pronóstico, si bien es cierto que el tratamiento en estos casos es más complejo; 2) los tratamientos psicosociales son un componente esencial del tratamiento integral; 3) los tratamientos cognitivo-conductuales muestran su utilidad para tratar adolescentes consumidores de alcohol con tendencia al suicidio; 4) el tratamiento cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo con independencia de la psicopatología concomitante asociada; y, 5) las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas, como las intervenciones motivacionales, facilitan la reducción del consumo y la mejora de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (por ej., los sin hogar).

7. CONCLUSIONES

Los casos de patología dual son una realidad clínica, tanto en los Centros de Atención a las Drogodependencias como en los Centros de Salud Mental. En drogodependientes, se han encontrado porcentajes elevados de psicopatología concomitante y, en particular, de trastornos de la personalidad que, como se ha dicho, exigen una adecuación del tratamiento según cada caso. El éxito del tratamiento de estos casos pasa por realizar un buen diagnóstico dual y un tratamiento integral, que debe asumir un solo equipo asistencial para evitar en lo posible los tratamientos en paralelo, ya que son los tratamientos integrados los que han evidenciado mejores resultados.

8. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson (original 2000).
- Alameda, J., Arenas, F., Blanco, F., del Rio, F., Ramírez, J., Sanza, S., Tenorio, J. y Zambrana, J. (2002). *Protocolo de actuación conjunta entre los equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención en adicciones*. Barcelona: Sociodrogalcohol.

- Becoña, E. y López, A. (en prensa). Drogodependencias, patología dual y comorbilidad. En J. L. Graña y R. Secades (Coord.), *Manual de drogodependencias*. Madrid: Pirámide.
- Bravo, R., Echeburúa E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- García-Campayo, J. y Sanz, C. (2001). Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. En G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Álamo y J. Santo-Domingo (Eds.), *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias* (pp.136-154). Madrid: Panamericana.
- Guardia, J., Iglesias, L., Segura, L. y Gonzalvo, B. (2003). Manejo del paciente con patología dual. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (Eds.), *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 494-509). Madrid: Panamericana.
- Kavanagh, D. J. y Connolly, J. M. (2009). Interventions for co-occurring addictive and other mental disorders (AMDs). *Addictive Behaviors*, 34, 838-845.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- López-Ibor, J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV. Versión Española*. Madrid. Organización Mundial de la Salud.
- Martínez-González, J. M. (en prensa). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*.
- Martínez-González, J. M., Graña, J. L. y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112.
- Martínez-González, J. M. y Trujillo, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- San Molina, L. (2003). *Consenso SEP sobre patología dual*. Barcelona: Ars Médica.
- San Molina, L. y Casas, M. (2002). *Recomendaciones terapéuticas en patología dual*. Barcelona: Ars Médica.
- Santis, R. y Casas, M. (1999). *Diagnóstico dual*. Ponencia presentada en VI Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Solomon, J. (1996). Tratamiento de los problemas agudos en el paciente con diagnóstico dual. Uso de sustancias y psiquiatría. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), *Diagnóstico dual*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

- Torrens, M., Astals, M., Martín-Santos, R. y Domungo-Salvany, A. (2005). *Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica*. Ponencia presentada en el Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. y Martín-Santos R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Weiss, R. D., Mirin, S. M. y Frances, R. J. (1992). The myth of the typical dual diagnosis patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 107-108.
- Weiss, R. D., Najavits, L. M. y Mirin, S. M. (1998). Substance abuse and psychiatric disorders. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviours* (2nd ed., pp. 291-318). Nueva York: Guildford Press.

CAPÍTULO 7

EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología que se centra en el estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto con el objetivo de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta (Fernández-Ballesteros, 1999). La evaluación tiene como objetivo fundamental describir el problema por el que acude una persona a tratamiento de forma que pueda llegarse no sólo a diagnosticar su trastorno o trastornos y la gravedad de los mismos, sino también a planificar el tratamiento más ajustado a las necesidades detectadas y poder valorar los resultados que se van obteniendo con el tratamiento.

El continuo de evaluación sigue una serie de fases secuenciales que suelen agruparse en cinco pasos:

1. Descripción de las conductas que constituyen el problema y de las variables que lo mantienen.
2. Formulación de hipótesis explicativas del problema.
3. Establecimiento de objetivos terapéuticos.
4. Selección de las técnicas de tratamiento.
5. Valoración de los resultados de la aplicación del tratamiento.

En las últimas décadas, con la implantación de las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, por su eficacia y efectividad, la evaluación conductual ha cobrado una gran relevancia. La evaluación conductual ha permitido ampliar la tradicional evaluación psicológica

(de tipo psicométrica y descriptiva), que se sigue utilizando, con otros métodos y técnicas más observacionales (ej., autorregistros, entrevista conductual, medidas psicofisiológicas). También en los últimos años destaca la necesidad de utilizar sistemas diagnósticos establecidos en el campo de la salud mental (DSM-IV-TR y CIE-10, actualmente), e integrar estos sistemas en la propia evaluación, así como otros procedimientos de evaluación psicológica (ej., evaluación neuropsicológica) o de otras áreas (ej., médica, social, etc.).

En la evaluación conductual se diferencian dos niveles en el campo de las drogo-dependencias:

1. Evaluación específica centrada en la amplitud y circunstancias del consumo de drogas: drogas y dosis consumidas, vía de administración, momentos de mayor consumo o circunstancias en que se consume, etc.
2. Evaluación de otros aspectos relacionados con el consumo de drogas que pueden ser causa o consecuencia del consumo. Aspectos a considerar serían las condiciones psicológicas o posibles conductas problemáticas: ansiedad, depresión, distorsiones cognitivas, trastornos del sueño, déficits en habilidades sociales y disfunciones sexuales, entre otras; el estado de salud general, atendiendo a enfermedades como VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.; el grado de cohesión familiar y social; la situación económica; o la situación ante la ley que influye notablemente en la motivación para participar en un programa terapéutico.

En líneas generales, en cualquier tipo de evaluación psicológica en el campo de las adicciones es imprescindible obtener información sobre aspectos relacionados con:

1. Nivel de gravedad de la conducta adictiva. Se refiere a problemas que se han desarrollado en un período de tiempo más o menos grande y que se clasifican en el DSM-IV-TR (APA, 2000) dentro de la categoría de *trastornos por consumo de sustancias* (ver capítulo 1 y 6).
2. Problemas agudos que se presentan durante la intoxicación o la abstinencia y que aparecen detallados en la sección de *trastornos inducidos por sustancias* en el DSM-IV-TR (APA, 2000) (ver capítulo 1 y 6).
3. Trastornos psicopatológicos. Trastornos mentales de los ejes I y II distintos al trastorno de abuso o dependencia de sustancias.
4. Estado psicológico del individuo.
5. Evaluación neuropsicológica.
6. Evaluación de los estadios de cambio.

Para la obtención de esta información disponemos de la entrevista conductual, la autoobservación y los instrumentos de evaluación estandarizados (entrevistas y autoinformes).

La entrevista es el primer contacto que tiene el cliente con el terapeuta y el objetivo fundamental de la misma es obtener información relevante que permita conocer el problema de la persona, las causas del mismo y poder planificar un adecuado plan de tratamiento. La autoobservación mediante autorregistros es un procedimiento barato, que lleva a cabo el propio individuo y que resulta fácil de adecuar a las condiciones naturales de su funcionamiento cotidiano. El autorregistro es uno de los instrumentos de evaluación conductual que más utilidad tiene en el desarrollo de la formulación clínica, ya que permite la inclusión de instrucciones detalladas para que el paciente haga registros específicos de diversos aspectos de su comportamiento adictivo, no solamente en términos de descripción de respuesta, sino también de relaciones con otras variables de estímulo que se relacionan con el problema.

En los siguientes apartados describimos los instrumentos más adecuados y que hemos seleccionado por ser los que tienen mejor *fiabilidad* (capacidad de obtener resultados consistentes en mediciones sucesivas del mismo fenómeno, o grado de precisión con la que un instrumento de medida mide lo que mide), *validez* (certeza del significado de lo medido, o grado en que un instrumento de medida mide lo que pretende medir) y *utilidad* (finalidad del mismo, brevedad, sencillez, bajo coste, etc.) en la evaluación de cada uno de los distintos trastornos. Ellos son los que más frecuentemente se utilizan para llevar a cabo una adecuada evaluación psicológica (González, Iraurgi y Carulla, 2002). También es importante considerar en cada instrumento de evaluación la *sensibilidad*, o probabilidad de clasificar a un individuo con la característica A con un resultado positivo en la prueba (proporción de aciertos positivos), y la *especificidad*, o probabilidad de clasificar correctamente a un individuo con la característica A con un resultado negativo en la prueba (proporción de falsos positivos).

No nos vamos a detener en técnicas de evaluación conductual como la observación, la autoobservación, la entrevista conductual o los registros psicofisiológicos, por ser conocidas y precisar un tratamiento monográfico, aunque pueden verse de manera detallada en Labrador (2008). De modo semejante, no analizaremos la formulación clínica de los trastornos como elemento integrador de toda la información recogida a lo largo de la evaluación para planificar el tratamiento (ver Labrador, 2008). Pero, para tener un esquema conceptual claro de todo el proceso, en la Figura 7.1 indicamos la relación mutua entre evaluación y tratamiento, y cómo dentro de la evaluación hoy tenemos que considerar, evaluar e integrar el análisis descriptivo, el análisis funcional y la formulación del caso y el diagnóstico (Muñoz, 2003). Nunca debemos olvidar que el objetivo de la evaluación clínica es conocer cuál es el problema del individuo, causas y factores de mantenimiento, recursos de que dispone, diagnóstico, qué tratamiento se le adecua mejor y cómo poner en práctica el mismo. De igual modo, la evaluación continuará a lo largo de todo el proceso de tratamiento, dado que evaluación y tratamiento van muy unidos en el trabajo del psicólogo clínico.

A continuación se presentan instrumentos de diagnóstico y evaluación psicológica. Éstos han sido seleccionados entre los instrumentos que cuentan con mayor fiabilidad, validez y utilidad, así como un adecuado respaldo tanto en el campo de la investigación como de la clínica.

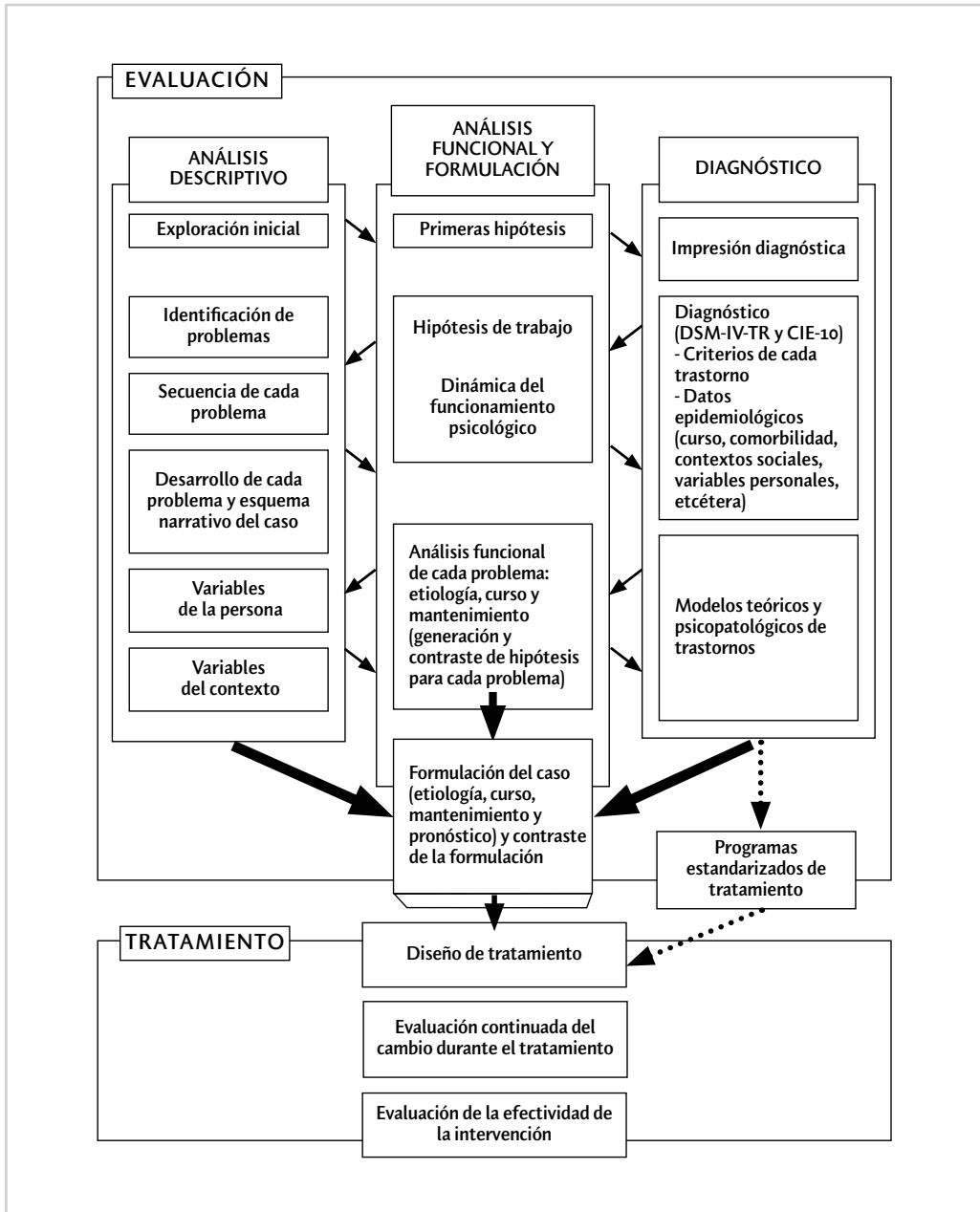


Figura 7.1. Relación entre la evaluación y el tratamiento.

Fuente: Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Editorial Síntesis, pág. 30. © Editorial Síntesis. Reproducido con autorización.

2. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Los estudios epidemiológicos y clínicos muestran una elevada presencia de trastornos psicopatológicos (trastornos depresivos, de ansiedad, de personalidad y psicóticos) en pacientes con diagnóstico de abuso/dependencia de sustancias. A la hora de hacer la evaluación de este tipo de trastornos es necesario tomar en consideración la relación temporal entre el momento del consumo y la aparición y curso de estos síntomas así como su persistencia o no tras la interrupción del consumo, ya que pueden confundirse los síntomas con el síndrome de abstinencia o la intoxicación producidos por el consumo de drogas.

2.1. Evaluación de los trastornos mentales y del comportamiento

Para evaluar la posible existencia de trastornos mentales y del comportamiento comórbidos se pueden utilizar instrumentos genéricos, que realizan una exploración más o menos amplia de los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes. Si ya se tuviesen indicios que hicieran sospechar de la presencia de uno o varios trastornos concretos lo más adecuado sería utilizar instrumentos específicos para ese cuadro.

2.1.1. Entrevistas clínicas

Pueden utilizarse de dos formas distintas: para confirmar o rechazar una hipótesis diagnóstica o administrarla de forma completa para garantizar una evaluación sistemática de todos los diagnósticos principales. Las más importantes se indican a continuación. Todas ellas cubren todos los trastornos mentales y del comportamiento del eje I y eje II.

- *Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del Eje I del DSM-IV* (*Structured Clinical Interview, SCID I*; First, Spitzer, Gibbson y Williams, 1998a). Diagnóstico con criterios DSM-IV.
- *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Robins et al., 1988). Diagnóstico con criterios CIE-10.
- *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Organización Mundial para la Salud, 1992). Diagnósticos con criterios CIE-10.
- *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM; Hasin, Trautman, Míele, Samet, Smith y Endicott, 1996, adaptación en español de Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez y Martín-Santos, 2004). Entrevista semiestructurada para detectar trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Facilita el diagnóstico diferencial entre “primario” o “inducido por sustancias” ya que comienza por la historia del consumo de drogas para obtener un cronograma de episodios de consumo y abstinencia en el que se intercala la información obtenida para otros trastornos.

2.1.2. Cuestionarios generales

- *Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (Symptom Check List Revised, SCL-90-R)* (Derogatis, 2002). Evalúa nueve escalas sintomáticas (ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) y también incluye tres índices globales de psicopatología.
- *Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire, GHQ-28; Golberg y Hillier, 1979; validación española en Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986)*. Ofrece resultados en cuatro áreas: síntomas somáticos de origen psicológico, ansiedad/angustia, disfunción social y depresión.

2.1.3. Escalas específicas

Para evaluar depresión (no hacen diagnóstico del trastorno depresivo) las escalas más utilizadas son:

- *Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS; Hamilton, 1960)*. Consta de 17 ítems que ofrecen una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en cada uno de sus cuatro factores: melancolía, ansiedad, sueño y vitalidad.
- *Inventario para la Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory II, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)*. Evalúa la presencia de sintomatología depresiva en las últimas dos semanas y cuantifica su intensidad. Consta de 21 ítems diferenciados en dos factores: 1) subescala afectiva (pesimismo, los errores del pasado, los sentimientos de culpa, los sentimientos de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad), 2) subescala somática (tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual).
- Otras escalas que también evalúan depresión son el *CES-D* (Radloff, 1977) orientada a la realización de estudios epidemiológicos, la *Escala de depresión de Montgomery-Asberg* (Montgomery y Asberg, 1979) o la *Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung* (Zung, 1965), entre otras.

Para evaluar la ansiedad disponemos, entre otras, de:

- *Escala de evaluación de la ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS; Hamilton, 1959)*. Evalúa ansiedad cognitiva y somática pero carece de baremos estandarizados. Todos los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, no mostrándose útiles para evaluar un trastorno de ansiedad concreto.

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Stait-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Luchene, 1971)*. Evalúa únicamente síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad pero es uno de los más utilizados principalmente por su brevedad, fácil corrección y por disponer de baremos estandarizados para poder comparar al sujeto con su grupo normativo.

Para la esquizofrenia o alguna otra forma de psicosis disponemos de:

- *Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS; Overall y Gorhan, 1962)*. Permite realizar evaluaciones rápidas y altamente eficientes de los cambios producidos en los síntomas de las personas con este trastorno. Actualmente se utiliza preferentemente como una medida de la gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.
- *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Kay, Fiszbein y Oplercols, 1987)*. Clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto y evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la patología general del trastorno. Se diferencian cuatro escalas: 1) Positiva (evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal), 2) Negativa (evalúa los déficits respecto a un estado mental normal), 3) Compuesta (evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro) y, 4) Psicopatología general (evalúa la presencia de otros tipos de síntomas como depresión, ansiedad, orientación, etc.).

Y, para la evaluación del riesgo autolítico:

- *Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI; Beck, Kovacs y Weissman, 1979)*. Evalúa la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse.
- *Escala de Desesperanza (Beck Hopelessness Scale; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)*. Evalúa la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras, uno de los tres componentes de la tríada cognitiva de Beck.

2.2. Evaluación de la personalidad y de los trastornos de personalidad

Hay múltiples estudios que indican la existencia de una alta comorbilidad de los trastornos de personalidad entre la población drogodependiente, así como la cada vez más clara influencia de los mismos en el curso y el resultado del tratamiento.

Se han realizado numerosos estudios intentando detectar aquellos rasgos de personalidad que pueden obrar como predisponentes de los trastornos adictivos, llegándose a identificar algunos aspectos frecuentes como la necesidad de gratificación inmediata y baja capacidad de control, baja tolerancia a la frustración, tendencia al establecimiento de

relaciones interpersonales gratificantes y placenteras de carácter superficial y sin ningún tipo de compromiso, aplanamiento de la autoexigencia, responsabilidad y deber.

El conocimiento de las características de personalidad del individuo permite al clínico comprender más acertadamente sus conductas y motivaciones, establecer una comunicación terapéutica más eficaz y adecuar las intervenciones a sus necesidades y capacidades.

2.2.1. Entrevistas clínicas

- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV* (SCID II; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1998b). Permite al clínico el diagnóstico de los trastornos de personalidad con criterios DSM-IV.
- *Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE; Loranger, 1995)*. Los criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante preguntas que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afecto, prueba de realidad y control de impulsos. Este instrumento proporciona dos tipos de información diagnóstica: categorial (es decir, si cada uno de los trastornos de personalidad explorado está ausente, probable o presente) y dimensional (de cada trastorno de personalidad proporciona una medida de la intensidad con la que está presente).

2.2.2. Cuestionarios autoinformados

- *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III; Millon, 1994)*. Evalúa 11 patrones clínicos de personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo; y tres patrones graves de personalidad: esquizotípico, límite y paranoide. Evalúa también una serie de síndromes del eje I (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante).
- *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 Reestructurado (MMPI-2 RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008)*. Evalúa varios factores o aspectos de la personalidad y contiene 8 escalas de validez, 3 escalas de segundo orden (dimensiones globales), 9 escalas clínicas reestructuradas, 23 escalas de problemas específicos (5 escalas somáticas, 9 de internalización, 4 de externalización, 5 de relaciones interpersonales), 2 escalas de intereses y 5 escalas de personalidad psicopatológica (agresividad, psicoticismo, falta de control, emocionalidad negativa / neuroticismo e introversión/escasa emocionalidad positiva). Respecto a versiones anteriores (el MMPI y el MMPI-2), destaca por la reducción importante del número de ítems y del tiempo de aplicación, así como por

incluir un nuevo conjunto de escalas que permiten una evaluación más eficiente, centrada en el contenido y coherente en su estructura y organización.

- *Cuestionario Exploratorio de la Personalidad* (CEPER, Caballo, 1997). Fue construido formulando los criterios del DSM-IV a modo de preguntas e incluye los criterios de los diez trastornos de personalidad del DSM-IV, más el pasivo-agresivo y depresivo, así como los dos que han desaparecido en el paso del DSM-III al DSM-IV (sádico y autodestructivo).
- *16 PF-5* (Cattell y Cattell, 1995). Tiene 185 ítems y mide, con algunas variaciones y mejoras, las mismas 16 escalas primarias que las versiones previas. Las 5 dimensiones superiores se denominan ahora dimensiones globales (extraversión, ansiedad, dureza, independencia y autocontrol) y están en la línea de los “cinco grandes” medidos por otros instrumentos que se recogen a continuación.
- *Inventario NEO de Personalidad - Revisado* (NEO-PIR, Costa y McCrae, 1992). Desde un enfoque dimensional evalúa los siguientes factores: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.
- El *Cuestionario Big Five* (BFQ; Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993). Evalúa cinco factores denominados energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional y apertura mental.
- *Inventario del Temperamento y Carácter Revisado* (TCI-R; Cloninger, 1999). Evalúa cuatro dimensiones del temperamento (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia) y tres de carácter (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia). El temperamento implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales, determina hábitos y emociones y se mantiene estable a lo largo del tiempo, mientras que el carácter es lo que hacemos por nosotros mismos de manera intencional y básicamente se construye a través del proceso de socialización.
- *Cuestionario de Personalidad de Eysenck- Revisado* (EPQ-R; Eysenck y Eysenck, 1985). Considera, al igual que la versión previa, que hay tres dimensiones básicas de la personalidad: extraversión, emotividad y dureza y otra complementaria de disimulo/ conformidad. Fue diseñado para corregir las deficiencias psicométricas de la escala original de dureza en el EPQ.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1989). Es un autoinforme que presenta una medida global y unidimensional de la autoestima. Consta de 10 ítems y la puntuación mínima es de 10 y la máxima de 40. A mayor puntuación menor autoestima.
- *Escala de Impulsividad de Barratt BIS 11* (*The Barratt Impulsiveness Scale 11*, BIS-11; Patton, Stanford y Barratt, 1995). Cuestionario de 30 ítems, con cuatro opciones de

respuesta, que están agrupados en tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada.

- *Escala de Búsqueda de Sensaciones V (Sensation-Seeking Scale, SSS V; Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978)*. Cuestionario de 40 ítems con formato de respuesta dicotómico formado por cuatro subescalas con diez ítems cada una: búsqueda de emociones, búsqueda de excitación, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.
- *Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973)*. Consta de 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde +3 (muy característico en mí), hasta -3 (muy poco característico en mí). Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja habilidad social.
- *Cuestionario de Esferas de Control (Paulhus y Christie, 1981)*. Evalúa el locus de control (interno/externo) en tres áreas: eficacia personal, control interpersonal y control sociopolítico.

3. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

En los últimos años, se ha puesto en evidencia la necesidad de realizar evaluaciones neuropsicológicas en el campo de las adicciones al describirse algunos procesos cognitivos alterados, en especial las funciones ejecutivas. Entre el conjunto de déficits localizados en los lóbulos frontales destacan (Verdejo-García y Bechara, 2010): 1) dificultades para iniciar, interrumpir y/o reiniciar la conducta; 2) problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención; 3) desinhibición y dificultad para resistirse a las interferencias; 4) inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas; 5) déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas; 6) falta de regulación de la conducta basada en los feedbacks; 7) dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos; 8) disminución en la producción fluída del lenguaje; 9) dificultades en la recuperación guiada de la información almacenada; y, 10) alteraciones en el razonamiento social.

Estas alteraciones pueden explicar algunas de las dificultades que presentan los consumidores de drogas a la hora de asimilar algunos de los componentes de los procesos de intervención y tratamiento que tienen una importante carga cognitiva – educativa (Ruiz Sánchez de León et al., 2009; Verdejo-García, Orozco-Giménez, Meersmans, Aguilar de Arcos y Pérez-García, 2004).

Hay escalas de valoración psicométrica orientadas a describir el funcionamiento en la vida cotidiana de los individuos y, en su caso, detectar problemas en ella derivados de presentar sintomatología disejecutiva. Están validados en población española:

- *La Escala de Comportamiento del Sistema Frontal* (*Frontal System Behavior Scale, FrSBe*; Grace y Malloy, 2001, validación española de Pedrero, Ruiz Sánchez de León, Llanero, Rojo, Olivar y Puerta, 2009).
- *El Cuestionario Disejecutivo* (*Dysexecutive Questionnaire, DEX*; Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans, 1996, validación española de Llanero, Ruiz Sánchez de León, Pedrero, Olivar, Bouso, Rojo y Puerta, 2008).

La evaluación de las funciones ejecutivas es compleja, posiblemente por la escasa operatividad de la descripción de este constructo (Alexander y Crutcher, 1990), así como por la estructura de los tests empleados. Resulta prácticamente imposible diseñar un test que valore exclusivamente funciones ejecutivas, ya que, por definición, este concepto abarca una compleja red de funciones y procesos cognitivos. Por otra parte, en la vida cotidiana la resolución de situaciones novedosas implica no sólo procesos cognitivos sino también aspectos sociales y emocionales, tales como comprender la intencionalidad del otro o responder a la información que proviene del entorno.

Esta situación ha motivado que diferentes investigadores (ver Tirapu, García, Luna, Roig y Pelegrín, 2008) consideren que la forma más práctica y operativa para evaluar las funciones ejecutivas es analizar de forma separada los procesos implicados en el funcionamiento ejecutivo. Los procesos más analizados son la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la fluidez verbal fonológica y semántica, la inhibición o control de la interferencia, la flexibilidad cognitiva, la planificación y toma de decisiones. Para ello contamos con diversos instrumentos entre los que podemos destacar: *Stroop*, tareas *Go/NoGo* o *Stop signal*, *Test de Hayling*, *Test de Torre de Hanoi*, *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin* y el *Iowa Gambling Task*.

4. EVALUACIÓN DE LOS ESTADIOS DE CAMBIO

Otro aspecto a evaluar a la hora de iniciar un tratamiento es el nivel de motivación o predisposición al cambio que muestra el paciente al inicio de cualquier intervención (se requiere de un nivel mínimo de predisposición a cambiar) y a lo largo de la intervención (si desciende el nivel de predisposición se paraliza la consecución de objetivos terapéuticos). Algunos de los cuestionarios diseñados para ello son:

- *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island* (*The University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA*; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). Es un cuestionario de 32 ítems que proporciona puntuaciones en cuatro escalas que se corresponden con los estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

- SOCRATES (*Stages of Change and Treatment Eagerness Scales*; Miller y Tonigan, 1996). Surgió como una alternativa al URICA en población con dependencia del alcohol. Sin embargo, este instrumento también se ha utilizado para la evaluación de la preparación para el cambio en tabaquismo y en la adicción a otras drogas. Consta de 19 ítems y contiene tres escalas: ambivalencia, reconocimiento y emprendimiento de cambios, que representarían el proceso motivacional distribuido en un continuo.
- *Cuestionario de Preparación para el Cambio (Readiness to Change Questionnaire*; Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992, adaptación española de Rodríguez-Martos et al., 2000). Consta de 12 ítems y en él se describen tres estadios motivacionales (precontemplación, contemplación y acción), cada uno de los cuales está representado por 4 ítems. En la versión española se han señalado dificultades de comprensión.

También contamos con cuestionarios que evalúan los estadios de cambio centrándose en una sustancia en concreto, la droga principal consumida por el sujeto, como el *Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína* (PCQ; Martin, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992) que evalúa 10 procesos de cambio de Prochaska y Diclemente.

La información aportada por este instrumento permite que el terapeuta conozca de forma mucho más sistemática qué procedimientos tiene que aplicar y/o enseñar para que la persona desarrolle los procesos de cambio que le permitan progresar hacia el próximo estadio. Por tanto, resulta útil para la adecuación de los diferentes procedimientos de intervención en cada momento del cambio individual.

5. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FÍSICO Y SOCIAL

Además de todos los aspectos previos que hemos visto de la evaluación, desde el punto de vista psicológico, no podemos olvidar que el consumo de drogas tiene con frecuencia consecuencias negativas en otros ámbitos del individuo, tales como la salud física, el ámbito familiar, laboral, económico, problemas con la justicia, etc.

Con la evaluación obtenemos una valoración global del individuo, que permite establecer un pronóstico de qué se puede hacer, cómo y cuándo. De este modo, la evaluación se convierte en un punto esencial de todo el proceso terapéutico al permitir definir y ajustar el mejor tratamiento interdisciplinar para cada caso. Como un ejemplo, en el DSM-IV-TR se consideran cinco ejes en los que hay que evaluar al individuo (Tabla 7.1), lo que muestra la necesidad de tener en cuenta tanto los aspectos del funcionamiento psicopatológico como los del funcionamiento cotidiano y adaptativo-desadaptativo del individuo.

Con toda la información obtenida en la evaluación tenemos que proceder a seleccionar el mejor tratamiento para nuestro paciente. En ocasiones es suficiente aplicarle sólo un tratamiento psicológico (ej., en la dependencia de la nicotina, cannabis, cocaína, juego patológico,

etc.), el cual debe estar fundamentado en la psicología basada en la evidencia (Becoña et al., 2008; Labrador, Echeburúa y Becoña, 1998; Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001), pero no podemos olvidar la necesidad de una evaluación completa en todas las áreas que se han podido ver afectadas por el consumo de drogas, ya que en otros casos el tratamiento tiene que ser multidisciplinar dadas las múltiples áreas que puede tener afectadas por su dependencia (ej., médica, laboral, económica, legal, familiar, etc.). Especialmente, como ya hemos visto en el capítulo anterior, la comorbilidad es un importante problema que tienen la mayoría de las personas con adicciones. Por esta razón el trabajo interdisciplinar es clave en el abordaje de las conductas adictivas.

Tabla 7.1. Ejes del DSM-IV-TR.

Eje I	Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de personalidad Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global (escala de 0-100 para la evaluación del funcionamiento global)

6. EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS DISTINTAS ADICCIONES

6.1. Dependencia del alcohol

6.1.1. Cuestionarios de evaluación del consumo del alcohol

- *Evaluación General del Alcoholismo Crónico* (CAGE; Mayfield, McLeod y Hall, 1974, validación española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez, 1986). Es un instrumento de cribado que permite detectar pacientes con posible dependencia al alcohol. Consta de 4 preguntas con formato de respuesta dicotómica (si-no), que ha mostrado amplia especificidad (100% o cercano al mismo) y un valor predictivo del 93% (San y Torrens, 1994). Es muy utilizado en Atención Primaria para el *screening* de alcoholismo por su brevedad (4 ítems) pero se deben intercalar las preguntas dentro de una entrevista más amplia para evitar que la persona ponga en marcha resistencias para reconocer el problema.
- *Test de Identificación de Trastornos por el Uso de Alcohol* (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993, adaptación española de Contel, Gual y Colom, 1999). Cuestionario elaborado bajo los auspicios de la OMS para disponer de un instrumento

de detección de consumo abusivo de alcohol, rápido, fácil, fiable y comparable entre países. Consta de 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta y evalúa la presencia de consumos de riesgo de alcohol y la sospecha de dependencia. Existe una versión reducida que recoge los tres primeros ítems del AUDIT: el *Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption questions* (AUDIT-C) (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn y Bradley, 1998).

- *Cuestionario Breve para Alcohólicos* (CBA, Feuerlein, 1976, adaptación española de Rodríguez-Martos et al., 1986). Evalúa la presencia de síntomas físicos, pensamientos sobre el consumo de alcohol, posibles antecedentes de la ingesta y consecuencias de la misma. Es más amplio que los anteriores pero no evalúa la frecuencia de consumo.
- *Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos* (ISCA; Gual, Contel, Segura, Ribas y Colom, 2001). Diseñado en nuestro medio, el objetivo es la detección precoz de bebedores de riesgo en Atención Primaria. Consta de 3 preguntas del tipo cantidad-frecuencia para evaluar los consumos de alcohol teniendo en cuenta tanto los patrones regulares como irregulares de consumo semanal. La primera pregunta explora el consumo de alcohol, la segunda la frecuencia de consumo y la tercera las variaciones de consumo entre días laborales y festivos.
- *Test de Alcoholismo de Munich* (*Munich Alcoholism Test*, MALT) (Feuerlein, Küfner, Ringer y Antons, 1979; adaptación española de Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Es un instrumento que sirve para hacer diagnóstico diferencial y para confirmar las sospechas de alcoholismo después de haber utilizado instrumentos más cortos como el CAGE o el CBA. Consta de dos partes. El MALT-O es la parte objetiva del instrumento, que completa el médico durante la exploración del paciente. Consta de siete ítems que se cubren a partir de la exploración clínica, análisis de laboratorio y anamnesis. La otra parte, el MALT-S, es la parte subjetiva del cuestionario. Consta de 24 ítems en el cuestionario original y de 26 en la versión española de Rodríguez-Martos y Suárez (1984). En ellos se evalúa la conducta de consumo de alcohol, aspectos psicológicos, somáticos y sociales referidos a la dependencia alcohólica y centrados en los últimos dos años. Es un instrumento con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%.

6.1.2. Otros cuestionarios relacionados con el consumo de alcohol

- *Escala Multidimensional de Craving de Alcohol* (EMCA; Guardia et al., 2004). Consta de 12 ítems agrupados en dos factores denominados: desinhibición conductual y deseo. El *craving*, o deseo de consumo, es un concepto clave en drogodependencias y su evaluación permite tanto el diseño de la intervención dirigida al cese del consumo como la planificación de la prevención de recaídas.

- *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS, Anton, Moak y Latham, 1995, validado en España por Rubio y López, 1999). Consta de 14 preguntas que se agrupan en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y consumo (componente compulsivo). Sin embargo, el análisis factorial del instrumento no refleja esos dos factores en nuestro medio.
- *Perfil Global del Bebedor* (*Comprehensive Drinking Profile*; Miller y Marlatt, 1984, validación española de García-González, 1991). Consta de 3 módulos: 1) variables de identificación (edad y residencia, estatus familiar, estatus laboral, historia educativa), 2) patrón y conductas relacionadas con el consumo de alcohol (inicio del problema, factores desencadenantes, hábitos familiares, pautas de consumo, bebidas preferidas, expectativas ante el alcohol, problemas bio-psico-sociales derivados del consumo, etc.) y, 3) motivaciones hacia el tratamiento y expectativas ante el resultado de la terapia.
- *Inventario de Situaciones de Bebida* (Annis y Graham, 1992). Son 100 ítems que recogen diferentes situaciones de alto riesgo clasificadas en las dimensiones del modelo de prevención de recaídas clásico de Marlatt y Gordon (1985): a) determinantes intrapersonales: *emociones desagradables, malestar físico, estados emocionales positivos, comprobación de control personal, urgencias y tentaciones*; y b) determinantes interpersonales: *conflictos con otros, presión social para beber y situaciones agradables con los demás*. Se obtiene un perfil del paciente en el que se indica el tipo de situaciones de alto riesgo a las que se tiene que prestar una mayor atención porque indican una mayor inseguridad por su parte para hacerles frente.
- *Inventario de Habilidades de Afrontamiento* (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983, adaptado en España por García y Alonso, 2002). Listado de 36 estrategias utilizadas para evitar la recaída. Se agrupan en cuatro factores: estrategias conductuales de evitación, de distracción, de búsqueda de apoyo social y otras estrategias cognitivas como pensar en las consecuencias negativas que pueden derivarse del consumo o pensar en las consecuencias positivas derivadas del mantenimiento de la abstinencia. Se exploran conductas cognitivas y conductuales de carácter personal así como las referidas a recursos del medio como las redes de apoyo social. Al sujeto se le pide que indique la frecuencia con la que ha utilizado cada una de las estrategias para afrontar las diferentes situaciones de riesgo en el último año.

6.1.3. Pruebas biológicas

Existen varios índices para evaluar el nivel y gravedad del consumo de alcohol. Entre los marcadores biológicos en plasma se utiliza la gamma-glutamiltanspeptidasa (GGT), la transaminasa glutamitocooalacética (GOT o AST), la transaminasa glutamicopirúvica (GPT o

ALT), el volumen corpuscular medio (VMC), el colesterol HDL, los triglicéridos, el ácido úrico y el cociente GOT/GPT < 1 , entre los más importantes (Ponce, Jiménez-Arriero y Rubio, 2003). También se puede detectar el nivel de alcohol en aliento y saliva.

6.2. Dependencia de la nicotina

6.2.1. Cuestionarios de evaluación de la dependencia de la nicotina

- *Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina* (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta de fácil corrección. Tiene la peculiaridad de que también ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre. Por tanto, esta característica le permite ser utilizado para medir el grado de dependencia fisiológica. La relación entre este cuestionario y las medidas fisiológicas de fumar es alta (Becoña y García, 1995).
- *Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina* (NDSS, Shiffman, Waters y Hickcox, 2004, validación española de Becoña, Fernández del Río, López y Míguez, 2009). Sigue la línea de los criterios del DSM-IV-TR y con 19 ítems permite evaluar un factor general de dependencia de la nicotina a partir de cinco aspectos centrales: impulso (*drive*), que captura el *craving* y el síndrome de abstinencia y el sentido subjetivo de la compulsión a fumar; prioridad, que refleja la preferencia conductual de fumar por encima de otros reforzadores; tolerancia, que evalúa la reducción de la sensibilidad a los efectos de fumar; continuidad, que se refiere a la regularidad de fumar; y estereotipia, que evalúa la invarianza o monotonía de fumar. También existe una escala corta de la misma con un factor general de dependencia de la nicotina, la NDSS-S (Becoña et al., 2011).

6.2.2. Otros cuestionarios relacionados con el consumo de tabaco

- *Escalas para evaluar la motivación*. Se han utilizado habitualmente los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (Escala URICA) o la escala de Abrams y Biener (1992), de un solo ítem con 10 alternativas de respuesta en función de la motivación que tiene el fumador.
- *Escala de pros y contras de fumar* (Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil y Norcross, 1985; Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg, 1985). Consta de dos subescalas, una de 10 ítems *pros* y otra de 10 ítems *contras*, con cinco alternativas de respuesta y es útil para resolver la ambivalencia basándose en el balance de los pros y contras de seguir fumando o dejarlo.
- *Autoeficacia: Cuestionario de confianza en situaciones de fumar* de Condiotte y Lichtenstein (1981). Evalúa la eficacia que percibe el sujeto de estar abstinentemente en aquellas

situaciones en las que tiene más probabilidad de fumar; es decir, los sujetos indican su resistencia a la urgencia de fumar. Dicha escala consta de 48 ítems (situaciones), con 10 alternativas de respuesta, en una escala de 100 puntos con intervalos de 10.

- *Escala de autoeficacia para evitar fumar* de Diclemente (1981). Consta de 12 ítems (situaciones), con siete alternativas de respuesta y evalúa el grado en que el sujeto evita fumar en 12 situaciones que son frecuentes para cualquier fumador, es decir, evalúa la percepción de eficacia del sujeto respecto a su habilidad para evitar fumar y mantenerse abstinentes.

6.2.3. Evaluación fisiológica

Además de los instrumentos estandarizados, en el tratamiento del tabaquismo contamos también con medidas fisiológicas que evalúan el nivel del consumo o, cuando dejan de fumar, si están o no abstinentes realmente. Las medidas que se utilizan con más frecuencia son el monóxido de carbono en el aire espirado, el tiocianato y la cotinina en saliva u orina y, en menor grado, la carboxihemoglobina y la nicotina en sangre (Becoña, 1994).

6.3. Dependencia de drogas ilegales

6.3.1. Entrevistas para la evaluación del consumo de drogas ilegales

- *Índice de Severidad de la Adicción* (ASI 6; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006, validación española de Diaz et al., 2010). Evalúa el grado de severidad del problema en siete áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales, y estado psicológico.
- *EuropASI* (Bobes et al., 2007). Es la versión europea de la 5ª versión del ASI (McLellan et al, 1992).
- *Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos* (OTI; Darke, Ward, Hall, Heather y Wodak, 1991). Elaborado especialmente para la evaluación de resultados en los tratamientos de la adicción a opiáceos. Se estructura en 6 áreas: consumo de drogas, conductas de riesgo para el VIH, funcionamiento social, actividad delictiva, estado de salud y situación psicológica (que consiste en los 28 ítems del Cuestionario de Salud General, GHQ-28 de Goldberg y Hillier, 1979). El OTI tiene como ventaja frente al ASI que se administra de 20 a 30 minutos. El ASI en 45-60 minutos.
- *Perfil de Adicción del Maudsley* (MAP; Marsden et al., 1998, validación española de Torres y Fernández, 2004). Entrevista de 60 ítems que cubre cuatro áreas: abuso de sustancias, inyección y conductas sexuales de riesgo, salud y contexto vital y funcionamiento social. Respecto al tiempo de aplicación es más breve que las anteriores, de 10 a 15 minutos.

6.3.2. Instrumentos para identificar abuso o dependencia

- *Test de Evaluación para el Consumo de Drogas (Drug Abuse Screening Test, DAST; Gavin, Ross y Skinner, 1989)*. Es una adaptación del MAST (consumo de alcohol) para detectar problemas de abuso de drogas. Ofrece un índice cuantitativo de la medida en que se padecen problemas o consecuencias por el abuso de drogas. Su cumplimentación requiere aproximadamente 5 minutos.
- *Cuestionario de Severidad de la Dependencia a Opiáceos (Severity of Opiate Dependence Questionnaire, SOPQ; Sutherland et al., 1986)*. Es una adaptación del SAQD (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*). Incluye preguntas relativas a cinco dimensiones 1) cantidad, vía de administración y patrón de consumo de opiáceos; 2) síntomas físicos de abstinencia; 3) síntomas afectivos de abstinencia; 4) consumo de opiáceos y otras drogas para aliviar la sintomatología de abstinencia; y 5) rapidez en la instauración de los síntomas de abstinencia después de reiniciar el consumo de opiáceos tras un período de privación de la droga.
- *Severity of Dependence Scale adaptada al cannabis (Martin, Copeland, Gates y Gilmour, 2006; adaptación española de Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009)*.
- *Cannabis Abuse Screening Test (CAST; Leglève, Karila, Beck y Reynaud, 2007; adaptación española de Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009)*. Evalúa el consumo problemático de cannabis, es decir, el consumo que tiene consecuencias sociales y de salud negativas para el consumidor o para quienes lo rodean. Son 6 ítems basados en los criterios DSM- IV que evalúan los problemas derivados del consumo.
- *Abuse of Marijuana Scale* basado en los criterios DSM-IV (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005; adaptado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009).

6.3.3. Evaluación del craving

- *Cuestionario de Craving de Cocaína (Cocaine Craving Questionnaire, CCQ; Tiffany, Singleton, Haertzen y Henningfield, 1993)*. Es uno de los instrumentos más utilizados y señalados en la medición del *craving*. Los componentes que evalúa el cuestionario son los siguientes: deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora de los síntomas de abstinencia y pérdida de control sobre el consumo. El cuestionario es autoadministrado, consta de 45 ítems y se centra en el momento presente o en los últimos siete días.

- Cuestionario de *Craving* (Weiss, Griffin y Hufford, 1995). El *craving* es considerado por parte de estos autores como un fenómeno multidimensional, dinámico y episódico. Consta de cinco ítems en los que se evalúan los siguientes aspectos: la intensidad del *craving*, la intensidad del *craving* durante las 24 horas previas, la frecuencia del *craving*, la reactividad del *craving* ante estímulos ambientales relacionados y la probabilidad de consumir si está en un ambiente con disponibilidad de la sustancia. Todos los ítems se centran en la evaluación del *craving* en el momento presente y la respuesta se sitúa en una escala tipo Likert que va de cero a nueve. El análisis factorial confirma que tiene una estructura unidimensional.
- *Cuestionario de Evaluación del Craving* (López y Becoña, 2006). Cuestionario de 10 ítems, basado en los cuestionarios de Tiffany et al. (1993) y Weiss et al. (1995). Esta escala presenta una estructura factorial de un solo factor y una adecuada fiabilidad, de 0.85.
- Escalas unidimensionales de tipo analógico visual, en las que se pregunta al sujeto directamente por su deseo de consumir, como la *Cocaine Craving Scale* (Gawin y Kleber, 1984), la *Minnesota Cocaine Craving Scale* (Halikas, Kuhn, Crosby, Carlson y Crea, 1991) o la *Simple Test of Cocaine Craving and Related Responses* (Voris, Elder y Sebastián, 1991). En uno de los extremos de la línea se sitúa la “ausencia de deseo” y en el otro “deseo muy intenso”. Pero este tipo de escalas analógico-visuales han sido relegadas por sus limitaciones y en la actualidad se utilizan las escalas más amplias.

6.3.4. Evaluación de la autoeficacia

- *El Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas (Drug-Taking Confidence Questionnaire; DTCQ, Annis y Martín, 1985)* es un instrumento de 50 ítems basado en el autoinforme. El DTCQ fue diseñado para evaluar la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir al deseo de consumir drogas en una serie de situaciones particulares “de riesgo”. Como instrumento de evaluación, el DTCQ también fue diseñado para hacer posible la monitorización de la autoeficacia para resistir al consumo de drogas ante determinadas situaciones de riesgo durante el curso del tratamiento. Existe una evidencia relativamente consistente en el campo del tratamiento por abuso de drogas, señalando que el desarrollo de autoeficacia está asociado con un resultado favorable del mismo (Llorente, 1997). En otras palabras, el DTCQ evalúa las creencias o expectativas que el cliente tiene acerca de su capacidad para afrontar determinadas situaciones críticas para una recaída sin consumir dichas drogas. En su aplicación al consumo de heroína, el DTCQ-H fue validado para la población española (Llorente, 1997; Llorente, Fernández, y Vallejo, 2002).
- *El Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD; De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001)*. Es el mismo instrumento validado en México y adaptado para la población adicta a la cocaína, habiéndose complementado con 10 ítems más (un total de 60) y manteniendo la misma distribución factorial que el validado en España para heroína.

6.3.5. Pruebas biológicas

Además de todos estos instrumentos de evaluación, también existen pruebas biológicas que evalúan la existencia de consumos y que son utilizadas con frecuencia dentro de la atención sanitaria que se presta a estos pacientes. La analítica en la orina, o urinoanálisis, es el test biológico más ampliamente usado, aunque el período de detección de las sustancias por este método es relativamente corto (de 1 a 3 días en la mayoría de las drogas), estando en función de la dosis administrada y la vía de administración empleada. Los análisis de orina no sólo tienen una finalidad meramente evaluadora, sino que también tienen una utilidad terapéutica, como la de proporcionar un indicador objetivo para el paciente y el terapeuta sobre la evolución del tratamiento y la de reforzar la habilidad del paciente para resistir y afrontar el deseo de consumir drogas. Las muestras de orina se pueden recoger de forma continua (por ejemplo, cada 2 ó 3 días en el transcurso del tratamiento), de forma intermitente (por ejemplo, cuando se den circunstancias especiales que incrementen la probabilidad de recaída), o de forma aleatoria. Es importante recordar que resultados positivos en los análisis de orina sólo indican un uso reciente de drogas; no indican necesariamente abuso o dependencia.

6.4. Juego patológico

El juego patológico está clasificado en los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados del DSM-IV-TR (APA, 2000). Son muchos los clínicos e investigadores que lo consideran como una adicción. Por ello, lo más probable es que en el próximo DSM-V aparezca junto al resto de las adicciones. La evaluación de este trastorno sigue los mismos pasos que para el resto de las adicciones (a nivel de diagnóstico, entrevistas diagnósticas, entrevistas clínicas, auto-registro, estadios de cambio, autoinformes, escalas de personalidad, etc.). En Becoña (1996), Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) y Ochoa et al. (1994) pueden verse varios de estos instrumentos en castellano.

6.4.1. Evaluación de juego patológico

Aparte de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y de las entrevistas clínicas para su diagnóstico (ej., SCID, CIDI, SCAN), se han utilizado varios instrumentos para evaluar el juego patológico como indicamos a continuación.

- *SOGS (South Oaks Gambling Screen; Lesieur y Blume, 1993)*. Es el instrumento que hasta ahora más se ha utilizado para la evaluación del juego patológico. Tiene 20 ítems con un punto de corte de 5 o más para probable jugador patológico. Existe adaptación española del mismo (Echeburúa, Báez, Fernández y Páez, 1994) y versión corta de 4 ítems (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Páez, 1995). Actualmente se considera que sobreestima al menos el doble el número de jugadores patológicos dado que sus criterios se basan en el DSM-III y DSM-III-R.

- *NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems*; Gernstein et al., 1999). El NODS se ha desarrollado con el objetivo de disponer de un instrumento de evaluación fiable del juego patológico y que se adecue a los criterios del DSM-IV. Existe versión castellana del mismo (Becoña, 2004). Consta de 17 ítems que cubren los 10 criterios del DSM-IV para juego patológico. El punto de corte es de 5 o más criterios para el probable jugador patológico. Es actualmente, junto con el SOGS, el instrumento más utilizado en los estudios de juego patológico.
- *NODS-CLiP (NODS, Control, Lying, and Preoccupation*; Toce-Gerstein, Gerstein y Volberg, 2009). Es la versión corta del NODS, de sólo 3 ítems, para poder ser utilizada como un rápido instrumento de *screening*.
- *The Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS*; Winters, Speaker y Stinchfield, 2002). Éste es un instrumento que tiene por objetivo conocer tanto los problemas de juego como otras áreas del funcionamiento y consecuencias relacionadas con la implicación en el juego por parte del individuo. Incluye síntomas psiquiátricos, dificultades financieras y problemas legales. Utilizado por un clínico puede obtenerse también el diagnóstico de juego patológico.
- Junto a los anteriores cuestionarios disponemos de otros instrumentos como las *20 Cuestiones de Jugadores Anónimos*, para identificar jugadores problema; el *Massachusetts Gambling Screen (MAGS)* también para identificar jugadores problema; el *Gambling Assessment Module (GAM-IV)*; el *Gambling Behavior Interview (GBI)*; el *Lie/Bet Questionnaire*; el *Addiction Severity Index (ASI) - Gambling Severity Index*, entre otros (Petry, 2005; Stinchfield, Govoni y Frisch, 2004). También disponemos de otros instrumentos para evaluar los pensamientos sobre el juego patológico, creencias sobre el juego, variables dependientes del juego, etc.

6.4.2. Evaluación de la comorbilidad

En el caso del juego patológico es de gran importancia evaluar varios trastornos que son comórbidos con el mismo en muchos casos. Destacan especialmente los relacionados con el abuso de sustancias, tanto tabaco, como alcohol y drogas ilegales. Para éstos se utilizarán los instrumentos comentados anteriormente. De igual manera, es de gran relevancia evaluar el estado de ánimo, mediante su diagnóstico, así como utilizar escalas como puede ser el BDI-II. Lo mismo es aplicable para los trastornos de ansiedad. En los últimos años, también ha cobrado una gran relevancia la evaluación de la impulsividad en los jugadores patológicos, así como de los trastornos de personalidad. En ambos casos utilizaremos los cuestionarios y escalas que expusimos en la parte correspondiente de este capítulo.

7. REFERENCIAS

- Abrams, D. B. y Biener, L. (1992). Motivational characteristics of smokers in the workplace: A public health challenge. *Preventive Medicine, 21*, 679-687.
- Alexander, G. E. y Crutcher, M. D. (1990). Functional architecture of basal ganglia circuits: Neural substrates of parallel processing. *Trends in Neuroscience, 13*, 266-271.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised text). Washington, D. C.: American Psychiatric Association (traducción castellana en Barcelona: Masson, 2002).
- Annis, H. M. y Graham, J. M. (1992). *Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS): User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H. M. y Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Anton, D. F., Moak, D. H. y Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS): A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19*, 92-99.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, M. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Helplessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.
- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones, 16*, 173-184.
- Becoña, E., Cortés-Tomás, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás-Gradolí, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López, A. y Míguez, M. C. (2009). La Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. *Psicothema, 21*, 579-584.

- Becoña, E., Fernández del Río, E., López, A., Míguez, M. C., Castro, J., Nogueiras, L.,...Vázquez, D. (2011). La escala breve de evaluación del síndrome de dependencia de la nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles. *Psicothema*, 23, 126-132.
- Becoña, E. y García, M. P. (1995). Relation between the Tolerance Questionnaire (nicotine dependence) and assessment of carbon monoxide in smokers who participated in treatment for smoking. *Psychological Reports*, 77, 1299-1304.
- Ben-Porath, Y. S. y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, T., Carballo, J. L., Díaz, E. M., Flórez, G.,...Sáiz, P. A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. S., Fihn, S. D., y Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- Caballo, V. (1997). Cuestionario Exploratorio de Personalidad. CEPER. *Psicología Conductual*, 9, 560-562.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. y Perugini, M. (1993). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- Cattell, R. B. y Cattell, H. E. P. (1995). Personality structure and the new fifth edition of the 16PF. *Educational and Psychological Measurement*, 6, 926-937.
- Cloninger, C. R. (1999). *The Temperament and Character Inventory—Revised*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Conditte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Contel, M. y Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-47.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N. y Wodak, A. (1991). *The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher´s manual*. New South Wales, Australia: National Drug and Alcohol Research Center, University of New South Wales.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14 a 18 años:*

validación de escalas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: http://www.pnsd.mspsi.es/Categoria2/publica/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf

De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R. y Ayala, H. (2001). Inventario de situaciones de consumo de drogas. Adaptación, validación y confiabilización del *Inventory of Drug Taking Situations* (IDTS) y el *Drug Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ). Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntomas. Revisado, SCL-90-R*. Madrid: TEA.

Díaz, E., García-Portilla, P., Sáiz, P. A., Bobes, T., Casares, M. J., Fonseca, F.,...Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22, 513-519.

DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS). Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791

Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. y Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.

Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la Evaluación Psicológica. Vol. I*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Páez, D. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "screening". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 211-223.

Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). eine empirische analyse. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222, 139-152.

Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. y Antons, K. (1979). *Münchener Alkoholismus-Test (MALT): Manual*. Beltz Verlag, Weimheim.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbson, M. y Williams, J. B. W. (1998a). *SCID-I. Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbson, M. y Williams, J. B. W. (1998b). *SCID-II. Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

García González, R. (1991). *La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.

García R. y Alonso M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14, 455-463.

- Gavin, D. R., Ross, H. E y Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84, 301-307.
- Gawin, F. H. y Kleber H. D. (1984). Cocaine abuse treatment. Open pilot trial with desipramine and lithium carbonate. *Archives of General Psychiatry*, 41, 903-909.
- Gernstein, D., Murphy, S., Tace, M., Hofman, J., Palmer, A., Johnson, R.,...Hill, M. A. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicago, IL: Report to the National Gambling Impact Study Commission.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-158.
- González, F., Iraurgi, I. y Carulla, L. S. (2002). Teoría de la medida e instrumentos de evaluación en drogodependencias. Cuestiones básicas. En I. Iraurgi y F. González (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 27-77). Madrid: Aula Médica ediciones.
- Grace, J. y Malloy, P. F. (2001). *Frontal Systems Behavior Scale (FrSBe): Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A. y Colom, J. (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado De Consumos Alcohólicos), un nuevo instrumento para la identificación precoz de bebedores de riesgo. *Medicina Clínica*, 117, 685-689.
- Guardia, J., Segura, L., Gonzalvo, B., Trujols, J., Tejero, A., Suárez, A. y Martí, A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clínica*, 123, 211-216.
- Halikas, J. A, Kuhn, K. L., Crosby, R., Carlson, G. y Crea, F. (1991). The measurement of *craving* in cocaine patients using the Minnesota cocaine craving scale. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 22-27.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M. y Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for substances and mental disorders (PRISM). Reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195-1201.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Labrador, F. J. (Coord.) (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

- Légèye, S., Karila, S., Beck, F. y Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse*, 12, 233-242.
- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1993). Revised the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 8, 213-223.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. y Peleg, B. M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention and treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269-276.
- Llanero, M., Ruiz Sánchez de León, J. M., Pedrero, E., Olivar, A., Bouso, J. C., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Sintomatología disejectiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del Cuestionario Disejectivo (DEX-Sp). *Revista de Neurología*, 47, 1-15.
- Llorente, J. M. (1997). *Validación del DTCQ-H a la población española "Cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína"*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Llorente, J. M., Fernández, C. y Vallejo, M. A. (2002). Validación del Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas - Heroína (DTCQ-H) en población española. En I. Iraurgi y F. González (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 435-478). Madrid: Ediciones Aula Médica.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- López, A. y Becoña, E. (2006). El *craving* en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: World Health Organization.
- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change*. Nueva York: Guildford Press.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. y Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 1857-1867.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P. y Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of Cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 90-93.
- Martin, R. A., Rossi, J. S., Rosenbloom, D., Monti, P. M. y Rohsenow, D. J. (1992). *Stages and processes of change for quitting cocaine*. Póster presentado a la 26th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Boston.

- Mayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE Questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 494-503.
- McLellan, A. T., Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rikoon, S. H. y Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions and transitions. *American Journal of Addiction*, 15, 113-124.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G.,... Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Miller, W. R. y Marlatt, G. A. (1984). *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Montgomery, S. A. y Asberg, M. A. (1979). A new depression scales designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ochoa, E. y Labrador, F. J. (con la colaboración de E. Echeburúa, E. Becoña y M. A. Vallejo) (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *SCAN. Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría*. Madrid: Meditor.
- Overall, J. E. y Gorham D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Paulhus, D. y Christie, R. (1981). Spheres of control: An interactionist approach to assessment of perceived control. En H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (pp. 161-185). Nueva York: Academic.
- Pedrero, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Olivar, Á., Bouso, J. C., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2009). Versión española del Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp): propiedades psicométricas en adictos y población no clínica. *Adicciones*, 21, 155-166.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A. y Rubio, G. (2003). Aspectos médicos de la evaluación de la dependencia alcohólica. Indicadores clínicos y medidas fisiológicas. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R.

Fernández-Hermida (Coord.), *Manual SET de alcoholismo* (pp. 243-258). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Ginpil, S. y Norcross, J. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, *10*, 395-406.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.

Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, *4*, 398-406.

Robins, L., Wing, J., Wittchen, H., Helzer, J., Babor, T., Burke, J.,...Towle, L. (1988). The CIDI: An epidemiologic instrument suitable for use with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1069-1077.

Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, *11*, 132-139.

Rodríguez-Martos, A., Rubio, G., Aubà, J., Santo-Domingo, J., Torralba, Ll. y Campillo, M. (2000). Readiness to change questionnaire: Reliability study of its spanish version. *Alcohol & Alcoholism*, *35*, 270-275.

Rodríguez-Martos, A. y Suárez, R. (1984). MALT: validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, *16*, 421-432.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. y Hall, W. (1992). Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, *87*, 743-754.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image (Revised edition)*. Middletown, C. T.: Wesleyan University Press.

Rubio, G. y López, M. (1999). Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivo de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones*, *11*, 7-16.

Ruiz Sánchez de León, J. M., Pedrero, E., Bouso, J. C., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A. y Puerta, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, *21*, 131-142.

San, L. y Torrén, M. (1994). Instrumentos diagnósticos en alcoholismo. En M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (Eds.), *Psicopatología y alcoholismo* (pp. 177-207). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De la Fuente, J. y Grant, M. (1993). Development of the AUDIT: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, *88*, 791-804.

Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, *13*, 365-380.

- Shiffman, S., Waters, A. J. y Hickcox, M. (2004). The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 327-348.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Luchene, R. E. (1971). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual de la adaptación española*, 4ª edición revisada. Madrid:TEA Ediciones.
- Stinchfield, R., Govoni, R. y Ron, G. (2004). Screening and assessment instruments. En J. E. Grant y M. N. Potenza (Eds.), *Pathological gambling. A clinical guide to treatment* (pp. 207-231). Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-4062). Rockville, MD.: Autor.
- Sutherland, G. Edwards, G., Taylor, C., Phillips, G. Gossop, M. y Brady, R. (1986). The measurement of opiate dependence. *British Journal Psychiatry*, 81, 485-494.
- Tiffany, S. T., Singleton, E., Haertzen, C. A. y Henningfield, I. E. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Tirapu, J., García Molina, A., Luna, P., Roig, T. y Pelegrín, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de Neurología*, 46, 684-692.
- Toce-Gerstein, M., Gerstein, D. R. y Volberg, R. A. (2009). The NODS-CLiP: A rapid screen for adult pathological and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 25, 541-555.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. y Martín-Santos R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Torres, M. A. y Fernández, C. (2004). Validación española del Maudsley Addiction Profile (MAP). *Adicciones*, 16, 267-276.
- Velicer, DiClemente, Prochaska y Brandenburg (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22, 227-235.
- Verdejo-García, A., Orozco-Giménez, C., Meersmans, M., Aguilar de Arcos, F. y Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas de abuso sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38, 1109-1116.
- Voris, J., Elder, I. y Sebastián, P. A. (1991). A simple test of cocaine craving and related responses. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 320-323.
- Weiss, R. D., Griffin, M. L. y Hufford, C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 289-301.

- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H. y Evans, J. J. (1996). *Behavioural assessment of the Dysexecutive Syndrome*. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test Company.
- Winters, K. C., Specker, S. y Stinchfield, R. S. (2002). Measuring pathological gambling with the diagnostic interview for gambling severity (DIGS). En J. J. Marotta, J. A. Cornelius y W. R. Eadington (Eds.), *The downside: Problem and pathological gambling* (pp. 143–148). Reno, NV: University of Nevada-Reno.
- Zuckerman, M., Eysenck, S. y Eysenck, H. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

CAPÍTULO 8

PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

No puedo enseñaros nada, solamente puedo ayudaros a buscar el conocimiento dentro de vosotros mismos, lo cual es mucho mejor que traspasaros mi poca sabiduría

Sócrates (470-399 a.C.)

1. INTRODUCCIÓN

La frase que introduce este capítulo no ha sido elegida al azar, sino que cumple dos objetivos. Por una parte, dar a entender que lo que se proponga en las páginas que siguen no será nada que el lector no conozca ya; sin embargo, nos daríamos por satisfechos si despertara su curiosidad y nos acompañara en su recorrido. La segunda razón por la que hemos acudido a la frase de Sócrates es porque, tratándose la temática del capítulo sobre “programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos”, nos parece que la reflexión de este pensador bien puede servir como definición de “Psicoterapia”; porque, a nuestro entender, un psicoterapeuta es un guía entrenado, conocedor y facilitador de medios y técnicas, que pone su conocimiento a disposición de otro para que éste vea favorecido su esfuerzo de encontrar soluciones a su problema. Dicho esto, ahí va la primera deliberación: “no creemos en el papel del psicólogo clínico como salvador o curador”. Más bien hemos de considerar que nuestro papel es el de un técnico sanitario -en tanto que tratamos trastornos psicológicos y comportamentales- de cuya preparación y cualificación dependerá nuestra mayor tasa de éxitos terapéuticos, que no de “curaciones”. También asumimos que, en nuestro quehacer, “cuando no hay ciencia prevalece la opinión”; y nuestra disciplina es lo suficientemente seria y

de responsabilidad como para que nuestros juicios y decisiones terapéuticas tengan una sólida base conceptual y empírica.

Existe un considerable número de publicaciones en castellano sobre los tratamientos psicológicos en adicciones (Becoña, 1997; Becoña et al., 2008; Carrol, 2001; Gil-Roales-Nieto, 2003; Graña, 1994; Graña y Muñoz-Rivas, 1997; Llorente e Iraurgi, 2008; Sánchez-Hervás, 2002, 2004; Sánchez-Hervás et al., 2001, 2004; Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001, 2003; Trujols et al., 2007) que pueden ser consultadas para un estudio en mayor profundidad. Una parte de éstas nos servirán de guía en las páginas que siguen.

2. MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS EN TRASTORNOS ADICTIVOS

Independientemente de aceptar o no la reflexión socrática expuesta al inicio como definición de psicoterapia, se hace obligado constatar una definición reglada para saber a qué atenemos. La OMS (2001) define la psicoterapia como un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales; y matiza que la psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico, para diferenciarla del quehacer médico.

A nuestro entender, para ser una definición de una alta institución sanitaria nos parece demasiado vaga e inespecífica. Y, curiosamente, en ocasiones encuentras definiciones más operativas en referentes más insospechados, como la que ofrece la organización Centros de Integración Juveniles (2003), que define la psicoterapia como “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad”. En esta misma referencia se desarrollan pormenorizadamente los componentes de la definición y, lo que es más, aborda tres de los principales marcos teóricos (cognitivo-conductual, sistémico y psicodinámico) utilizados en el tratamiento de los problemas de abuso y dependencia de drogas, así como algunas de las modalidades psicoterapéuticas más utilizadas.

Por otra parte, desde la perspectiva psicológica, es más correcta la denominación de tratamiento psicológico, que podemos definir como “una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (Centro de Salud Mental, Hospital, consulta privada, Asociaciones de personas afectadas, etcétera). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana. Ejemplos de esto son ayudar a una persona a superar su depresión o reducir sus obsesiones, trabajar con una

familia con conflictos entre sus miembros para que sepan comunicarse mejor, o enseñar a un adolescente a relacionarse con otros compañeros de modo más sociable y menos agresivo. Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema. También supone informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y emplear técnicas psicológicas específicas tales como, por ejemplo, el entrenamiento en respiración o relajación, la resolución de problemas interpersonales, el cuestionamiento de creencias erróneas, el entrenamiento en habilidades sociales, etc. El empleo de fármacos no es parte del tratamiento psicológico, aunque pueden combinarse ambos tipos de terapia cuando se considera oportuno. En resumen, los tratamientos psicológicos son aplicados por psicólogos clínicos, que son los especialistas en los problemas del comportamiento humano y que utilizan técnicas especializadas de evaluación (una entrevista, una historia clínica, tests y cuestionarios, etcétera), y de tratamiento, cuya eficacia ha sido contrastada en diversas investigaciones científicas.” (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo, 2003, p.18).

Tabla 8.1. Enfoques en Psicoterapia.

Modernos	Post-Modernos
<p>Psicodinámico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoanálisis (Freud) - Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kemberg) 	<p>Construccionista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia sistémica- estructural (Minuchin) - Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) - Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán)
<p>Cognitivo-Conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductismo (Watson, Skinner) - Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) - Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) - Terapia cognitiva (Beck) - Terapia racional – emotiva (Ellis) - Terapia conductual y biorretroalimentación 	<p>Constructivista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) - Psicología de los constructos personales (Kelly) - Mindfulness (Linehan, Teasdale)
<p>Humanista</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia centrada en el cliente (Rogers) - Logoterapia (Frankl) - Terapia gestáltica (Perls) - Transaccional (Berne) 	

Tabla 8.2. ¿Qué ocurre en el tratamiento y por qué mejoran nuestros pacientes?

Por el momento, baste decir que en todos y cada uno de los distintos enfoques terapéuticos han destacado terapeutas que han utilizado su conceptualización teórica para explicar los substratos subyacentes al uso, abuso y dependencia de drogas y sus técnicas para el tratamiento de trastornos adictivos. Y si bien cada uno de ellos ha hecho aportaciones interesantes para la explicación del fenómeno y han conseguido ayudar a un mayor o menor número de personas a encontrar solución a su problema adictivo, ninguno de ellos ha conseguido ofrecer una solución única, “verdadera” al fenómeno. Todo lo contrario, los partidarios de unos modelos frente a los defensores de otros se han esforzado mucho, y en muchas ocasiones, en argumentar que su modelo es más exitoso y que el de los “adversarios” no logra encontrar un modelo claro de intervención. Consideramos que unos y otros están equivocados. Por el momento sólo quiero hacer una apreciación basada en mi experiencia clínica, que a falta de evidencias ha de ser considerada sólo como una opinión. He tratado a personas con una trayectoria de consumo de drogas de decenas de años que se han sometido durante su proceso a cuantiosos tratamientos para su problema. He tenido la suerte, en algunos casos, de poder ayudarles a lograr una abstinencia sostenida durante largo tiempo y alcanzar objetivos de salud y psicosociales que podrían clasificarse como de “recuperación”. En otros casos, he ofrecido mi labor y apoyo, y el proceso se ha resuelto fallido. Pero en aquellos que han resultado exitosos, he podido apreciar que el logro no sólo es fruto del último proceso terapéutico emprendido –en el que yo participé– sino la suma de los muchos procesos que ese individuo ha ido experimentando y del que han participado otros tantos equipos terapéuticos con similar o distinta orientación psicoterapéutica a la mía. Creo que las personas que buscan soluciones a sus problemas van acumulando las diferentes estrategias que se le van proponiendo, pero hacen uso de ellas o no en función de muchos factores que gran parte de las veces no tienen que ver con el contexto terapéutico sino con la oportunidad vivencial de poder ponerlas en práctica o con su capacidad en ese momento para asumirlas. De este modo, una técnica apropiada para un determinado problema puede no ser operativa simplemente porque falta un componente, llámese motivación, apoyo social, sobresaturación de las consultas, falta de conexión consultor-consultante,... Ante tal diversidad de posibles factores intervinientes, también cabe pensar que el logro obtenido puede deberse simplemente al azar o bien a la propia maduración del sujeto, es decir, le tocaba ya dejar el problema y reorientar su vida. A este respecto, la frase de Voltaire que plantea que *“El arte del médico (de la medicina) consiste en mantener entretenido al paciente mientras la naturaleza va curando su enfermedad”* podría ser completamente acertada. Por mi parte, si bien existen procesos en los que nuestra labor es pura y simplemente de acompañamiento, dejando que la naturaleza curse su rumbo, en otros considero que podemos ofrecer recursos altamente eficaces y efectivos para la solución de problemas psicológicos y comportamentales. La cuestión es cómo conocer cuál es el recurso terapéutico más apropiado para determinado problema; cómo reconocer cuál es perfil de afectado que se adaptaría mejor a determinada línea de intervención; cómo apreciar tempranamente que la elección terapéutica adoptada es la más conveniente a ese caso. La solución, consiste en evaluar nuestras intervenciones y mostrar y debatir las evidencias alcanzadas; investigar no sólo los resultados de salud, sino también los procesos psicoterapéuticos en los cuales está la clave del éxito y del fracaso de los resultados. Y esta perspectiva de evaluación debería ser común y ser aplicada por todos y cada uno de los modelos psicoterapéuticos.

Fuente: Iraurgi (2011).

Existen diversas formas de psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques o modelos. Básicamente, se han reconocido cinco grandes grupos (Tabla 8.1), clasificados en función de su aparición en la historia de la psicoterapia como modernos (psicoanálisis y sus derivaciones psicodinámicas, el conductismo

y cognitivismo y el humanista) y post-modernos (modelos construccionistas y constructivistas). No nos detendremos en la explicación de los mismos, por todos conocidos, aunque más adelante indicaremos aquellos sobre los que existe o no evidencia de su eficacia.

Otro aspecto importante, desde la perspectiva clínica, es cómo los psicólogos clínicos ven el proceso terapéutico en relación a su trabajo cotidiano, a la aplicación de las distintas técnicas de tratamiento psicológico en sus pacientes y el resultado que obtienen con las mismas y de cómo, en unos casos mejoran de modo inesperado y, en otros, recaen cuando no se preveía que eso ocurriese. Lo que indicamos en la Tabla 8.2, de Iraurgi (2011), refleja lo que la mayoría de los clínicos hoy consideran como un aspecto central de su trabajo clínico, de la evolución de sus pacientes y de su trabajo cotidiano con los adictos.

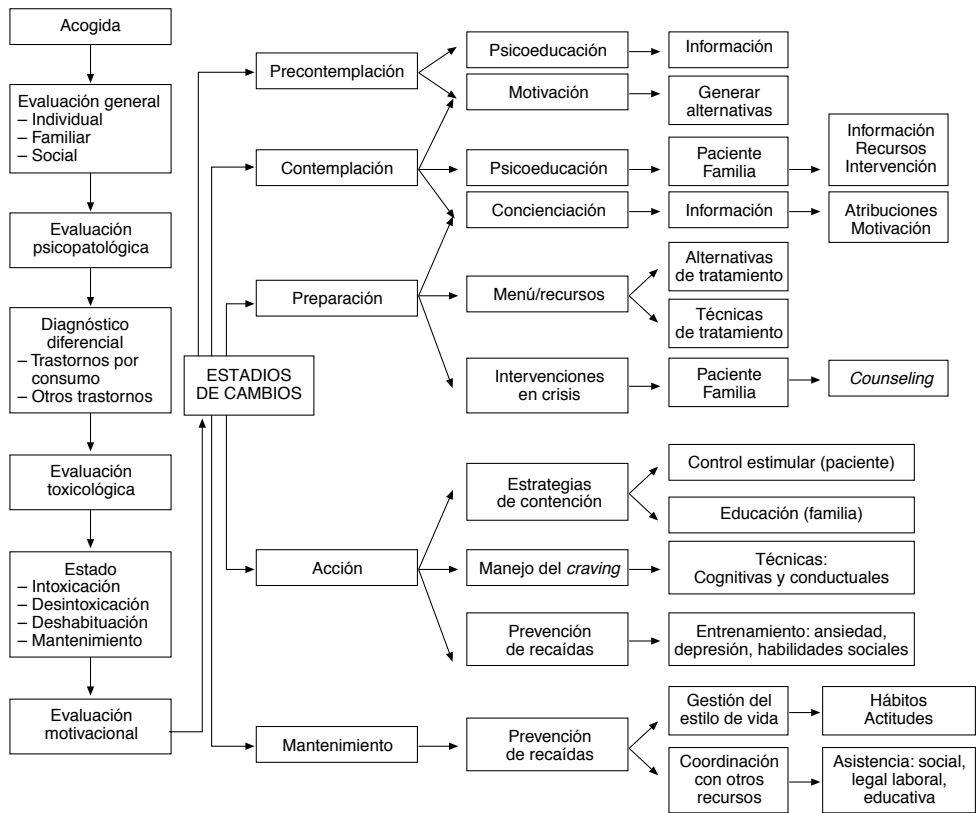


Figura 8.1. Modelo Integrado de Intervención en Adicciones. Fuente: Sánchez-Hervás, E. et al. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6, 159-166. © Elsevier España y Sociedad Española de Toxicomanías. Reproducida con autorización.

Para concluir este epígrafe sobre los modelos psicoterapéuticos, comentar la existencia de un movimiento integrador de la psicoterapia que pretende, más que generar nuevos modelos teóricos, integrar elementos de los diferentes enfoques o escuelas psicológicas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Para ello se plantean iniciativas en la línea de complementar teorías y enfoques epistemológicos, mediante la aplicación de un eclecticismo técnico (usar las técnicas eficaces sin atender a su origen teórico) o incluso seleccionar directamente qué perspectivas son útiles para qué tipo de problemas o diagnósticos. A este respecto, en el ámbito de los trastornos adictivos ya han surgido algunas iniciativas dignas de consultarse, como la de Sánchez-Hervás et al. (2004), la cual puede verse esquemáticamente en la Figura 8.1, sobre la estructuración del “modelo integrado de intervención en adicciones”.

3. INTERVENCIONES EN TRASTORNOS ADICTIVOS BASADAS EN LA EVIDENCIA

Existe un largo repertorio de intervenciones específicas para el abordaje de problemas asociados a los trastornos adictivos que han sido ampliamente utilizadas y de las cuales se cuenta con suficiente evidencia que muestra su competencia y efectividad. El NIDA (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de EE.UU.) ha recogido y descrito en una guía (NIDA, 1999; 2009a; 2009b) un conjunto de intervenciones que en ese país han sido corrientemente utilizadas y “positivístamente” probadas. “Son todas las que están, pero no están todas las que son” ya que como se indica en la propia guía (NIDA, 1999; 2009a), son tratamientos que han sido desarrollados y examinados para medir su eficacia a través de investigaciones apoyadas por esta institución. Para una revisión de tales intervenciones y acceso a las referencias que avalan su efectividad puede consultarse la guía referida, ya que es de fácil acceso a través de la web. No entraremos aquí en el detalle de sus características.

Nos parece, sin embargo, más interesante recurrir a la revisión realizada por Secades-Villa y Fernández-Hermida (2001; 2003) sobre los tratamientos empíricamente validados en adicciones. En la Tabla 8.3 se presentan las conclusiones de este trabajo, donde se muestra para cada tipo de adicción, en función de la sustancia que la genera, qué intervención terapéutica ha mostrado su eficacia mediante criterios científicos. Puede apreciarse que prácticamente todas las intervenciones psicológicas se hallan encuadradas bajo el enfoque cognitivo conductual, no reconociéndose como “eficaces” otras modalidades de intervención o técnicas adscritas a otros modelos psicoterapéuticos. No obstante, en la revisión de estos autores también se matiza que, si bien las técnicas conductuales son las que han mostrado empíricamente una mayor eficacia en el tratamiento de los trastornos adictivos, estas técnicas muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios y donde el recurso a la farmacoterapia es necesario en muchos casos -recordemos que las adicciones presentan un componente biológico altamente relevante y definitorio de su expresión y evolución- (Pereiro, 2010).

Tabla 8.3. Tratamientos empíricamente validados en Trastornos Adictivos

Tipo de Adicción	Modalidad de Tratamiento	Grado de Evidencia			
		1a	1b	2	3
Tabaco	Programas conductuales multicomponentes	X			
	Sustitutivos de nicotina	X			
Alcohol	Aproximación de reforzamiento comunitario	X			
	Entrenamiento en habilidades sociales		X		
	Prevención de recaídas (PR)	X			
	Terapia conductual familiar y de pareja		X		
	Disulfiran y Naltrexona			X	
Cocaína	Programa de reforzamiento comunitario + terapia de incentivo	X			
	Terapia cognitivo-conductual			X	
Heroína	Manejo de contingencias + tratamiento farmacológico	X			
	Metadona	X			
	Naltrexona			X	
	Manejo de contingencias			X	
	Aproximación de reforzamiento comunitario			X	
	Terapia Cognitivo-Conductual (PR)		X		
	Exposición a señales o indicios				X
	Grados de evidencia: Tipo 1 – Tratamiento bien establecido Tipo 2 – Tratamiento probablemente eficaz; Tipo 3 – Tratamiento en fase experimental				

Fuente: Secades-Villa y Fernández Hermida (2003).

Los datos que arrojan estas revisiones son alentadores para el enfoque cognitivo-conductual, ya que le destacan respecto a otros enfoques psicoterapéuticos, y suponen un referente que los gerentes de la salud tienen en cuenta cuando han de optimizar los servicios y las políticas sanitarias. Cabe citar, sin ir más lejos, cómo la revisión sistemática sobre la validez empírica de las terapias psicológicas en trastornos mentales en adultos (Tabla 8.4) realizada por el Departamento de Salud del Gobierno Británico (Roth y Fonagy, 1996), inclinó la balanza de los políticos a la hora de priorizar qué tipo de intervenciones psicológicas iban a incluirse en la cartera de servicios sanitarios públicos. No obstante, hay que destacar que en esta revisión los

autores cuando definieron el criterio de falta de evidencia sobre la eficacia de una determinada modalidad psicoterapéutica, aclaraban que ello no necesariamente quería decir que fuera ineficaz, sino que a la luz de la revisión de las evidencias realizadas y accesibles en el ámbito de la difusión del conocimiento empírico, dichas pruebas no fueron halladas.

Tabla 8.4. Validez empírica de las terapias psicológicas en trastornos mentales en adultos.

	Cognitivo-Conductual	Interpersonal Humanista	Familiar	Psico-dinámica	Counselling Consejo
Depresión	++	++	o	?	o
Ataque de Pánico / Agorafobia	++	o	o	o	o
Trastorno de Ansiedad Generalizada	++	o	o	o	o
Fobias Específicas	++	o	o	o	o
Fobia Social	++	o	o	o	o
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	++	o	o	o	o
Trastornos de Estrés Post-Traumático	++	o	o	?	o
Trastornos de la Alimentación	++	++	?	o	o
Algunos Trastornos de la Personalidad	++	o	o	?	o
Esquizofrenia	?	o	++	o	o
Trastorno Bipolar	o	o	o	o	o
Juicio sobre el grado de eficacia	++ = Claramente eficaces ? = Prometedoras o limitada evidencia sobre su eficacia o = Actualmente sin evidencia de su eficacia				

Fuente: Roth y Fonagy (1996).

En la Tabla 8.5 se indican las características de los tratamientos más importantes que se utilizan en las distintas adicciones.

Tabla 8.5. Ejemplo de programas de tratamiento cognitivo-conductuales que vienen utilizándose en drogodependencias.

Tratamiento	Componentes y estrategias
Aproximación de reforzamiento comunitario (Hunt y Azrin, 1973).	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas.</i> - Análisis funcional. - Plan de automanejo. - Entrenamiento en habilidades de rechazo.

<p>Aproximación de reforzamiento comunitario (Hunt y Azrin, 1973).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Cambios en el estilo de vida.</i> - Manejo del tiempo. - Asesoramiento social / facilidades de ocio. - Entrenamiento en solución de problemas. - Asesoramiento vocacional. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Prevención de VIH. - <i>Asesoramiento de relaciones de pareja.</i> - <i>Consumo de otras drogas.</i> - <i>Manejo de otros trastornos: depresión, ansiedad, insomnio, etc.</i>
<p>Prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt y Donovan, 2005).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída.</i> - <i>Autorregistro y análisis funcional del uso de drogas.</i> - <i>Entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo.</i> - Evitar situaciones de riesgo (sobre todo en las primeras semanas). - Escape (abandonar situaciones de riesgo). - Distracción. <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias cognitivas: imaginación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones. - Estrategias comportamentales: relajación, actividad física, comportamientos alternativos más adecuados y habilidades asertivas. - Retrasar el deseo de consumo. - Recordar caídas o recaídas que haya tenido en el pasado. - <i>Estrategia para afrontar el craving y los pensamientos asociados al consumo</i> - <i>Afrontamiento de caídas o consumos aislados.</i> - <i>Entrenamiento en solución de problemas.</i>
<p>Terapia cognitiva (Beck et al., 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Establecer el rapport con el paciente.</i> - <i>Educación a los pacientes en el modelo cognitivo</i> (ej., que el paciente comprenda la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, craving y consumo de drogas). - <i>Establecer metas realistas y específicas.</i> - <i>El manejo del craving y los impulsos de consumo: centrarse en la importancia de manejar los impulsos y el craving, comprender mejor la experiencia subjetiva del paciente y describirle técnicas que puedan ayudar al paciente a afrontar mejor sus impulsos y su craving.</i> - <i>Prestar atención a las creencias por su enorme influencia en los sentimientos y conductas: evaluar, examinar y probar la veracidad de las creencias adictivas con el paciente con el objetivo de poder reemplazarlas por creencias de control.</i> - <i>Utilizar estrategias para la prevención de recaídas.</i> - <i>Manejo de los problemas vitales generales.</i>

<p>Terapia cognitiva (Beck et al., 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Intervención ante la crisis: en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, aumentará su autoconfianza y habilidades futuras de afrontamiento</i> (ej., identificación de signos de alarma). - <i>La atención a otros trastornos del Eje I y/o II concomitantes.</i> - <i>Utilización de técnicas cognitivas</i> (técnica de la flecha descendente, reatribución de responsabilidad, registro diario de pensamientos, etc.). - <i>Utilización de técnicas conductuales</i> (programación y control de la actividad, experimentos conductuales, repaso conductual, entrenamiento en relajación, asignación de actividades entre sesiones o resolución de problemas).
<p>Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína (Carroll, 1998).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Incrementar la motivación para el tratamiento</i> (ej., afirmaciones de automotivación, escucha empática, afrontar resistencias, señalar la incongruencia, apoyar la libertad de elección, revisar consecuencias de la inacción). - <i>Afrontamiento del craving.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Comprender la experiencia del craving como una experiencia normal. - Describir el craving. - Identificar los desencadenantes en las últimas semanas. - Identificar y evitar estímulos desencadenantes. - Afrontar el craving con técnicas de control de sensaciones. - <i>Aumento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Aclarar y jerarquizar los objetivos. - Afrontar la ambivalencia en el contexto de la alianza de trabajo. - Identificar los pensamientos distorsionados en los que se justifica el consumo. - <i>Entrenamiento en asertividad y habilidades para rechazar el consumo.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la disponibilidad de cocaína y los pasos para reducirla de manera segura y eficaz. - Analizar las estrategias para interrumpir los contactos con las personas que suministran cocaína. - Aprendizaje y práctica de habilidades de rechazo de cocaína. - Revisar las diferencias entre respuesta pasiva, agresiva y asertiva; el control del lenguaje corporal y señales no verbales; la anticipación de consecuencias negativas. - <i>Identificación y control de las decisiones aparentemente irrelevantes.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Comprender la importancia de las decisiones aparentemente irrelevantes y su relación con las situaciones de alto riesgo. - Identificar ejemplos personales de decisiones aparentemente irrelevantes. - Practicar la toma de decisiones segura. - <i>Plan de afrontamiento general.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Anticipar situaciones futuras de alto riesgo. - Desarrollar un plan de afrontamiento personal general (teléfono de ayuda, recuerdo de consecuencias negativas del consumo, lista de acontecimientos positivos, etc.).

<p>Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la cocaína (Carroll, 1998).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entrenamiento en solución de problemas.</i> - <i>Manejo del caso.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar y aplicar las habilidades de solución de problemas psicosociales que suponen una barrera para el tratamiento. - Desarrollar un plan de apoyo concreto para enfocar los problemas psicosociales. - Controlar y apoyar los esfuerzos de los pacientes para llevar adelante el plan. - <i>Reducir el riesgo de infección por VIH.</i>
<p>Programa de reforzamiento comunitario más incentivos para el tratamiento de la adicción a la cocaína (Budney y Higgins, 1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Habilidades de afrontamiento de consumo de drogas.</i> - <i>Cambio en el estilo de vida (relaciones sociales, tiempo de ocio y área laboral/ ocupacional).</i> - <i>Asesoramiento en el área de pareja.</i> - <i>Consumo de otras drogas (especialmente alcohol y cannabis).</i> - <i>Tratamiento de la psicopatología asociada.</i> - <i>Terapia de incentivo: procedimiento de manejo de contingencias para reforzar sistemáticamente la abstinencia.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes ganan puntos a cambio de resultados negativos en las analíticas de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. - Los puntos se canjean por determinados reforzadores (servicios o bienes). - Este componente se aplica durante los primeros seis meses del tratamiento.
<p>Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la adicción al tabaco (Becoña, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Información sobre el tabaco.</i> - <i>Autorregistro y representación gráfica del consumo.</i> - <i>Técnica de desvanecimiento: Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.</i> - <i>Técnica de control de estímulos.</i> - <i>Estrategias para controlar el síndrome de abstinencia de la nicotina.</i> - <i>Feedback fisiológico del consumo (monóxido de carbono en el aire espirado).</i> - <i>Estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en aserción, entrenamiento en solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento).</i>

<p>Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la dependencia del alcohol (Monti, Abrams, Kadden y Cooney, 1989)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entrenamiento en habilidades de comunicación.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de rehusar beber. - Proporcionar feedback positivo. - Proporcionar crítica. - Recibir críticas sobre el uso de alcohol/drogas. - Habilidades de escucha. - Habilidades de conversación. - Desarrollar apoyos de personas sobrias. - Habilidades de resolución de conflictos. - Comunicación no verbal. - Expresión de sentimientos. - Introducción en asertividad. - Rechazar peticiones. - Recibir críticas en general. - <i>Entrenamiento en el manejo cognitivo-conductual del estado de ánimo.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de pensamientos sobre el alcohol. - Conciencia de los pensamientos negativos. - Manejo de los pensamientos negativos. - Conciencia de la ira. - Manejo de la ira. - Decisiones aparentemente irrelevantes. - Planificación para emergencias. - Afrontamiento de problemas persistentes. - Entrenamiento en relajación. - Solución de problemas. - Incremento de actividades placenteras. - <i>Afrontamiento de las urgencias a beber.</i> <ul style="list-style-type: none"> - Retraso pasivo y retraso como una estrategia cognitiva. - Consecuencias negativas de beber. - Consecuencias positivas de la sobriedad. - Imaginación de la reducción de la urgencia. - Comida y bebida alternativa. - Conductas alternativas. - Afirmación del dominio a nivel cognitivo. - Distracción cognitiva.
--	---

4. LA GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES. ¿QUÉ FUNCIONA Y QUÉ NO FUNCIONA EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS ADICCIONES?

Por su relevancia en nuestro medio, y por recoger y actualizar la información de que disponemos sobre qué tratamientos psicológicos son o no eficaces, a continuación vamos a analizar monográficamente las conclusiones más importantes que se extraen de la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Esta guía ha sido elaborada por un grupo de expertos en adicciones de nuestro país, revisada adicionalmente por otros expertos, y publicada por Socidrogalcohol (Becoña et al., 2008).

La ventaja de la guía es que utiliza, por una parte, niveles de evidencia y, por otra, grados de recomendación. Así, considera cuatro niveles de evidencia:

1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
2. Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
3. Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
4. Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

Y, como grado de recomendación, de acuerdo a los grados de evidencia que existen:

- a. Grado de recomendación A (máxima), para el nivel de evidencia 1.
- b. Grado de recomendación B (alta), para el nivel de evidencia 2 y 3.
- c. Grado de recomendación C (media), para el nivel de evidencia 4.

A continuación se revisan los niveles de evidencia 1 y 2 y los grados de recomendación A y B de los tratamientos. En el apéndice 2 indicamos todos los niveles de evidencia y grados de recomendación.

4.1. La entrevista y terapia motivacional

Se centra en evitar la confrontación con el paciente, especialmente en aquellos casos en los que existe ambivalencia a la hora de plantearse el cambio de conducta (en el caso que nos ocupa que deje el consumo de drogas) y en facilitar que ponga de manifiesto los motivos de preocupación por su conducta.

Fue diseñada por Miller y Rollnick (1991) para personas con problemas con el consumo de alcohol y posteriormente su uso se ha extendido a otros ámbitos dentro del tratamiento psicológico (Rollnick, Miller y Butler, 2008). Esta terapia parte de aspectos básicos de la “terapia centrada en el cliente” aplicados a los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), de

tal forma que el terapeuta sepa seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas en función del estadio de cambio en que se encuentra el paciente.

Frente a intervenciones más directivas, desde la terapia motivacional se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes. El objetivo es que el paciente avance a través de los distintos estadios de cambio acompañado por el terapeuta (ver capítulo 5).

Los estudios indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios, pero esta motivación disminuye con el paso del tiempo. Dentro del tratamiento de las adicciones este tipo de intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados y son los pacientes con menores niveles de motivación los que resultan más beneficiados del uso de este tipo de técnicas.

Tabla 8.6. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de la entrevista y terapia motivacional.

Nivel de evidencia 1:

- Sus efectos decaen con el tiempo. Eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses.
- Está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio antes de iniciar el tratamiento.
- La Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento.

Nivel de evidencia 2:

- Puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes.
- Incrementa la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento incluida en tratamientos estructurados y duraderos.
- Su utilidad parece que radica más en potenciar variables importantes en el proceso como la participación, la adherencia o la satisfacción que en los resultados del tratamiento en sí.

Grado de recomendación B:

- Parece más indicada para el consumidor con un mayor deterioro cognitivo.
- Este tipo de terapia de baja intensidad, baja exigencia y poco estructurada facilita la disminución del consumo de drogas y la mejoría de síntomas psicopatológicos en personas con carencias extremas como personas sin hogar o consumidores que se inyectan droga y no tienen intención de abandonar el consumo.

4.2. Terapias Conductuales y Cognitivo-Conductuales

Las terapias conductuales y cognitivo-conductuales han sido las más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de los trastornos adictivos. También las que más apoyo empírico han recibido. En la Tabla 8.6 indicamos los niveles de evidencia y niveles de recomendación. A continuación indicamos las terapias conductuales y cognitivo-conductuales que han recibido mayor apoyo empírico en el campo de las drogodependencias.

Tabla 8.7. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

Nivel de evidencia 1:

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas.
- Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado y su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes.
- Respecto al formato de tratamiento, la terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto en formato grupal como individual.
- Respecto a la duración, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo conductual mejores resultados a largo plazo.
- Respecto a la duración de los efectos, con la terapia cognitivo conductual los efectos se extienden más allá del tratamiento pero con el tiempo decaen.
- La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades psicológicas o farmacológicas es más eficaz que cada uno de los componentes de forma aislada.

Nivel de evidencia 2:

- Es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en adolescentes con psicopatología asociada.
- En solitario o con terapia farmacológica produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero estos cambios decaen tras el tratamiento.

Grado de recomendación A:

- En los tratamientos cognitivo-conductuales es importante diseñar programas de seguimiento para procurar la consolidación de los cambios obtenidos durante el tratamiento.
- En el tratamiento con sustitutivos opiáceos (ej., metadona) se obtienen mejores resultados cuando se acompañan de intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales.

Grado de recomendación B:

- Es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias pero es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de la terapia cognitivo conductual para mantener en el tiempo los cambios alcanzados.
- Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones para evitar un sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas.
- La combinación de la terapia farmacológica con interdictores del alcohol junto con terapia cognitivo conductual (fundamentalmente) mejora los resultados del tratamiento de dependencia de alcohol y cocaína.
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente.

4.2.1. Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento (Coping/Social Skills Training)

El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento es que el sujeto adquiera o refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales. Se basa en que la persona no tiene las habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales o interpersonales, lo que le puede llevar a una situación de estrés que puede dificultar su afrontamiento ante situaciones de alto riesgo de consumo. Algunos de los componentes del tratamiento que se incluyen dentro del entrenamiento en habilidades sociales

son: el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás.

Tabla 8.8. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento.

Nivel de evidencia 1:

- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios.

Grado de recomendación A:

- El entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento en personas con dependencia del alcohol y/o cocaína dentro de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento.

4.2.2. La terapia de exposición a señales

La terapia de exposición a señales parte de los principios del condicionamiento clásico que señalan que estímulos neutrales que preceden a la conducta de consumo de sustancias pueden, después de asociarse repetidamente con la conducta de consumo, llegar a provocar respuestas condicionadas de consumo. Es decir, los estímulos asociados pueden provocar respuestas de *craving* (deseo de consumo) y, como consecuencia, la persona puede acabar consumiendo.

Esta terapia se orienta a reducir la reactividad a las señales (estímulos asociados al consumo) mediante procedimientos de exposición y control de los estímulos. Así, el paciente debe exponerse a los estímulos asociados a la conducta de consumo pero sin llegar al consumo. De la misma forma que señales neutras se convirtieron en condicionadas al consumo, ahora se trata de hacer el proceso al contrario.

En la actualidad la utilización de la realidad virtual está promoviendo el uso de esta terapia en el tratamiento de las conductas adictivas, con frecuencia dentro de programas de tratamiento más amplios (ej., García-Rodríguez, Pericot-Valverde, Gutiérrez y Ferrer, 2009).

4.2.3. La prevención de recaídas

La prevención de recaídas parte de que el sujeto vuelve a consumir una sustancia porque ante una situación de riesgo no dispone de las estrategias de afrontamiento adecuadas para mantener la abstinencia. Si ante una situación de riesgo el sujeto emite una respuesta adecuada que evita el consumo, la sensación de control y de autoeficacia percibida se incrementarán y, con ello, la probabilidad de futuros consumos se reducirá. La intervención se basa en aprender a identificar las situaciones, pensamientos y/o emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente para evitar la recaída, aprender a identificar las señales que

anuncian una posible recaída y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca el consumo (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985).

De forma más concreta, las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de la recaída son (Marlatt y Donovan, 2005): identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autorregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del *craving*, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas (Marlatt y Donovan, 2005).

Más que como una técnica de tratamiento en sí misma, se ha utilizado con frecuencia la prevención de la recaída como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de otros programas más amplios.

Tabla 8.9. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de la prevención de la recaída.

Nivel de evidencia 1:

- La prevención de recaídas es efectiva en el tratamiento de las conductas adictivas.

Grado de recomendación A:

- La prevención de la recaída debe utilizarse en los tratamientos de las conductas adictivas.

4.2.4. Los programas de reforzamiento comunitario

Los programas de reforzamiento comunitario se basan en proporcionar al sujeto contacto con refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de que se mantenga abstinentes. Son tratamientos conductuales multicomponentes que tienen unos elementos clave: 1) abordaje de aspectos que pueden limitar la adherencia al tratamiento como las causas pendientes con la justicia o no tener un lugar en donde dormir; 2) los que no tienen trabajo o aquellas personas en las que su trabajo incrementa el riesgo de consumo de drogas, reciben asesoramiento vocacional; 3) identifican antecedentes y consecuentes del consumo, y seleccionan alternativas saludables a las consecuencias positivas que encuentran en el mismo; 4) se ofrece terapia de pareja; 5) se realizan entrenamientos en habilidades para trabajar los déficits que dificultan alcanzar la abstinencia o que aumentan la probabilidad de que sufra una recaída; y, 6) se oferta tratamiento para problemas con otras sustancias (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

4.2.5. El manejo de contingencias

El manejo de contingencias se basa en que el consumo de drogas es una conducta operante que es mantenida por sus consecuencias y por lo tanto puede ser modificada. Consiste en aplicar reforzadores o castigos de forma contingente a la presencia o ausencia de la conducta objetivo.

La intervención realizada con más frecuencia en el tratamiento de las conductas adictivas es en la que los sujetos reciben vales (*vouchers*) canjeables por bienes o por servicios de forma contingente a la ausencia de consumo de drogas (terapia de incentivo). También se han utilizado como conductas objetivo la retención en el tratamiento o la asistencia a las sesiones.

La terapia de incentivo ha sido utilizada con éxito en combinación con el Programa de reforzamiento comunitario para el tratamiento de la adicción a la cocaína y en combinación con el programa de mantenimiento con metadona o naltrexona (agonistas o antagonistas opiáceos) para el tratamiento de la adicción a la heroína. Un ejemplo de los componentes del Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo es el siguiente (Budney y Higgins, 1998): manejo de contingencias con vales (*vouchers*), asesoramiento vocacional, hábitos de sueño, entrenamiento en rechazo del consumo, prevención o consejo de VIH, asesoramiento en actividades de ocio, entrenamiento en habilidades sociales, orientación profesional, relaciones sociales y entrenamiento en relajación. Su uso en España está obteniendo también buenos resultados.

Tabla 8.10. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) del manejo de contingencias.

Nivel de evidencia 1:

- Las terapias basadas en el manejo de contingencias son estrategias eficaces cuando se combinan con el tratamiento con fármacos agonistas como la metadona.
- El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína.

Nivel de evidencia 2:

- El manejo de contingencias mediante vales canjeables por bienes y servicios (*vouchers*) mejora la adherencia y reduce las tasas de recaída en el tratamiento del alcohol.
- El empleo de *vouchers* sin el uso de medicación coadyuvante, mejora la retención y reduce el consumo.
- El manejo de contingencias tiene mejores resultados que la terapia cognitivo conductual para reducir el consumo de cocaína dentro de programas de mantenimiento con metadona.

Grado de recomendación A:

- Los tratamientos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con terapias con manejo de contingencias.

Grado de recomendación B:

- Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios.

4.2.6. Terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento basada en la prevención de la recaída

El objetivo de la terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento basada en la prevención de la recaída es que las personas aprendan conductas alternativas a las

relacionadas con el consumo de cocaína y estrategias de autocontrol. Sus dos componentes principales son el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades.

El tratamiento más destacado en esta línea es el de Carroll (1998), que consta de: análisis funcional del consumo, entrenamiento en solución de problemas, detección y afrontamiento del *craving*, habilidades de afrontamiento, detección de cogniciones relacionadas con el consumo, identificación de las situaciones de riesgo y su afrontamiento.

Secades y Fernández (2003) indican que la misma es un tratamiento probablemente eficaz para la adicción a la cocaína, frente al programa de refuerzo comunitario más terapia de incentivo que se considera como un tratamiento eficaz.

4.2.7. La terapia cognitiva

La Terapia Cognitiva de Beck, Wright, Newman y Liese (1999) se basa en que el modo en que el individuo estructura cognitivamente sus experiencias va a determinar en buena medida cómo se siente, cómo actúa y las reacciones físicas que experimenta. Por lo tanto, establece una clara relación entre cogniciones, emociones y conductas.

Aplicada al campo de las drogodependencias, se basa en que los estímulos que llevan al consumo de drogas no son externos al sujeto (ambientales), sino que se encuentran en su sistema de creencias. Las cogniciones de dicho sistema de creencias se pueden detectar y modificar. Es una de las terapias más conocidas y ampliamente utilizada, aunque en ocasiones se utiliza parte de los componentes de la misma (ej., para el manejo del *craving*) más que toda en su conjunto.

Tabla 8.11. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de la terapia cognitiva.

Nivel de evidencia 2:

- La terapia cognitiva de Beck es superior al no tratamiento en las conductas adictivas, aunque no es superior a otras modalidades psicoterapéuticas.

4.2.8. Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en incrementar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares (Winters, Fals-Stewart, O´Farrell, Birchler y Kelley, 2002). Por lo tanto, se trata de programas multicomponentes, siendo los componentes más destacados: el contrato conductual, el control estimular, la identificación de aquellas relaciones familiares conflictivas que provocan el deseo de consumo, la asignación de tareas, el entrenamiento en solución de problemas y en habilidades de comunicación.

Tabla 8.12. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales.

Nivel de evidencia 1:

- La terapia conductual de pareja que está dirigida a mejorar las relaciones familiares ayuda a incrementar las tasas de abstinencia.

Grado evidencia B:

- Con los pacientes que conviven con una pareja que no consume drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja.

4.3. Terapias centradas en la familia

El análisis de la eficacia de las terapias centradas en la familia presenta dificultades por los problemas metodológicos que tienen los estudios controlados realizados. Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado mejores resultados. Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica. En ellas se da un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal del malestar del funcionamiento familiar, por vivir muchos adictos en el seno de una familia, etc. Es especialmente útil en adolescentes o en adultos que viven con sus padres. En la Tabla 8.13 indicamos los niveles de evidencia y de recomendación de las mismas.

Tabla 8.13. Nivel de evidencia (1 y 2) y grado de recomendación (A y B) de las terapias centradas en la familia.

Nivel de evidencia 1:

- La terapia basada en la familia (terapia familiar multidimensional y multisistémica) junto a programas de dispensación de metadona, mejora la retención en los pacientes que tienen un peor pronóstico inicial.

Nivel de evidencia 2:

- La terapia familiar multidimensional tiene mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales y reduce el consumo de drogas durante el tratamiento.

Grado de recomendación A:

- La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento en adolescentes con problemas con el consumo de drogas.

Grado de recomendación B:

- La Terapia Familiar Estratégica está indicada para familias desestructuradas de adolescentes que consumen drogas.
- La Terapia Familiar Estratégica centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia.
- Las terapias individuales que tienen como objetivo la estructura familiar producen mejores resultados que las individuales, que tienen como diana el cambio individual.

4.4. Terapias analíticas y psicodinámicas

En la actualidad no hay suficientes estudios controlados y aleatorizados para poder concluir que este tipo de tratamientos son eficaces en el abordaje de las conductas adictivas. Las dos terapias que han sido más estudiadas dentro de este grupo son la terapia de soporte expresivo y la terapia interpersonal, pero aplicada a otros trastornos (ej., la terapia interpersonal en la depresión).

¿Qué repercusiones tiene esto en el ámbito de los trastornos adictivos?; ¿quiere esto decir que tenemos que priorizar las técnicas cognitivo-conductuales sobre otras alternativas cuando hayamos de intervenir en este área? Pasamos a contestar a estas preguntas en las páginas siguientes.

5. PRINCIPIOS PARA UN TRATAMIENTO EFECTIVO

En la guía del NIDA (1999; 2009a) antes aludida, los autores de la misma, a partir de las investigaciones y evidencias halladas, identifican hasta un total de 13 principios clave que deberían formar la base de cualquier programa de tratamiento para ser efectivo. Éstos son:

1. La adicción es una enfermedad compleja que se puede tratar y que afecta al funcionamiento del cerebro y al comportamiento.
2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas o su adicción.
5. Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
6. La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias conductuales constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo y son las modalidades de tratamiento para la drogadicción usadas con más frecuencia.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
8. El plan de tratamiento del paciente y los servicios que recibe deben ser continuamente evaluados y, de ser el caso, modificados para garantizar que se ajusten a cualquier cambio en sus necesidades.
9. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se deben tratar los dos problemas de una manera integrada.

10. El manejo médico de la desintoxicación es apenas la primera etapa del tratamiento para la drogadicción y por sí solo hace poco para modificar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
12. Se debe mantener una vigilancia continua para detectar posibles recaídas (uso de drogas) durante el tratamiento.
13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
14. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

Los principios propuestos por la guía son 13 en cada una de las versiones editadas, si bien podemos apreciar que hemos listado un total de 14. La razón es que el primero ha sido introducido en la segunda versión de la guía (NIDA, 2009a), mientras que el decimocuarto formaba parte de la primera versión (NIDA, 1999), pero ha sido omitido en la segunda. Este último sigue siendo perfectamente viable a día de hoy, por lo que se ha mantenido en el listado. Hecha esta aclaración, queremos llamar la atención del lector(a) sobre los principios 2, 4, 7, 9 y 14, y de manera especial sobre el principio número 8. Los primeros plantean la idiosincrasia del proceso de tratamiento de un trastorno adictivo, aspectos en los que usualmente el “clínico de trincheras” se ve reconocido en su práctica cotidiana, y cuestionaría la rotundidad con la que algunos ensayos clínicos presentan sus resultados. Sí nos parece de importancia esencial en su previsión y obligado en su ejecución el octavo principio, el que hace mención a la necesidad de evaluar el programa y los servicios, de evaluar el proceso y los resultados de la acción terapéutica, ya que aquí radica, mal que nos pese, la norma bajo la cual se rige la elección de lo que es un tratamiento eficaz.

6. EFICACIA VS EFECTIVIDAD ¿QUÉ PRIMAR?

¿Por qué esta pregunta? ¿Eficacia y efectividad son conceptos equivalentes? La respuesta es que no. La distinción entre eficacia y efectividad del tratamiento fue popularizada por Seligman (1995) en su artículo “The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study” en el que se aludía indirectamente a los conceptos metodológicos de validez interna y validez externa respectivamente. Siguiendo a Seligman (1995), los estudios sobre la eficacia comparan un grupo terapéutico contra un grupo de control en condiciones de máximo control experimental, utilizando para ello lo que en el ámbito de la investigación sociosanitaria se denomina ensayo clínico (Torrens et al., 2007). En los estudios de eficacia priman los aspectos de validez interna y control de variables que garantizan la estimación insesgada de los efectos

producidos por el tratamiento. Si los estudios de eficacia señalan que los pacientes del grupo de terapia consistentemente logran mejores resultados que los del grupo control, entonces la intervención queda identificada como “tratamiento con apoyo empírico”, y este tipo de estudios son los seleccionados cuando se realiza una revisión sistemática sobre el grado de evidencias.

Sin embargo, inmediatamente surge la duda acerca de la posible generalización de los hallazgos (del ensayo clínico) al mundo de la intervención real, habitual, al quehacer clínico cotidiano. Que una intervención sea eficaz, no es garantía suficiente de ‘utilidad’ o de ‘importancia práctica’. Los ensayos clínicos aleatorizados o estudios de eficacia son necesarios pero no suficientes para garantizar la eficiencia o efectividad del tratamiento.

Por tanto, y como se planteaba más arriba, la ausencia de un tratamiento en los listados de psicoterapias basadas en la evidencia no significa que no sea eficaz sino que hasta el momento no ha aportado las pruebas suficientes que apoyen su eficacia. El elemento clave que diferencia a los “tratamientos bien establecidos” de los “tratamientos probablemente eficaces” no es otro que la calidad de la evidencia empírica que los sustenta; es decir, el tipo de diseño metodológico mediante el que se ha obtenido la evidencia empírica, y la mayor o menor afinidad por comunicar los resultados de las evaluaciones a través de los procedimientos metodológicos y los canales de difusión científicamente establecidos.

Y aquí aparece una cuestión de importancia definitoria. Los diferentes modelos o enfoques psicoterapéuticos asumen un corpus conceptual que define el modo cómo se llega y recogen los datos, de modo que nos encontraríamos ante dos dominios de la ciencia, lo que Windelband en el siglo XIX denominó ciencias nomotéticas vs idiográficas. Las ciencias nomotéticas son aquellas que tienen por objeto las leyes lógicas, es decir, las ciencias de la naturaleza (física, biología,...), que buscan estudiar procesos causales e invariables. Por contra, las ciencias cuyo objeto es el estudio de los sucesos cambiantes, como la economía, el derecho o la historia, son ciencias idiográficas. Así, mientras lo nomotético utiliza un amplio número de elementos muestreados con el objeto de obtener un resultado promedio o típico, lo ideográfico se ocupa de entidades únicas, realizando descripciones diferenciadoras y, frecuentemente, no generalizables de los acontecimientos y sus consecuencias (únicas, pero al mismo tiempo, significativas).

Veamos una aproximación más práctica para comprender lo que queremos decir. Gordon Allport revisó estos enfoques en sus estudios sobre la personalidad. En general, concluyó que cuando se intenta estudiar la personalidad idiográficamente se emplea el *constructo* “*tipo*”, y cuando se le intenta estudiar nomotéticamente, se utiliza el *constructo* “*rasgo*”. Un psicólogo idiográfico diría: “*Todos los seres humanos son únicos y no pueden situarse en ningún punto concreto del continuo de un rasgo o aptitud*”, en tanto que un psicólogo nomotético diría: “*Que existan diferencias implica también que existan similitudes, por tanto ambas, deben situarse*

sobre una dimensión medible en uno de cuyos polos estará la similitud igual a la identidad, y en el otro polo, la disparidad". Al primer tipo de conocimiento se adscriben enfoques como las corrientes psicodinámicas y humanistas, al segundo las aproximaciones cognitivo-conductuales. Estas últimas, siendo más afines al modelo positivista de la ciencia, exploran los hechos y los explican con esa metodología y, lo que es más importante, los difunden en los espacios donde los revisores de las evidencias buscan sus datos.

Pero ahondemos un poco más y busquemos un punto de encuentro. Haciendo nuestro el discurso de Rojas-Malpica (2003), las disciplinas asociadas a la psique (psicología y psiquiatría) han sido definidas como ciencias heteróclitas y heterológicas. Heteróclito, según el Diccionario de la Real Academia Española, es un adjetivo que sirve para designar lo irregular, lo extraño y fuera de orden, y se asigna a todo paradigma que se aparta de lo regular. Lo heterológico consiste en admitir los "conocimientos" en el discurso teórico. La cuestión es que la psicología y la psiquiatría se nutren al mismo tiempo de los conocimientos de las ciencias naturales y de las ciencias culturales. Ello significa asumir el método cuantitativo del positivismo lógico, con el que construyen su saber las ciencias naturales, en el mismo rango epistemológico del método cualitativo propuesto por la fenomenología, el psicoanálisis y la analítica existencial. Por tanto, el conocimiento adscrito a la psicoterapia, ¿es idiográfico o nomotético? Vayamos por partes. Lo individual no equivale a lo idiográfico sino a un conjunto de rasgos nomotéticos que se manifiestan en los distintos individuos en una cuantía diferente. Por ello, la psicología no sólo se encarga de describir la variabilidad individual, sino que trata de explicarla a través de hipótesis, teorías y modelos generales. Dicha explicación puede alcanzar una formulación de ley, porque ésta se dirigirá a un proceso del individuo que provoca la conducta por la acción combinada de los estímulos y las características particulares del mismo. Por tanto, en psicoterapia se persigue alcanzar el conocimiento idiográfico del individuo desde un acercamiento metodológico nomotético.

A nuestro parecer -y es una opinión que puede ser aceptada o no pero que en cualquier caso sí ha de ser debatida- los psicólogos clínicos debemos hacer un esfuerzo por comunicar nuestra experiencia terapéutica e intentar que esa experiencia quede recogida y analizada mediante procedimientos que permitan una mayor homogeneidad en la aproximación al proceso y los resultados terapéuticos.

7. CONCLUSIÓN

Dado que el abuso de drogas tiene tantas dimensiones y altera tantos aspectos de la vida de una persona, el tratamiento no es sencillo. Los programas eficaces de tratamiento suelen incorporar muchos componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus consecuencias. El tratamiento para la adicción debe ayudar al paciente a dejar de usar drogas, a mantener un estilo de vida libre de ellas y a lograr un funcionamiento productivo en la familia, el trabajo y la sociedad. Puesto que típicamente la adicción es un trastorno o

una enfermedad crónica y recidivante, las personas simplemente no pueden dejar de consumir drogas por unos días y curarse; la mayoría de los pacientes requieren cuidados a largo plazo o varios episodios de tratamiento para obtener logros terapéuticos. Buscar y disponer de los mejores recursos terapéuticos adaptados a las necesidades del sujeto y de su momento vivencial; poder discriminar qué modalidad terapéutica sería más propicia para afrontar determinados problemas, o discriminar qué perfil de usuario se beneficiaría en mayor medida de qué enfoque psicoterapéutico, son objetivos que tenemos que examinar y alcanzar.

En definitiva, en el ámbito de las adicciones, al igual que para cualquier otra patología de la esfera psíquica y conductual, los profesionales de la Psicología Clínica deben tomar decisiones sobre el diagnóstico, el pronóstico o la intervención psicológica más adecuada para el paciente que acude a su consulta. La decisión ante el problema no es fácil y la solución debe tener en cuenta tanto el juicio clínico o experiencia del experto como la evidencia que aportan los datos y las preferencias del paciente concreto, que además se encuentra inmerso en un contexto social determinado. Estas consideraciones guían lo que se conoce como Psicología Clínica Basada en la Evidencia (Becoña et al., 2004; Frías, Pascual y García, 2002) cuyo objetivo es difundir la aplicación de los tratamientos psicológicos que han sido sometidos a prueba científica.

El éxito final de la terapia psicológica está, por supuesto, modulado por la adecuada relación terapéutica que se establezca con el paciente. Seleccionar el tratamiento psicológico que ha demostrado su eficacia en situaciones de máximo control con una metodología experimental no significa que la experiencia del profesional y sus habilidades para establecer una conexión con el paciente deban ser olvidadas. La ciencia psicológica avanza con evidencias y la práctica de la psicología necesita del saber hacer del profesional. La ciencia y la práctica tienen un mismo deseo: comprender la conducta y aliviar el sufrimiento humano.

Decía Voltaire, “*Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres humanos de los que no saben nada*”. Nuestra labor, como técnicos o profesionales sanitarios y estudiosos de la psique humana, es hacer que esta máxima se aleje de su enunciado. Debemos esforzarnos en conocer a las personas que tratamos, para entender y saber más sobre los problemas o enfermedades que les aquejan, para así poder ofrecer las soluciones y tratamientos más idóneos, para lo cual debemos tener suficientes evidencias como para basar con justicia nuestras decisiones terapéuticas.

8. REFERENCIAS

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. (1997). Tratamiento del tabaquismo. En V. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2 (pp. 91-128). Madrid: Siglo XXI.

- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Becoña, E., Cortés-Tomás, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P.,...Tomás-Gradolí, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol. Disponible en: www.pnsd.msc.es/Categoriaz/publica/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf.
- Becoña, E., Vázquez, M. J., Míguez, M. C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L.,...Baamonde, M. G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, M.D.: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M. (2001). *Un enfoque cognitivo-conductual: el tratamiento de la adicción a la cocaína*. FAD-Madrid: CITRAN.
- Centros de Integración Juveniles (2003). Enfoques y modalidades en psicoterapia. En: *Manual de apoyo para cursos de capacitación en el tratamiento de adicciones, Capítulo VII*. Disponible en: www.cij.gob.mx/Paginas/Menulzquierdo/Publicacioneslinea/Publicaciones/materialespecializado/manualdeapoyo.asp.
- Frías, M. D., Pascual, J. y García, F. (2002, febrero). *Concepto y método de la psicología basada en la evidencia*. Comunicación presentada en el III Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- García-Rodríguez, O., Pericot-Valverde, I., Gutiérrez, J. y Ferrer, M. (2009). La Realidad Virtual como estrategia para la mejora de los tratamientos del tabaquismo. *Salud y Drogas*, 9, 39-55.
- Gil Roales-Nieto, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el tabaquismo. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo (Coord.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. II. Psicología de la salud* (pp. 287-353). Madrid: Pirámide.
- Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid; Debate.
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la heroína y a la cocaína. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol, 2* (pp. 129-162). Madrid: Siglo XXI.
- Higgins, S. T., Heil, S. H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461.
- Hunt, G. M. y Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Iraurgi, I. (2010). Modelos psicoterapéuticos en trastornos adictivos: reflexiones sobre las evidencias. En: Fundación IZAN (Ed.), *Pasado, presente y futuro en las adicciones* (pp. 121-131). Jornadas conmemorativas del 25º aniversario de la Fundación IZAN. San Sebastián: Fundación IZAN.

- Iraurgi, I. (2011). Comunicación personal.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *INFOCOP*, 17, 25-30.
- Llorente-del-Pozo, J. e Iraurgi, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 4, 252-274.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.
- Marlatt, G. A. y Donovan, D. M. (Eds) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 2ª ed. Nueva York: Guildford Publications.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. Nueva York: Guildford Press.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. y Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. Nueva York: Guildford Press.
- NIDA (1999). *Principios de Tratamientos para la Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones* (1ª Ed., en español). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: www.drugabuse.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html.
- NIDA (2009b). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción. NIDA InfoFacts*. Disponible en: www.drugabuse.gov/PDF/InfoFacts/Metodos10.pdf.
- NIDA (2009a). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide* (2ª Ed). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. Ginebra: Autor.
- Pereiro, C. (Ed.) (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol. Disponible en: www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_content&view=article&id=16:manual-de-adicciones-para-medicos-especialistas-en-formacion&catid=2:eventos-destacados.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rojas-Malpica, C. (2003). *Diagnóstico idiográfico en psiquiatría*. Comunicación presentada en el IV Congreso virtual de psiquiatría Interpsiquis.

- Rollnick, S., Miller, W. R. y Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. Nueva York: Guilford Press.
- Ruiz-Sánchez, J. J. y Cano-Sánchez, J. J. (2009). *Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios*. Disponible en: www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales.htm.
- Sánchez-Hervás, E. (2002). Psicoterapia en los trastornos por consumo de sustancias. *Anales de Psiquiatría*, 18, 180-188.
- Sánchez-Hervás, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implementación. *Papeles del Psicólogo*, 87, 34-44.
- Sánchez-Hervás, E. y Tomás, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 3, 21-27.
- Sánchez-Hervás, E. Tomás-Gradolí, V. y Morales-Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6, 159-166.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo. (Coord). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos* (pp. 107-139). Madrid: Pirámide.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 65-974.
- Torrens, M., Fonseca, F., Baños, J. E. y Farré, M. (2007). Ensayos Clínicos. En J. Ballesteros, M. Torrens y J. C. Valderrama (Eds.), *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias* (pp. 41-48). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Trujols, J., Luquero, E., Siñol, N., Bañuls, E., Tejero, T., Batlle, F.,... Pérez-de-los-Cobos, J. (2007). Técnicas de intervención cognitivo-conductuales para el tratamiento de la dependencia de la cocaína. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 190-198.
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R. y Kelley, M. L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 344-355.

CAPÍTULO 9

FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS EN LOS TRASTORNOS ADICTIVOS

1. INTRODUCCIÓN

Presentamos un breve resumen por orden alfabético de los fármacos que se utilizan en los trastornos adictivos. En primer lugar se presenta la definición de una serie de conceptos farmacológicos básicos:

- *Aclaramiento*: volumen de plasma del que es eliminado el fármaco totalmente, por unidad de tiempo (Cl, ml/min).
- *Biodisponibilidad*: Porcentaje de la dosis administrada disponible para realizar el efecto farmacológico.
- *Fijación a proteínas*: porcentaje del fármaco que circula en plasma fijado a proteínas.
- *Tiempo máximo*: tiempo transcurrido desde la administración, hasta que el fármaco alcanza la concentración plasmática máxima (Tmax, h).
- *Vida media de eliminación*: tiempo en el que se reduce a la mitad la concentración plasmática del fármaco ($t_{1/2}$, h).
- *Volumen de distribución*: volumen de agua corporal en el que el fármaco se encuentra disuelto (Vd, l/kg).

En la Tabla 9.1 se presenta el significado de las abreviaturas que se utilizan en este capítulo.

Tabla 9.1. Abreviaturas

Abreviatura	Significado
Amp	Ampolla
Cáps	Cápsulas
Compr	Comprimidos
Env	Envase
H	Hora
Iny	Inyectable
L	Litro
Mg	Miligramo
Min	Minuto
ml	Mililitro
Recub	Recubierto
Sol	Solución
Susp	Suspensión

2. ACAMPROSATO

Su utilización se centra en el campo de la dependencia alcohólica, aunque su uso es escaso por su eficacia moderada y una posología compleja. El principal aspecto positivo es la buena tolerancia, predominando la diarrea como efecto adverso.

Farmacocinética: Presenta muy baja biodisponibilidad, ausencia de metabolismo hepático, falta de unión a proteínas plasmáticas, una vida media de eliminación de 20 horas, un tiempo hasta alcanzar los niveles plasmáticos máximos de 5 horas y la excreción es renal.

Mecanismo de acción: Es un antagonista de los receptores NMDA y agonista GABA. Disminuye el deseo de consumo de alcohol y la respuesta a estímulos condicionados a la abstinencia de alcohol.

Indicaciones: Dependencia de alcohol.

Efectos secundarios: Diarrea en los primeros días, prurito, cefalea, náuseas y disfunción sexual.

Interacciones farmacológicas relevantes: No presenta.

Contraindicaciones y Precauciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal, litiasis renal, hipercalcemia, diabetes, asma, hipotiroidismo y epilepsia.

Posología: 1998 mg /día en 3 tomas (6 compr. diarios) (4 compr. en 3 tomas si el peso es inferior a 60 kg).

Duración del tratamiento: *habitualmente más de un año. Administrar antes de las comidas. Alcanza los niveles plasmáticos estables a los 7 días.*

Presentaciones:

- CAMPRAL compr. recubierto 333 mg. Env. de 84 compr.
- ZULEX compr. laqueado 333 mg. Env. de 84 compr.

3. BENZODIACEPINAS

Dado el amplio número de principios activos dentro de esta categoría se considerarán en conjunto, reseñando los aspectos más relevantes del grupo. Las benzodiazepinas son ampliamente utilizadas en el campo de las adicciones pero, dado su potencial de abuso, su manejo ha de ser más cuidadoso que en otros trastornos mentales. Es recomendable limitar al máximo su tiempo de utilización y las situaciones en que se usan. Su principal indicación es la desintoxicación de las diversas drogas, fundamentalmente alcohol, administradas durante 1-2 semanas. También pueden utilizarse con precaución en presencia de síntomas de ansiedad o insomnio en adictos, aunque hay otras alternativas farmacológicas para estos síntomas. En los adictos se recomienda utilizar las benzodiazepinas con menor potencial adictivo: son aquellas de menor potencia, de vida media más prolongada, de absorción más lenta y con menos mercado ilegal de la sustancia. En adictos a drogas puede observarse la presencia concomitante de una dependencia de sedantes que puede requerir una desintoxicación con benzodiazepinas de vida media larga en pauta progresivamente descendente o con alguno de los anticonvulsivantes comercializados.

Farmacocinética: En líneas generales se consideran dos tipos de benzodiazepinas: aquellas de vida media larga como diazepam, cloracepato, clordiazepóxico, halacepam o ketazolam, que se metabolizan a nivel hepático produciendo un metabolito activo (el nordiazepam) de vida media larga (una excepción sería el clonacepam que tiene vida media larga aunque sin metabolito activo). Por otro lado, están las benzodiazepinas de vida media corta que, en general, no tienen metabolitos activos, como el loracepam o el oxacepam. El alprazolam es una benzodiazepina de vida media corta aunque sí presenta metabolito activo. Las benzodiazepinas que se utilizan con fines hipnóticos suelen pertenecer al grupo de vida media corta como lormetazepam, triazolam, flunitrazepam o midazolam. El bromacepam, benzodiazepina ampliamente utilizada, tiene una vida media intermedia, con un metabolito de actividad menor al producto original.

Mecanismo de acción: las benzodiazepinas tienen efecto ansiolítico, sedante, hipnótico, anticonvulsivante y miorrelajante actuando sobre el complejo receptor Gaba-benzodiazepina.

Indicaciones: Desintoxicación, insomnio y trastornos de ansiedad comórbidos en dependientes. En adictos son preferibles de primera línea las benzodiazepinas de vida media prolongada.

Efectos secundarios: Sedación, amnesia, falta de concentración, reacciones paradójicas, depresión respiratoria, dependencia y síndrome de abstinencia con la supresión brusca. Hay que vigilar el riesgo de caídas en ancianos.

Interacciones relevantes: las interacciones farmacocinéticas son poco relevantes desde el punto de vista clínico: la cimetidina y algunos antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), como fluoxetina o paroxetina, pueden producir una inhibición metabólica y aumentar los niveles de benzodiazepinas. Las principales interacciones a considerar son de tipo farmacodinámico, potenciando el efecto sedante y depresor del SNC de otros depresores como el alcohol u opiáceos y otros psicofármacos.

Contraindicaciones y Precauciones: Embarazo y lactancia: aunque no se asocian con malformaciones relevantes, pueden pasar la barrera placentaria y a través de la leche materna, produciendo efectos sedantes en el feto o en el recién nacido; e igualmente se puede producir un síndrome de abstinencia en el niño en el momento del parto. Se han descrito malformaciones congénitas menores por su utilización durante el primer trimestre del embarazo, por lo que se recomienda evitar su uso en ese periodo. Por sus efectos cognitivos, hay que tener especial precaución cuando se conduce o se utiliza maquinaria pesada bajo los efectos de las benzodiazepinas. Si existe insuficiencia hepática son recomendables las benzodiazepinas de vida media corta sin metabolismo hepático.

Posología: dependerá del tipo de benzodiazepinas. Las de vida media prolongada se pueden dar en una toma diaria única, aunque es práctica habitual dividirla en más dosis para evitar picos plasmáticos elevados. Las benzodiazepinas de vida media corta requieren de una administración tres veces al día.

Duración del tratamiento: Es altamente recomendable utilizarlas durante pocos días o semanas.

Presentaciones: Existen múltiples presentaciones farmacocinéticas, vamos a señalar las más ampliamente utilizadas:

- ALPRAZOLAM: TRANKIMAZIN compr 0.25, 0.5, 1 y 2 mg. TRANKIMAZIN RETARD. 0.5, 1, 2 y 3 mg. ALPRAZOLAM genéricos.
- BROMAZEPAM: LEXATIN caps 1.5, 3 y 6 mg.

- CLONACEPAM: RIVOTRIL compr. 0.5 y 2 mg, gotas 2.5 mg/ml, amp 1 mg.
- CLORACEPATO: TRANXILIUM caps 5, 10 y 15 mg, compr. 50 mg, amp 20, 50 y 100 mg, DORKEN compr 5, 10 y 25 mg.
- DIAZEPAM: VALIUM compr 5, 10 mg, amp 10 mg/2 ml. Otras presentaciones: ANEUROL, ANSIUM, GOBANAL, PACIUM, STESOLID, TEPAZEPAM, TROPARGAL, VINCOSEDAN, DIAZEPAM genéricos.
- HALACEPAM: ALAPRYL 40 mg.
- KETAZOLAM: SEDOTIME Y MARCEN, caps 15, 30 y 45 mg.
- LORACEPAM: ORFIDAL compr 1 mg. IDALPREM compr 1 y 5 mg. Otras presentaciones: PLACINORAL, genéricos.

4. BUPRENORFINA + NALOXONA

La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores opioides, eficaz para la deshabituación de opiáceos. La asociación con naloxona, antagonista de dichos receptores, impide el abuso de buprenorfina por vía intravenosa, dado que la naloxona bloquearía los efectos subjetivos de la buprenorfina.

Farmacocinética: La buprenorfina tiene buena absorción sublingual. Unión del 96% a las proteínas plasmáticas. Presenta metabolismo hepático a través del citocromo P-450 (CYP3A4). Eliminación por vía biliar en forma de glucurónidos. La naloxona es excretada principalmente por vía urinaria.

Mecanismo de acción: Agonista opiáceo parcial. Sobre el receptor μ opioide, la buprenorfina muestra una alta afinidad y una actividad intrínseca relativamente baja.

Por vía sublingual, la naloxona tiene una biodisponibilidad prácticamente nula y un marcado efecto de primer paso hepático, siendo metabolizada principalmente por glucuronoconjugación. La combinación de buprenorfina y naloxona en un mismo comprimido sublingual tiene por objetivo mantener la eficacia de los comprimidos a dosis equivalentes de buprenorfina sola, al tiempo que disminuye su potencial de abuso en caso de autoadministración por vía parenteral (por precipitación de síntomas de abstinencia a opiáceos). La adición de naloxona no modifica significativamente el perfil farmacocinético de la buprenorfina. La combinación de 4 partes de buprenorfina y una de naloxona (4/1) permite mantener la eficacia de la dosis correspondiente de buprenorfina y, a la vez, inducir un síndrome de abstinencia suficiente pero seguro.

Indicaciones: Tratamiento de sustitución de la dependencia de opiáceos.

Efectos secundarios: Efectos de tipo agonista (estreñimiento, náuseas, retención urinaria, sedación, etc.), como los debidos a una cierta abstinencia (cefalea, insomnio, dolor abdominal

o malestar subjetivo). Mayor seguridad frente a una potencial depresión respiratoria central que la metadona.

Interacciones relevantes: Todos los fármacos que actúen como sustratos del CYP3A4 van a producir interacciones farmacológicas de significación clínica variable: fluvoxamina, antirretrovirales como el ritonavir o el indinavir. Por interacción farmacocinética, produce síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) si se administra en consumidores de opiáceos agonistas totales.

Situaciones especiales: No hay datos que señalen que la buprenorfina produce efectos nocivos sobre la gestante, el feto o el neonato (excepto síndrome de abstinencia de menor intensidad que los descritos con los agonistas opioides). Se desaconseja el uso de buprenorfina en pacientes con insuficiencia hepática severa.

Intoxicación: En caso de sospecha de depresión respiratoria por sobredosis de buprenorfina, la utilidad de la administración de naloxona es limitada, ya que la duración del efecto de la buprenorfina es muy superior a la del antagonista. Por ello, se recomienda una estrecha vigilancia clínica por si fuera necesario el empleo de ventilación mecánica hasta la recuperación de la estabilidad.

Posología: Administración sublingual. Inicio con 2mg/0.5mg cada 24h y se puede aumentar hasta 8mg/2mg al día. Iniciar la primera dosis al aparecer síntomas de abstinencia en adictos a heroína, pero no antes de 6h del último consumo. En usuarios de metadona, reducir esta hasta 30mg/día y administrar buprenorfina al aparecer signos de abstinencia y no antes de 24h del último consumo de metadona. Ajuste de dosis individual hasta un máximo de 24/6 mg/día.

Presentaciones:

- SUBOXONE compr 2mg/0.5mg y compr 8mg/2mg. (envases de 7 y 28 compr.)

5. BUPROPION

El bupropion es un antidepresivo que actúa fundamentalmente sobre la dopamina y también sobre noradrenalina y que ha demostrado su eficacia en la deshabituación de tabaco. En España se comercializó inicialmente para la dependencia de tabaco y más recientemente, en una presentación distinta, para la depresión.

Farmacocinética: Metabolismo fundamentalmente por CYP450 2B6 (metaboliza pocos fármacos), pero también por 1A2, 2A6, 2C9, 3A4, 2E1. Inhibe el citocromo CYP 2D6. Presenta un elevado efecto de primer paso hepático. Su metabolismo da lugar a tres metabolitos activos. Presenta una elevada unión a proteínas plasmáticas. Su vida media de eliminación es de 20 horas. El tiempo hasta alcanzar niveles plasmáticos máximos es de 2.5-3 horas. Presenta una alta biodisponibilidad.

Mecanismo de acción: Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina.

Indicaciones: Deshabitación de tabaco. Depresión.

Efectos secundarios: Cefalea, sequedad de boca, insomnio, temblor, náuseas, crisis convulsivas (dosis dependiente), disgeusia. Casos de aumento de tensión arterial. Escasas disfunciones sexuales. Evita aumento de peso por abstinencia de tabaco.

Interacciones relevantes: antidepresivos de tipo Inhibidores de la Mono-Amino Oxidasa (IMAO), alcohol (aumenta riesgo convulsivo), antipsicóticos (aumenta riesgo convulsivo), carbamacepina (disminuye los niveles de bupropion), cimetidina (aumenta los niveles de bupropion), fenitoina, fenobarbital, antidepresivos tricíclicos, fluoxetina, paroxetina, valproato, beta bloqueantes, antiarrítmicos, fármacos dopaminérgicos como levodopa o amantadina.

Precauciones: Cuando existe riesgo de crisis convulsivas: antecedentes de crisis convulsivas o situaciones que las favorezcan como la dependencia de alcohol, antecedentes de traumatismo craneal, diabetes mellitus, trastornos de la conducta alimentaria y uso de fármacos que disminuyan el umbral convulsivo. En presencia de insuficiencia renal, hepática o en ancianos, usar la mitad de la dosis. Evitar su uso en caso de lactancia y embarazo.

Posología: 300 mg/día en dos tomas (compr. de liberación retardada). Inicio 150 mg por la mañana, a los 3 días: 300 mg en dos tomas. Hay que tener precaución con más de 300 mg/diarios, no siendo recomendable dar más de 150 mg en la misma toma. Iniciar el tratamiento de 7 a 15 días antes del cese del consumo de tabaco. La duración del tratamiento es de 7-9 semanas. No presenta interacciones relevantes con la comida.

Presentaciones:

- ELONTRIL compr. liberación modificada 150 mg; 300 mg. Env. de 30 compr. Indicación para la depresión.
- GERONPLASE compr. recub. liberación prolongada 150 mg.
- QUOMEM compr. recub. retard 150 mg. Env. de 30, 60 y 100 compr.
- ZYNTABAC compr. retard 150 mg. Env. de 30, 60 y 100 compr.

6. CARBAMACEPINA

La carbamacepina es un antiepiléptico y como la mayoría de estos, tiene un amplio uso en psiquiatría, tanto como estabilizante del ánimo para pacientes con trastorno bipolar como para el control de la impulsividad, además de ser un grupo de fármacos ampliamente utilizado en el campo de las adicciones. Sin embargo, existen escasas indicaciones aprobadas de los antiepilépticos para la desintoxicación o deshabitación de drogas.

Farmacocinética: Presenta metabolismo hepático a través del citocromo CYP450 3A4 (presenta frecuentes interacciones farmacológicas). Es un importante inductor enzimático y autoinductor de su propio metabolismo. Presenta un metabolito activo: 10, 11-epóxido de carbamacepina. La unión a proteínas plasmáticas es del 75%. La vida media de eliminación es de 36 horas. El tiempo para alcanzar los niveles plasmáticos máximos es de 4-24 horas. Presenta una alta biodisponibilidad.

Mecanismo de acción: Es un antagonista de los canales de sodio voltaje-dependientes y un modulador gabaérgico.

Indicaciones: Síndrome de abstinencia al alcohol. Existen estudios en la deshabituación de alcohol, de sedantes y de cocaína, además de mejorar las conductas impulsivas.

Efectos secundarios: Problemas hematológicos (leucopenia, trombocitopenia, agranulocitosis) y hepáticos (hepatitis tóxicas). Sedación, mareo, náuseas, sequedad de boca, diplopia, ataxia, cefalea, hiponatremia, rash cutáneo. Teratógeno.

Interacciones relevantes: Es un potente inductor enzimático y presenta una elevada unión a proteínas plasmáticas: disminuye los niveles de haloperidol, antipsicóticos atípicos, anticonceptivos orales, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, fenitoina, metadona o inhibidores de la proteasa. Aumenta los niveles de carbamacepina: valproato, antidepresivos tricíclicos, cimetidina, fluoxetina, fluvoxamina, inhibidores de la proteasa o isoniacida. Algunos fármacos disminuyen los niveles de carbamacepina como el fenobarbital.

Precauciones: en situaciones de bloqueo aurículo-ventricular, insuficiencia hepática y renal o embarazo.

Posología: 600-1200 mg/día. Han de monitorizarse los niveles plasmáticos que deben permanecer entre 6 y 10 microgramos/ml. Requiere una monitorización de la situación hepática y hematológica.

Presentaciones:

- TEGRETOL compr. 200 mg (env. de 50, 100 y 500 compr.), 400 mg. (env. de 30, 100 y 500 compr.).
- CARBAMACEPINA Alter y Normon, 200 y 400 mg.

7. CIANAMIDA O CARBIMIDA CÁLCICA

La cianamida junto al disulfiram se engloban dentro de lo que se denominan fármacos aversivos o interdictores y son utilizados en la deshabituación de alcohol. Comparten un mismo mecanismo de acción, que es la interferencia en el metabolismo del alcohol produciendo la acumulación de acetaldehído lo que ocasiona la denominada reacción disulfiram o acetaldehídica. El temor a

dicha reacción, que es desagradable e incluso peligrosa para la salud, tiene un efecto disuasorio sobre el consumo de alcohol. Es importante que el paciente sepa que lo está tomando y conozca bien las consecuencias de dicha interacción con el alcohol. Se recomienda que estos fármacos se tomen bajo supervisión de la familia. Aunque en los ensayos clínicos han demostrado una eficacia no muy superior al placebo, en la práctica clínica son fármacos ampliamente utilizados y de efectividad demostrada.

Farmacocinética: Presentan una absorción rápida; los valores de tiempo máximo (Tmax) para alcanzar la concentración máxima en sangre (Cmax) oscilan entre los 10 y 15 minutos. La biodisponibilidad oscila entre un 53% y un 70%, esto sugiere que tiene lugar un efecto de primer-paso hepático. Se transforma a través de un mecanismo enzimático de acetilación en un metabolito inactivo, la N-acetilcianamida, que se elimina por la orina. La semivida de eliminación es inferior a una hora.

Mecanismo de acción: Inhibe la aldehidodeshidrogenasa. La acumulación de acetaldehído produce rubefacción, náuseas y vómitos. El principal mecanismo es un efecto cognitivo disuasorio.

Indicaciones: Dependencia de alcohol.

Efectos secundarios: En general es mejor tolerado que el disulfiram, aunque tiene mayor potencial hepatotóxico. Riesgo de hepatopatía, leucocitosis e hipotiroidismo.

Interacciones relevantes: Benzodiazepinas, metronidazol.

Precauciones: En caso de insuficiencia hepática o hipotiroidismo o con el uso de alimentos o fármacos conteniendo etanol.

Posología: Inicio del efecto a las 1-2 horas de su administración. El efecto es reversible. La duración del efecto es de 12-24 h. Dosis habitual de 90 mg, en forma de 30 gotas diarias (15g/12h). Existe la posibilidad de uso puntual en situaciones de riesgo de consumo. Recomendable la supervisión familiar de la ingesta del fármaco. Es necesaria una información adecuada del efecto y riesgos del fármaco, y la firma de un consentimiento informado que advierta de dichos riesgos.

Presentaciones:

- COLME Gotas orales en solución 3 mg/gota; 60 mg por ml. Frasco goteador. Caja con 1 ampolla de 15 ml, caja con 4 ampollas de 15 ml.

8. CLONIDINA

La clonidina es un agonista alfa₂-adrenérgico y se utiliza en la desintoxicación de opiáceos.

Farmacocinética: Biodisponibilidad del 80%. Las concentraciones plasmáticas máximas se obtienen a las 3,5 h. Es metabolizado en un 50% en el hígado, siendo eliminado mayoritaria-

mente con la orina, el 35-55% del fármaco en forma inalterada. Su semivida de eliminación es de 7-20 h (aumentando a 30-40 h en caso de insuficiencia renal).

Mecanismo de acción: Agonista alfa₂-adrenérgico; al actuar sobre receptores presinápticos disminuye la noradrenalina liberada en la sinapsis, atenuando la hiperactividad noradrenérgica presente en la abstinencia a opiáceos.

Indicaciones: Tratamiento de la desintoxicación de opiáceos.

Efectos secundarios: Hipotensión, boca seca, somnolencia, mareos y sedación.

Interacciones relevantes: Con fármacos bloqueantes beta adrenérgicos y con antidepressivos tricíclicos. Contraindicado en caso de enfermedades del nódulo sinusal o con infarto de miocardio reciente.

Intoxicación: Disminución del nivel de conciencia, hipotonía, miosis, bradicardia e hipotermia. El tratamiento es sintomático de soporte cardio-respiratorio.

Posología: Dosis de 0,150 mg/8h.

Presentaciones:

- CATAPRESAN compr. de 0,150 mg. Env. con 30 compr.

9. CLORMETIAZOL

El clormetiazol es un análogo de la vitamina B₁ que se utiliza en la desintoxicación del alcohol y como agente hipnótico.

Farmacocinética: Metabolización hepática.

Mecanismo de acción: Fracción tiazólica de la vitamina B₁. Potencia la inhibición gabaérgica.

Indicaciones: Síntomas de abstinencia de alcohol.

Efectos secundarios: congestión nasal, náuseas, cefalea o sedación excesiva.

Interacciones relevantes: Propanolol y cimetidina.

Precauciones: en el síndrome de apnea del sueño, insuficiencia respiratoria aguda o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se excreta por la leche materna.

Posología: En síntomas de abstinencia de alcohol: inicialmente 384-768 mg/día (2-4 compr). Día 1º (primeras 24h): 1920-2304 mg/día (10-12 compr.); día 2º: 1152-1536 mg (6-8 compr); día 3º: 768-1152mg (4-6 compr); días 4º al 6º: reducir hasta su suspensión.

Presentaciones:

- DISTRANEURINE caps. 192mg. Env. con 30 compr.

10. DISULFIRAM

El disulfiram junto a la cianamida es un agente aversivo del alcohol. Su efecto es más prolongado que el de la cianamida.

Farmacocinética: Presenta una rápida absorción oral, pero se requieren de 3 a 8 horas para la producción de su efecto; éste puede perdurar hasta 2 semanas. Muy liposoluble, con una vida media de 6 a 120 horas. Produce una inhibición irreversible de la aldehído deshidrogenasa llevando a una acumulación de acetaldehído hasta 10 veces más elevada de lo usual (por alteración del metabolismo oxidativo del alcohol) y produciendo una reacción displacentera instantánea que puede durar hasta 30 minutos. También inhibe la dopamina-beta-hidroxilasa. Inhibidor de varios subtipos del citocromo CYP450 (1A2, 2E1, 3A4).

Mecanismo de acción: Efecto cognitivo disuasorio por inhibir la aldehído deshidrogenasa de forma irreversible. Al consumir alcohol bajo su efecto, aumentan los niveles de acetaldehído y provoca la reacción acetaldehídica: cefalea, náuseas, vómito, rubor, sed, disnea, hiperventilación, taquicardia, hipotensión, sudoración, vértigo, visión borrosa, ansiedad y confusión. La mayoría son reacciones leves y autolimitadas, siendo más graves en presencia de patología médica. Se puede revertir esta reacción por el incremento gradual del consumo de alcohol. El inicio del efecto es a las 12 h, con un bloqueo efectivo a los 5 días de tratamiento y presentando un efecto prolongado de hasta 15 días.

Indicaciones: Dependencia de alcohol. Estudios en dependencia de cocaína.

Efectos secundarios: Somnolencia inicial, sabor metálico, fatiga, cefalea y disfunción sexual. Riesgo de hepatopatía y neuropatía (relación con la dosis utilizada y su uso durante más de un año). Presenta una peor tolerancia que la cianamida pero es menos hepatotóxico.

Interacciones relevantes: Inhibe el metabolismo de diferentes fármacos: anticoagulantes, fenitoina, isoniacida, warfarina, teofilina, antidepresivos tricíclicos, benzodicepinas de vida media larga, cafeína o antidepresivos IMAO. Aumenta los niveles de cocaína (posiblemente por aumento de absorción).

Precauciones y contraindicaciones: Cardiopatía, hepatopatía grave y epilepsia (por los riesgos de la reacción acetaldehídica). Se ha sugerido que produce un incremento en el riesgo de psicosis, pero no existe suficiente evidencia al respecto y no ocurriría con las dosis habituales. Precaución con el uso de alimentos o fármacos conteniendo etanol.

Posología y manejo: 250 mg diarios. Algunos pacientes pueden requerir de 400-500 mg/d. Administrar 1-2 compr. diarios. Una dosis menor no suele producir la reacción. Mayor dosis aumenta el riesgo de efectos secundarios. Se requiere de revisiones analíticas periódicas (control de transaminasas). Si es posible se debe limitar el tiempo de tratamiento para disminuir el riesgo de hepatotoxicidad y de polineuropatía. Se recomienda supervisión familiar de la toma,

información adecuada del mecanismo de acción y la firma de un modelo de Consentimiento Informado. No se debe de administrar sin el conocimiento del paciente. Es necesaria una exploración médica y valorar la motivación para la abstinencia total de alcohol previo al inicio del tratamiento. Interrumpir el tratamiento si empeora la función hepática o existe riesgo de ingesta alcohólica. El paciente no puede consumir alcohol tras 1-2 semanas de la supresión del tratamiento.

Presentaciones:

- Implantes subcutáneos de biodisponibilidad dudosa.
- ANTABUS Compr. 250 mg. Env 40 compr.

11. GABAPENTINA

La gabapentina es otro agente antiepiléptico con un potente efecto sedante y buena tolerancia utilizado en la deshabitación de drogas y alcohol por dicho efecto sedante y ausencia de potencial adictivo. Al igual que la mayoría de los antiepilépticos no tiene indicaciones aprobadas en el campo de las adicciones.

Farmacocinética: Tiene una vida media de eliminación de 6-8 h. Presenta metabolismo hepático sin metabolitos activos. La excreción es renal. No presenta unión a proteínas plasmáticas. La biodisponibilidad es del 55-65% y el tiempo para la concentración plasmática máxima es de 2 h.

Mecanismo de acción: Tiene una estructura similar al neurotransmisor GABA pero no se une a sus receptores. Es un antagonista de los canales de calcio voltaje dependientes y aumenta los niveles de GABA a través de múltiples mecanismos enzimáticos y de transportadores de aminoácidos, además de ser también un antagonista del glutamato.

Indicaciones: Existen estudios clínicos con su uso en desintoxicación de alcohol y de opiáceos, en deshabitación de alcohol, cocaína y benzodiazepinas, en trastornos del control de los impulsos y en el trastorno límite de personalidad.

Efectos secundarios: Presenta una buena tolerancia, predominando como efectos adversos la sedación, un leve aumento de peso, cefalea y temblor.

Interacciones relevantes: No presenta. Los antiácidos disminuyen su absorción.

Precauciones: Hay que disminuir la dosis en ancianos y en presencia de insuficiencia renal.

Posología: Dosis de 900-3600 mg/día. Inicio con 300 mg/día o cada 12 horas. La dosis es preferentemente nocturna.

Presentaciones:

- NEURONTIN cáps. dura 300 mg y 400 mg. Envases de 30 y 90 cáps.

- NEURONTIN compr. recub. con película 600 mg y 800 mg. Envases de 90 compr.
- GABAMERCK Cáps. dura 300 mg; 400 mg.
- GABATUR Cáps. dura 300 mg , 400 mg, GABATUR Compr. recub. con película 600 mg y 800 mg.
- GABEPINA Cáps. dura 100 mg, 300 y 400 mg.
- GABMYLAN Compr. recub. con película 600 mg y 800 mg.
- GABAPENTINA ALTER, APHAR, BEXALABS, BEXAL, CINFA, COMBINO PHARM, COMBIX, COLORKERN, KERN PHARMA, ACOST, EDIGEN, FARMAPROJECTS, FLUOXCOMB, KORKHISPANA, NORMON, OTIFARMA, PENSA, PHARMAGENUS, QUALIGEN, QUALITEC, RANBAXY, RATIOPHARM, STADA, QUASSET, SANDOZ, TARBIS, TECNIGEN, TEVA, TEVAGEN, TOSICINA, UR, UXA, VITELAX, WINTHROP Cáps. dura 300 mg; 400 mg.
- GABAPENTINA BEXAL, COMBINO PHARM, DERMOGEN, FARMALIDER, FLUOXCOMB, KERN PHARMA, MELITA, PENSA, PLIVA, PREMIUM PHARMA, RANBAXIGEN, RANBAXY, RATIOPHARM, STADA, TECNIGEN, TEVA, UR, VITELAX, GEPREM Y COMBIX WINTHROP Compr. recub. con película 600 mg. y 800 mg.
- GABAPENTINA COMBAXONA, COMBINO PHARM, KORKHISPANA, OTIFARMA, QUALIGEN, QUALITEC, QUASSET, TARBIS, TECNIGEN, TEVA, WINTHROP, EDIGEN EFG Cáps. dura 100 mg.

12. LAAM: LEVO-ALFA-ACETILMETADOL

El LAAM es un opiáceo de vida media larga utilizado, al igual que la metadona para la deshabituación de heroína.

Farmacocinética: Presenta una rápida absorción; un metabolismo hepático por medio del citocromo P-450 en su isoforma CYP3A4, ocasionando 2 metabolitos activos: el nor-LAAM y dinorLAAM. Su vida media es de 96 horas. La excreción es fundamentalmente fecal.

Mecanismo de acción: Es un agonista opiáceo del receptor mu opioide.

Indicaciones: Para la deshabituación en la dependencia de opiáceos. Actualmente retirado por el riesgo de aumentar el intervalo cardíaco QT.

Efectos secundarios: Puede dar lugar a un cuadro pseudogripal. Produce insomnio, astenia, dolor abdominal y estreñimiento. Puede prolongar el intervalo QT.

Interacciones relevantes: Con otros fármacos que puedan prolongar el intervalo QT o producir hipopotasemia e hipomagnesemia.

Situaciones especiales: Contraindicado en situaciones que predispongan a la prolongación QT.

Posología: 3 dosis semanales en el centro dispensador. Dosis de inicio: 20-40 mg/toma, con incrementos de 5-10 mg/toma hasta la estabilización con dosis generalmente de entre 60-100 mg.

Presentaciones: No comercializada.

13. LAMOTRIGINA

La lamotrigina es otro agente anticonvulsivante, utilizado como estabilizador de ánimo, mostrándose más eficaz para prevenir las recaídas de las fases depresivas y usado igualmente para controlar la impulsividad y el consumo de drogas.

Farmacocinética: Presenta una elevada absorción, una biodisponibilidad del 98%, una concentración plasmática máxima entre 1-3 h tras la administración, una unión a proteínas plasmáticas del 55-68%, con metabolismo a través de N-glucuronidación hepática, que no produce metabolitos activos. La vida media es alrededor de 25 h. La excreción es renal.

Mecanismo de acción: Antagonista de los canales de sodio y de calcio voltaje-dependientes.

Indicaciones: Estudios clínicos en impulsividad, trastorno límite de personalidad, dependencia de cocaína o trastorno bipolar con dependencia de drogas.

Efectos secundarios: Requiere especial atención la posibilidad de aparición de un exantema grave, incluido un síndrome de Stevens-Johnson, en un 0,1% de los pacientes tratados, siendo más frecuente en niños, con uso de dosis elevadas o cuando es coadministrado con valproato. Puede dar lugar a mareos, ataxia, cefalea, diplopia, náuseas y disfunción sexual. Tiene menor riesgo de alteraciones cognitivas o aumento de peso que otros antiepilépticos. No presenta potencial teratogénico, aunque pasa a la leche materna.

Interacciones relevantes: Presenta escasas interacciones, fundamentalmente con carbamacepina, fenitoina, fenobarbital y anticonceptivos orales que disminuyen los niveles de lamotrigina. El valproato y sertralina aumentan los niveles de lamotrigina. La lamotrigina disminuye los niveles de valproato.

Precauciones: Se produce una disminución del aclaramiento en los ancianos y pacientes con insuficiencia hepática.

Posología: Inicio con 25 mg/d. Después incrementar de 25-50 mg cada dos semanas, hasta unas dosis de mantenimiento de 200 mg/día. Se puede administrar en el momento de las comidas o fuera de estas.

Presentaciones:

- CRISOMET Compr. dispersable 2 mg (envase de 30 compr.), 5 mg (envase de 56 compr.), 25 mg (envase de 21, 42 y 56 compr.), 50 mg (envase de 42 y 56 compr.), 100 mg (envase de 56 compr.), 200 mg (envase de 30 compr.).
- LABILENO Compr. dispersable 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg (retirado del mercado).
- LAMICTAL Compr. dispersable 2 mg, 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg.
- LAVINOL Compr. dispersable 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg.
- SIMOLAN Compr. 100 mg y 200 mg, compr. dispersable 5 mg, 25 mg, 50 mg.
- LAMOTRIGINA ACOST, ACOSTGEN, COMBIX, DAVUR, EDIGEN, KERN PHARMA, KORHISPANA, MERCK, NORMON, QUALIGEN, RANBAXY, RATIO, RATIOMED, RATIOPHARM, SANDOZ, STADA, TEVAGEN, WINTHROP Compr. dispersable 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg.

14. METADONA

La metadona es un agonista opiáceo de larga vida media utilizado ampliamente para la deshabituación de heroína por su elevada eficacia en el control de su consumo. Al unirse a los receptores opiáceos disminuye el deseo del adicto por consumir heroína.

Farmacocinética: Presenta un metabolismo hepático a través de las isoenzimas del citocromo P-450 (CYP3A4, CYP2D6, CYP1A2).

Mecanismo de acción: Agonista de los receptores opiáceos.

Indicaciones: Tratamiento sustitutivo de la dependencia de opiáceos.

Efectos secundarios: Los más frecuentes son sudoración, náuseas o vómitos.

Interacciones relevantes: Presenta interacciones con los fármacos que inhiben o activan al citocromo P-450: alcohol (la intoxicación aguda disminuye el metabolismo de la metadona), disulfiram (puede producir la aparición de síntomas de abstinencia), benzodiazepinas (potencia los efectos sedantes), omeprazol (aumenta los niveles de metadona), carbamacepina, fenitoina, rifampicina, antiretrovirales como los inhibidores de la proteasa y de la transcriptasa inversa (disminuyen los niveles de metadona), antidepresivos tricíclicos (ADT) (aumenta los niveles de éstos), interferon (disminuye los niveles de interferon) y muchas más.

Situaciones especiales: Indicada en embarazadas con dependencia de opiáceos. La intoxicación produce miosis, depresión respiratoria y coma. Contraindicado en la insuficiencia respiratoria grave.

Posología: Se comienza con dosis de alrededor de 40 mg, con incrementos de 5-10 mg/día hasta alcanzar la dosis adecuada, habitualmente entre 80-120 mg. El tratamiento es a muy largo plazo.

Presentaciones:

Solución: la más habitualmente utilizada en el tratamiento de sustitución de la dependencia de opiáceos.

METASEDIN compr. 5, 30 y 40 mg. Iny de 10 mg.

EPTADONE 5 mg/ml solución oral. Envase multidosis de 1000ml, con vaso dosificador. Cada frasco contiene 5000mg.

15. NALOXONA

Es un antagonista opioide de vida media muy corta utilizado en los casos de intoxicación por opiáceos o para detectar el consumo reciente de opiáceos antes de iniciar el tratamiento con un antagonista de vida media más larga que provocaría un síndrome de abstinencia más grave.

Farmacocinética: No es activo por vía oral. El volumen de distribución de 1,8 L/kg, depuración 30,1 ml/kg/min, vida media de eliminación terminal promedio en plasma ($T_{1/2}$ beta) de 64 min. **Duración:** es dosis dependiente; 20-60 min. **Eliminación:** metabolismo hepático en un 95%, eliminación renal predominantemente.

Mecanismo de acción: Antagonista opiáceo por unión a receptores mu, epsilon y kappa.

Indicaciones: Intoxicación por opiáceos. Prueba de naloxona previa a la inducción con naltrexona.

Efectos secundarios: Pueden aparecer arritmias cardíacas y convulsiones en caso de una reversión rápida de los efectos opiáceos.

Interacciones relevantes: Con los opiáceos, por la aparición de un síndrome de abstinencia.

Precauciones: Reversión de la analgesia producida por opiáceos; incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, incluyendo taquicardia, hipertensión arterial sistémica, edema pulmonar y arritmias cardíacas; náusea y vómito relacionados con la rapidez de administración y la dosis.

Posología: Vía intravenosa a dosis sucesivas de 0,4-2,0 mg cada 2-3 minutos hasta obtener respuesta en sobredosis de opiáceos. 0.8 mg subcutáneo (sc) en la "prueba de naloxona".

Presentaciones:

- NALOXONE sol. iny. 0,4 mg, 10 amp.

16. NALTREXONA

La naltrexona es un antagonista de los receptores opioides de vida media larga, utilizado para la deshabitación de opiáceos (al producir el bloqueo de los receptores opioides impide los efectos subjetivos de la heroína y, por tanto, lleva a la extinción de la conducta de búsqueda de opiáceos por falta de refuerzo positivo) y para la deshabitación de alcohol (impide el refuerzo positivo asociado al consumo de alcohol que en parte está mediado por el sistema opioide).

Farmacocinética: Presenta una absorción rápida, baja biodisponibilidad, metabolismo hepático con importante efecto de primer paso hepático y produciendo un metabolito activo. El pico plasmático se produce a la hora de su administración. La vida media de eliminación es de 10 h. La unión a proteínas plasmáticas es del 20%.

Mecanismo de acción: Es un antagonista competitivo de los receptores mu opioides y menos potente de los receptores kappa y delta opioides. Produce un bloqueo de los efectos de los opiáceos a nivel de los receptores. Bloquea el efecto reforzador positivo del alcohol y presenta un efecto *anti-priming*. Disminuye el deseo inducido por estímulos condicionados al consumo.

Indicaciones: Dependencias de opiáceos y de alcohol. Utilización en bebedores excesivos y en programas de bebida controlada.

Efectos secundarios: Náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, ansiedad, sedación, insomnio y anorexia. Presenta riesgo de hepatotoxicidad con dosis elevadas.

Interacciones relevantes: Fundamentalmente con los agonistas opiáceos. Hay que tener precaución con fármacos hepatotóxicos.

Precauciones: Embarazo, insuficiencia hepática o hepatitis, consumo actual de opiáceos, hipersensibilidad a la naltrexona.

Posología: 50 mg diarios vía oral. Es recomendable que se administre acompañado de medidas para mejorar su cumplimiento. Se recomienda la monitorización de la función hepática, sobre todo en presencia de una hepatopatía de base, aunque en general es bastante seguro y no están descritos efectos adversos hepáticos relevantes con las dosis habituales. Teóricamente si se sobrepasa el bloqueo de los receptores producido por la naltrexona con el consumo de agonistas opioides se podría producir una intoxicación fatal, pero hasta la fecha no hay casos descritos.

- a. En la dependencia de opiáceos: iniciar el tratamiento tras 3-5 días de abstinencia de heroína, o tras 5-7 días de abstinencia de opiáceos de vida media prolongada. Realizar una prueba de naloxona previa al inicio del tratamiento. Se pueden utilizar pautas de 50 mg/diarios o 3 tomas semanales (100 mg lunes y miércoles y 150 mg el viernes). La duración del tratamiento debe ser al menos de 12 meses.

- b. En la dependencia de alcohol: puede iniciarse el tratamiento antes de la abstinencia de alcohol. Se administra la dosis de 50 mg diariamente durante al menos 12 meses de tratamiento.

Presentaciones:

- ANTAXONE 25 mg (14 Cápsulas), 50 mg (14 y 28 cápsulas), solución (50 mg por frasco de 10 ml, 14 y 20 unidades).
- REVIA 50 mg (14 y 28 compr.).
- CELUPAN 50 mg (14 y 28 compr.).

17. NICOTINA

La nicotina se utiliza como tratamiento sustitutivo para la deshabituación de tabaco, existiendo una amplia variedad de presentaciones como aerosol, chicle, parches o comprimidos.

Farmacocinética:

- a. *Aerosol:* los niveles plasmáticos se alcanzan más rápidamente que con las presentaciones tipo chicle, alcanzando dos tercios de los niveles conseguidos por el cigarrillo, con el pico plasmático a los 10 minutos.
- b. *Chicle:* permite la absorción oral evitando el efecto de primer paso hepático. El pico máximo plasmático es a los 30 minutos de tomarlo. Las concentraciones venosas de nicotina son de un tercio a dos tercios del obtenido por el cigarro.
- c. *Parche:* presenta una fácil absorción de nicotina a través de la piel. Hay una demora de horas para su detección en plasma y alcanza niveles plasmáticos estables a los 2-3 días. Niveles plasmáticos: la mitad de los obtenidos por el cigarro.

Mecanismo de acción: Evita los síntomas de abstinencia de la nicotina.

Indicaciones: Dependencia de tabaco. El aerosol se suele utilizar cuando son necesarias dosis altas y rápidas de nicotina, en caso de una dependencia grave.

Efectos secundarios:

- a. *Aerosol:* irritación nasal, rinitis, tos, lagrimeo y obstrucción nasal. Se han descrito casos de abuso.
- b. *Chicle:* dolor mandibular, quemazón de boca, irritación faríngea, náuseas, cefalea e insomnio. La ingesta de bebidas ácidas como el café o los zumos disminuyen la absorción del chicle.
- c. *Pastillas:* náuseas, ardor gástrico e irritación faríngea.

- d. *Parches*: irritación cutánea, insomnio, náuseas, vómitos y sueños vívidos. No produce alteraciones cardiovasculares.

Contraindicaciones:

- a. *Aerosol*: con enfermedades de las fosas nasales.
 b. *Chicle*: en presencia de problemas dentarios.
 c. *Parches*: con enfermedades cutáneas generales.

Posología:

- a. *Gotas*: Una dosis de 1 mg de gotas por administración, en cada orificio nasal cada 1-2 horas, produce un alivio más rápido del *craving* que el chicle. Usar cuando sea necesario sin pasar de 40 aplicaciones diarias y con una reducción progresiva de la dosis.
 b. *Chicle*: dosis individualizada, 1 chicle de 2 mg cada 2 horas, o de 4 mg para consumidores elevados. Máximo 60 mg/día. Enseñar la técnica: debe de masticar hasta que aparezca un gusto picante, entonces dejar de masticar para favorecer la absorción de la nicotina y después reiniciar la masticación. La duración del chicle es de 30-45 minutos. La duración del tratamiento de 6-12 semanas, con reducción gradual de la dosis.
 c. *Pastillas*: deben chuparse, no morder ni masticar. Usar 1-2 mg cada 1-2 horas, máximo 60 mg/día.
 d. *Parche*: Pueden ser de una duración de 16 o de 24 horas. Poner al inicio del día, en una zona sin pelos, cambiando la posición diariamente, y retirar al acostarse los de 16 h y al día siguiente los de 24 horas. La dosis inicial depende del grado de consumo y la duración del tratamiento es de 6-12 semanas, con una disminución gradual de la dosis. La efectividad es similar al chicle, presenta un mejor cumplimiento y es más recomendable por una mayor facilidad de uso. El uso de dosis altas, de 15-21 mg, es para fumadores intensos. Las dosis intermedias de 10-14 mg para fumadores de menos de 15 cigarros/día. Los parches de 24 horas alivian el deseo de fumar matutino.

Presentaciones:

- a. *Aerosol nasal*: gotas que se instilan en fosa nasal: 0,5-1 mg nicotina.
 b. *Chicle*: 2-4 mg de nicotina. Comprimidos para chupar: 1-2 mg. Compr sublingual: 2-4 mg.
 c. *Parches*: 24 horas dosis alta, media y baja: 21, 14 y 7 mg. Parches 16 horas: 15, 10 y 5 mg.
 - NICOTINELL Parche transdérmico 7 mg/24 h; 14 mg/24 h; 21 mg/24 h.
 - NICOPATCH Parche transdérmico 7 mg/24h; 14 mg/24 h; 21 mg/24 h.
 - NIQUITIN Parche transdérmico 7 mg, 14 mg, 21 mg.

- NIQUITIN CLEAR Parche transdérmico 7 mg/24 h; 14 mg/24 h; 21 mg/24h.
- NICORETTE 10 Parche transdérmico 16,6 mg.
- NICORETTE 15 Parche transdérmico 24,9 mg.
- NICORETTE 5 Parche transdérmico 8,3 mg.
- NICOTINELL Chicle medicamentoso 2 mg; 4 mg.
- NICOTINELL FRUIT Chicle medicamentoso 2 mg; 4 mg.
- NICOTINELL MINT Chicle medicamentoso 2 mg; 4 mg.
- NICOTINELL MINT Compr. para chupar 1 mg.
- NICOTINELL REGAMINT Chicle medicamentoso 2 mg; 4 mg.
- NICOTROL Compr. sublingual 2 mg; 4 mg.
- NIQUITIN Chicle medicamentoso 2 mg; 4 mg.

18. OXCARBACEPINA

La oxcarbacepina es un derivado de la carbamacepina. Es un antiepiléptico al igual que ella pero con mejor tolerancia y sin necesidad de controles de sus niveles plasmáticos.

Farmacocinética: Es un cetoanálogo de la carbamacepina, con un metabolismo distinto a ésta: el derivado 10-mono-hidroxi-carbazepina, su metabolito activo, evita las interacciones de la carbamacepina y tiene un perfil de efectos adversos más favorable. La unión a proteínas plasmáticas es del 40%. La vida media de eliminación es de 2-9 horas. El metabolismo es por medio del citocromo CYP 3A4. La excreción es renal del 95% del fármaco.

Mecanismo de acción: Es un antagonista de los canales de sodio, antagonista de los canales de calcio voltaje-dependientes e inhibe la liberación de glutamato.

Indicaciones: Existen estudios clínicos en desintoxicación y deshabitación de alcohol (dosis altas de hasta 1800 mg diarios presentaban mejores resultados que dosis bajas), y en impulsividad. No tiene indicaciones aprobadas en psiquiatría o adicciones.

Efectos secundarios: Puede producir hiponatremia, mareo, sedación y aumento de peso. No riesgo de discrasias sanguíneas a diferencia de la carbamacepina.

Interacciones relevantes: Menores que la carbamacepina. Es un inductor enzimático a dosis elevadas: induce el citocromo CYP 3A3/4, y puede disminuir los niveles de lamotrigina y otros anticonvulsivantes.

Precauciones: Embarazo e insuficiencia renal.

Posología: Dosis de 600-2400 mg diarios. Inicio con 300 mg diarios. Después realizar ajuste de dosis según la respuesta clínica. En general la dosis es un 50% mayor que la de la carbamacepina.

Presentaciones:

- EPILEXTER Compr. 150 mg, 300 mg, 600 mg. Compr. ranurados. Envase de 100 unidades.
- EPILEXTER Susp. oral 60 mg/ml., env 250 ml.
- OXCARBAZEPINA MYLAN EFG Compr. recub. con película 150 mg, 300 mg, 600 mg.
- TRILEPTAL Compr. 150 mg, 300 mg, 600 mg. Compr. ranurados. Envase de 100 unidades.
- TRILEPTAL Susp. oral 60 mg/ml., env. 250 ml.

19. PREGABALINA

La pregabalina es otro antiepiléptico utilizado en la deshabituación fundamentalmente de sedantes.

Farmacocinética: La absorción es rápida, aunque es más lenta en presencia de alimentos si bien no alteran los niveles plasmáticos; la concentración plasmática máxima se alcanza en 1 h, la biodisponibilidad es del 90%, su vida media es de 6 h, el equilibrio plasmático se obtiene en 1-2 días; presenta escaso metabolismo hepático, no tiene unión a las proteínas plasmáticas y su excreción es renal.

Mecanismo de acción: Aunque presenta una estructura similar al GABA, no actúa sobre los receptores GABA ni sobre otros mecanismos gabaérgicos. Es un antagonista de los canales de calcio voltaje-dependientes y disminuye la liberación de glutamato y de otros neurotransmisores excitatorios.

Indicaciones: En el trastorno de ansiedad generalizada. Existen estudios en la dependencia de benzodiazepinas y de cannabis, y en el trastorno límite de personalidad.

Efectos secundarios: Mareo, sedación, ataxia, cansancio, cefalea, edema periférico y aumento de peso.

Interacciones relevantes: No presenta. Los antiácidos disminuyen su absorción.

Precauciones: En caso de embarazo, en el anciano y con insuficiencia renal.

Posología: 150-600 mg/día, en 2-3 tomas. Iniciar con dosis de 100-150 mg en dos tomas.

Presentaciones:

- LYRICA Cáps. duras 25 mg, 150 mg, 300 mg. Envases de 56 cáps.
- LYRICA Cáps. duras 75 mg. Envases de 14 y 56 cáps.

20. TIAGABINA

Es un antiepiléptico de aparición más reciente y de escasa utilización por ahora en el campo de las adicciones.

Farmacocinética: Es metabolizado por el citocromo CYP3A4. Su vida media es de 7 h. La biodisponibilidad es del 90%. La concentración plasmática máxima se produce a la hora de la administración. La unión a proteínas plasmáticas es del 96% y la excreción es biliar.

Mecanismo de acción: Es un modulador directo del GABA e inhibidor selectivo del transportador de GABA.

Indicaciones: Existen estudios que sugieren su eficacia en la dependencia de cocaína.

Efectos secundarios: Mareo, astenia, sedación, náuseas, nerviosismo, temblor, déficits cognitivos y depresión.

Interacciones relevantes: Son escasas: disminuye los niveles plasmáticos de valproato, y otros fármacos pueden disminuir los niveles de tiagabina como la carbamacepina, fenitoina o fenobarbital.

Precauciones: En ancianos y con insuficiencia hepática.

Posología: 4-32 mg/día, en 2-4 tomas diarias. En la dependencia de cocaína se recomiendan dosis de 20-24 mg/día.

Presentaciones:

- GABITRIL Compr. recub. 2,5 mg, 5 mg, 10 mg y 15 mg. (envases de 100 compr.)

21. TOPIRAMATO

El topiramato es el antiepiléptico que dispone de más cantidad de estudios y de mayor calidad metodológica en el campo de las adicciones, de ahí su creciente uso en ese terreno. Sin embargo, hay que ser cautelosos con su uso por el riesgo de efectos adversos de tipo cognitivo, principalmente si se instaura la dosis terapéutica de forma rápida.

Farmacocinética: Presenta una absorción rápida, una biodisponibilidad del 80%, la concentración plasmática máxima se produce a las 2-4 horas, una escasa unión a las proteínas plasmáticas (un 15%), un escaso metabolismo hepático (20% del fármaco), una vida media de 19-23h y excreción renal como fármaco inalterado en su mayor parte.

Mecanismo de acción: Es un antagonista de los canales de sodio voltaje-dependientes. Inhibe los canales de calcio, inhibe la anhidrasa carbónica y modula la función dopaminérgica mesocortical. Es un agonista del receptor GABA-A y un antagonista del receptor AMPA/Kainato.

Indicaciones: Los estudios apoyan su eficacia en las dependencias de alcohol y de cocaína, en el control de los impulsos y el trastorno límite de personalidad.

Efectos secundarios: Puede producir alteraciones cognitivas, enlentecimiento psicomotor o falta de concentración (debe realizarse un incremento gradual de la dosis). Además ocasiona sedación, cansancio, oligohidrosis, litiasis renal, parestesias, pérdida de peso o disgeusia.

Interacciones relevantes: Son escasas. Inhibe el citocromo CYP 2C19. Disminuye los niveles de valproato y anticonceptivos orales. Algunos fármacos disminuyen los niveles de topiramato: carbamacepina, fenobarbital, valproato o fenitoina. Hay que tener precaución con fármacos que predispongan a una nefrolitiasis (alopurinol, furosemida y acetazolamida) y con la digoxina.

Precauciones: En caso de insuficiencia renal y nefrolitiasis.

Posología: Inicio con dosis de 25 mg/día, aumentos de 25 mg por semana hasta una dosis de mantenimiento de 300 mg/día.

Presentaciones:

- ACOMICIL Compr. recub. con película 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg. (envase 60 compr.)
- EPILMAX Compr. recub. con película 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg.
- TOPAMAX Compr. recub. 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg. TOPAMAX DISPERSABLE Cáps. 15 mg, 25 mg, 50 mg.
- TOPIBRAIN Compr. recub. con película 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg.
- TOPIMYLAN Compr. recub. con película 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg.
- TOPIRAMATO ACTAVIS, ALTER, ANGENERICO, ARAFARMA GROUP, BEXAL, CINFA, COMBIX, DAVUR, GEPREM, GERARD, KERN PHARMA, MYLAN, NORMON, NOVAFARM, PENSA, PHARMAGENUS, PREMIUM PHARMA, QUASSET, RANBAXY, RATIOPHARM, SANDOZ, STADA, TEVA, UR, WINTHROP Compr. recub. con película 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg.
- TOPIRAMATO RATIO Compr. recub. con película 15 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg y 200 mg.

22. VALPROATO

El valproato es un antiepiléptico de amplio uso en el trastorno bipolar que también se utiliza en la deshabitación de alcohol y cocaína por disponer de bastantes estudios en estas patologías, aunque sin indicaciones aprobadas.

Farmacocinética: La concentración plasmática máxima se produce a las 4 h. La vida media es de 15 h., los niveles plasmáticos estables se producen a los 3-4 días. La biodisponibilidad es mayor del 90%. Presenta una elevada unión a proteínas plasmáticas, su metabolismo es hepático y la eliminación renal.

Mecanismo de acción: Es un antagonista de los canales de sodio voltaje-dependientes y aumenta los niveles de GABA.

Indicaciones: Existen investigaciones en las dependencias de alcohol y de cocaína. Diversos estudios sugieren su utilidad en la abstinencia de alcohol, en el trastorno bipolar con consumo de drogas asociado, en la dependencia de cannabis, y en el trastorno límite de personalidad.

Efectos secundarios: Temblor, aumento de peso, sedación, molestias digestivas (náuseas, vómitos, diarrea), alteraciones menstruales, ovario poliquístico, alopecia (por descenso de zinc y selenio). Riesgo de pancreatitis, hepatotoxicidad y trombocitopenia. Es teratógeno.

Interacciones relevantes: Es un inhibidor enzimático. Así pues aumenta los niveles plasmáticos de diversos fármacos como son la carbamacepina, lamotrigina, antidepresivos tricíclicos y warfarina. Por otro lado, pueden aumentar los niveles de valproato algunos fármacos como son la cimetidina, fenotiacinas, fluoxetina, ácido acetil-salicílico (AAS), ibuprofeno o topiramato. Otros fármacos disminuyen los niveles de valproato: carbamacepina, rifampicina o fenobarbital. También presenta interacciones con los antipsicóticos y las benzodiazepinas.

Precauciones: En embarazo y con insuficiencia hepática.

Posología y manejo: Dosis inicial de 15 mg/kg en dos tomas, alrededor de 250-500 mg el primer día. La dosis máxima es de 60 mg/kg en dos tomas. Los niveles plasmáticos deben de estar entre 50-100 microgramos/ml. Hay que realizar monitorización de la situación hepática. Existe una fórmula de liberación prolongada que presenta menos oscilaciones plasmáticas, menos efectos secundarios, una absorción más rápida y prolongada y una biodisponibilidad similar. La valpromida es un profármaco del ácido valproico, que presenta diferencias farmacocinéticas relevantes.

Presentaciones:

- ACIDO VALPROICO GENFARMA y GES EFG Polvo y disolv. para sol. iny. 400 mg.
- DEPAKINE CHRONOSPHERE (pendiente de comercialización) Granulado de liberación modificada 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg. DEPAKINE Compr. gastrorresistente 200 mg (envase de 40 y 100 compr.) y 500 mg. (envase de 20 y 100 compr.) DEPAKINE CRONO Compr. recub. 300 mg y 500 mg. (envase de 100 compr.) DEPAKINE Polvo y disolv. para sol. iny. 400 mg. DEPAKINE Sol. oral 20 g/100 ml.

- MILZONE Cáps. dura de liberación prolongada 150 mg y 300 mg. MILZONE Granulado de liberación prolongada 500 mg y 1000 mg. MILZONE Sol. iny. 100 mg/ml.
- VALPROATO SODICO CRONO WINTHROP EFG Compr. de liberación prolongada 300 mg y 500 mg.
- DEPAMIDE Compr. recub. 300 mg.

23. VARENICLINA

La vareniclina es un agonista nicotínico utilizado en la dependencia de tabaco.

Farmacocinética: Las concentraciones máximas en plasma son alcanzadas a las 3-4 h. Presenta una farmacocinética lineal. Su metabolismo es mínimo, con una semivida de eliminación de aproximadamente 24 h y eliminación renal.

Mecanismo de acción: Agonista parcial del receptor nicotínico.

Indicaciones: Dependencia de nicotina.

Efectos secundarios: Aumento de apetito, insomnio, cefalea y dispepsia.

Interacciones relevantes: Con la cimetidina.

Precauciones: En la insuficiencia renal grave.

Posología: Iniciar el tratamiento 1-2 semanas antes de dejar de fumar, 0,5mg una vez al día durante los días 1-3, 0,5mg/2 veces al día los días 4-7 y del día 8 hasta el fin de tratamiento, 1mg/2 veces al día. Se recomiendan 12 semanas de tratamiento.

Presentaciones:

- CHAMPIX compr. recub. 0,5-1mg (envase con 11 de 0,5 + 14 de 1mg). Compr. recub. 0,5mg (envase 56) y compr. recub. 1mg (envase 28, 56, 112).

24. VIGABATRINA

La vigabatrina es otro anticonvulsivante de escasa utilización en la actualidad en la dependencia de drogas. Son necesarios más ensayos clínicos y mayor experiencia con el fármaco en la práctica clínica.

Farmacocinética: Presenta una biodisponibilidad del 90%, una vida media de 5 horas y ausencia de unión a proteínas plasmáticas.

Mecanismo de acción: Derivado sintético del GABA.

Indicaciones: Existen estudios en la dependencia de cocaína.

Efectos secundarios: Sedación, agitación, insomnio, defecto del campo visual periférico irreversible, aumento de peso, psicosis, depresión e irritabilidad.

Interacciones relevantes: Con la fenitoina.

Precauciones: En el embarazo, en los ancianos o con insuficiencia renal.

Posología: Dosis inicial de 1g/día, incrementar 0.5 g diarios a intervalos semanales, hasta una dosis máxima de 3 g/día. Es necesario el control del campo visual.

Presentaciones:

- SABRILEX sobres y compr. 500 mg.

25. ZONISAMIDA

Se trata de otro antiepiléptico que puede ser de interés para la dependencia de cocaína y alcohol, pero del que se disponen de escasos ensayos clínicos y experiencia por ahora.

Farmacocinética: Presenta una larga vida media y un metabolismo hepático a través del citocromo CYP3A4.

Mecanismo de acción: Es un antagonista de los canales de sodio voltaje-dependientes. Inhibe los canales de calcio y es un agonista del receptor GABA-A.

Indicaciones: Se disponen de estudios en la dependencia de cocaína, para la deshabituación y desintoxicación de alcohol y para el trastorno límite de personalidad.

Efectos secundarios: Anorexia, agitación, irritabilidad, confusión, ataxia, mareo, somnolencia, diarrea, náusea y pérdida de peso.

Precauciones: Con riesgo aumentado de cálculos renales.

Posología: Inicio con 50 mg dividido en 2 dosis al día, aumentando progresivamente hasta 200-40 mg/día.

Presentaciones:

- ZONEGRAN caps. 25, 50 y 100 mg. Env. de 14, 28 y 56 compr. respectivamente.

26. REFERENCIAS

Azanza, J. R. (2005). *Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central*. Madrid: Icono Creación y Diseño.

Bazire, S. (2005). *Psychotropic drug directory*. Salisbury, Reino Unido: Fivepin.

Bernstein, J. G. (1995). *Handbook of drug therapy in psychiatry*. San Luis, MI: Mosby.

- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica.
- Casas, M., Collazos, F., Ramos-Quiroga, J. A. y Roncero, C. (2002). *Psicofarmacología de las drogodependencias*. Barcelona: Promedic.
- Salazar, M., Peralta, C. y Pastor, J. (2005). *Tratado de psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

CAPÍTULO 10

PATOLOGÍA MÉDICA ASOCIADA AL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

1. INTRODUCCIÓN

Aunque los problemas médicos derivados del consumo de drogas legales como tabaco y alcohol son más prevalentes y conllevan una mayor mortalidad, la patología médica de las drogas ilegales constituye igualmente un problema sanitario relevante. Según datos de la OMS (citados en Brugal y Rodríguez-Martos, 2006), en España el tabaco explicaría el 16.8% de la mortalidad, el alcohol el 3% y las drogas ilegales el 0.6%. El consumo de tabaco se relaciona fundamentalmente con la patología respiratoria y con la oncológica, mientras que el consumo de alcohol lo haría con la patología digestiva, cardíaca y oncológica, habiéndose descrito más de 60 patologías relacionadas con dicho consumo.

Durante el inicio de la epidemia de consumo de heroína, el problema médico más relevante y de mayor mortalidad fue el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) producido por la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), para el cual la principal población de riesgo en nuestro país fue en aquellos años el grupo de adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), a diferencia de otros países del entorno occidental cuyo principal grupo de riesgo era la población homosexual. En la actualidad, el panorama ha cambiado radicalmente y dichos adictos ya no son la principal población de riesgo, sino que la principal vía de transmisión del VIH son las relaciones heterosexuales y la mortalidad asociada a dicha enfermedad ha disminuido de forma notable, debido en parte a la existencia de tratamientos antirretrovirales altamente eficaces, al menos para evitar la progresión de la enfermedad. La generalización de los programas de reducción de daños y el descenso en el uso de la vía intravenosa han contribuido al descenso en la incidencia de la enfermedad. El descenso en el uso de la vía intravenosa de drogas ha disminuido en general el riesgo de complicaciones

infecciosas, aumentando los problemas respiratorios por el uso de la vía inhalatoria. Por lo tanto, la vía de administración de la droga es relevante en el tipo de patología médica asociada (Brugal et al., 2009; Friedman, Pross y Klein, 2006).

En segundo lugar, la patología médica también va a depender del tipo de droga consumida, aunque la práctica habitual es el policonsumo de drogas. Además es habitual que el consumo de drogas ilegales se asocie al consumo de tabaco y alcohol, que por sí mismos producen una gran variedad de problemas médicos y que, por otro lado, empeoran los problemas médicos asociados al consumo de drogas ilegales. En la actualidad, es especialmente preocupante el incremento de problemas cardíacos y cerebrovasculares relacionados con el consumo de cocaína.

Por último, existen una serie de condicionantes sociales y médicos asociados a dicho consumo que influyen en la patología médica asociada. Así, por ejemplo, el estado de desnutrición que era frecuente en adictos a opiáceos o en alcohólicos favorece la morbimortalidad, aunque en la actualidad el consumo de cocaína o de drogas de diseño no se asocia con dicho estado de desnutrición. La marginación social, igualmente asociada al prototipo de dependiente de heroína de hace unos años, también favorecía la aparición de enfermedades infecciosas y otras patologías médicas, pero en la actualidad es menos relevante. Por otro lado, los contaminantes habituales en las drogas que se consumen tienen una repercusión negativa en la salud del consumidor.

La mortalidad asociada al consumo de heroína se considera al menos 6 veces superior al resto de la población, fundamentalmente por cuatro motivos: sobredosis, enfermedades médicas, suicidio y accidentes. En la actualidad, se sospecha que un porcentaje destacado de mortalidad asociada a enfermedades cardíacas o cerebrovasculares está relacionado con el consumo de drogas ilegales, fundamentalmente cocaína, pero este hecho no se tiene en cuenta y puede pasar desapercibido (Pereiro, 2006). A continuación, vamos a enumerar las patologías médicas más frecuentes en relación con el consumo de cada droga (Tablas 10.1 y 10.2).

Tabla 10.1. Problemas médicos asociados al consumo de drogas ilegales.

	Problemas médicos	Droga	Mecanismo
Respiratorios	Neumotórax	Cocaína, cannabis	Infiltrado intersticial y alveolar
	Pulmón de <i>crack</i>	<i>Crack</i>	
	Edema pulmonar	Cocaína	
	Neumonitis intersticial	Cocaína	
	Bronquiolitis obliterante	Cocaína	
	Neumomediastino	Cocaína, cannabis	
	Neumopericardio	Cocaína, cannabis	

	Problemas médicos	Droga	Mecanismo
Cardiovasculares	Síndrome coronario agudo	Cocaína	Vasoconstricción alfa-adrenérgica, agregación plaquetaria.
	Arritmias y muerte súbita	Cocaína, anfetaminas, cannabis	Bloqueo canales de sodio. Hiperactividad simpática
Confusión, convulsiones, coma	Depresión respiratoria Hiponatremia	Opioides, GHB MDMA	Sedación Edema cerebral (exceso consumo líquidos y liberación ADH)
	Convulsiones	Cocaína, anfetaminas Opioides, GHB	Estimulación SNC Abstinencia
Hipotermia	Con agitación Hiperpirexia por aumento de ejercicio	Cocaína MDMA	Deshidratación, aumento temperatura ambiental, alteración muscular.
	Síndrome serotoninérgico	MDMA	Contracción de músculos antagonicos
Rabdomiolisis	Coma	Opioides, GHB	Necrosis por presión
	Con excesiva contracción muscular	MDMA	
	Traumática	Cualquiera	

MDMA: 3,4-metilenodioximetanfetamina, GHB: gamma hidroxibutirato. ADH: Hormona antidiurética.

Fuente: Adaptado de Devlin y Henry (2008).

Tabla 10.2. Síndromes tóxicos por consumo de drogas ilegales.

Síndrome	Clínica	Droga
Adrenérgico	Hipertensión, taquicardia, midriasis, diaforesis, agitación, sequedad de mucosas	Cocaína, anfetamina, fenciclidina
Sedativo	Estupor, confusión, coma	Opiáceos
Alucinatorio	Alucinaciones, psicosis, fiebre, hipertermia	Anfetaminas, cannabis, cocaína
Narcótico	Alteración del estado mental, depresión respiratoria, miosis, bradicardia, hipotensión, hipotermia	Opiáceos
Epileptógeno	Hipertermia, hiperreflexia, temblor, crisis convulsivas	Cocaína, fenciclidina

Fuente: Adaptado de Devlin y Henry (2008).

2. COCAÍNA

La cocaína es la droga ilegal que más se asocia con morbimortalidad en los últimos años y es la principal droga ilegal detectada en los servicios de urgencias. Aunque en gran parte las visitas a urgencias se relacionan con alteraciones conductuales, un porcentaje destacado se asocia con problemas médicos agudos, principalmente cardiovasculares y neurológicos.

La vía de administración, como hemos señalado, es relevante en el tipo de patología médica que ocasiona. La administración por vía intravenosa favorece la patología infecciosa; además se ha descrito que el riesgo es mayor que para la heroína, pues comparten jeringas con más frecuencia. De cualquier forma, es frecuente el consumo intravenoso conjunto de heroína y cocaína (*speedball*) (Schoener, Hopper y Pierre, 2002). El consumo de cocaína inhalada o fumada va a favorecer la aparición de problemas respiratorios. La patología cardiovascular y cerebrovascular no está asociada a una vía de administración en concreto.

El consumo inhalado puede favorecer la aparición de síntomas como tos o dolor torácico, afectación del tabique nasal, puede producir episodios de broncoespasmo, hemoptisis, neumotórax, cuadros de neumonitis intersticial y fibrosis pulmonar (descritos histológicamente). El consumo de cocaína afecta negativamente a la función pulmonar, interfiriendo en el intercambio gaseoso alveolar y favoreciendo lesiones en la vasculatura pulmonar que puede llevar a un cuadro de hipertensión pulmonar. Se han descrito una amplia variedad de complicaciones pulmonares debidas al consumo de cocaína, la inhalación de cocaína en forma de *crack* y los contaminantes usados para su uso por vía respiratoria (Tabla 10.3) (Restrepo et al., 2007).

Los problemas médicos más graves asociados al consumo de cocaína son los cardiovasculares, con efectos nocivos tanto agudos como crónicos, como son el infarto de miocardio, arterioesclerosis, hipertensión, miocardiopatía, arritmias, endocarditis o disección aórtica (Tabla 10.4). El consumo de cocaína incrementa las catecolaminas lo que produce vasoespasmo y aumento de la frecuencia cardíaca, además de un incremento en la demanda de oxígeno en el miocardio, lo que favorece la isquemia miocárdica. Además, la cocaína promueve la agregación plaquetaria y la formación de trombos y, a largo plazo, acelera la producción de aterosclerosis. Así, el consumo de cocaína es la causa más común de dolor precordial en jóvenes y se calcula que es la causa del 25% de infarto de miocardio en menores de 45 años (Devlin y Henry, 2008; Phillips, Luk, Soor, Abraham, Leong y Butany, 2009). Se han descrito diversos tipos de arritmias cardíacas en relación con el consumo de cocaína, como son la taquicardia sinusal, arritmias supraventriculares, bloqueos de rama o cuadros mucho más graves como la taquicardia ventricular o la fibrilación ventricular. La miocardiopatía dilatada se considera debida a la toxicidad directa de la cocaína sobre el corazón por destrucción de fibras miocárdicas y aparición de fibrosis intersticial, además del estado hiperadrenérgico inducido por dicho consumo. Los cambios vasculares

producidos por la cocaína también incrementan el riesgo de accidentes cerebrovasculares entre los consumidores (O'Connor, Rusyniak y Bruno, 2005).

Tabla 10.3. Complicaciones pulmonares debidas al consumo de cocaína.

Dolor de pecho.	Pulmón de <i>crack</i> .
Lesión de la vía aérea.	Enfermedad pulmonar eosinofílica.
Neumotórax.	Atelectasia.
Neumomediastino y neumopericardio.	Neumonía.
Edema pulmonar.	Enfisema.
Exacerbación del asma.	Hipertensión pulmonar.
Hemorragia pulmonar.	Infarto pulmonar.
Bronquiolitis obliterante.	

Fuente: Adaptado de Restrepo et al. (2007).

Tabla 10.4. Consecuencias cardiovasculares debidas al consumo de cocaína.

Infarto agudo de miocardio.	Dissección aórtica.
Miocardiopatía dilatada.	Trombosis vascular.
Infarto y hemorragia cerebral.	Hipertensión arterial.
Arritmias.	Miocarditis.
Insuficiencia cardíaca congestiva.	Shock hipotensivo.
Endocarditis infecciosas.	

Además se han descrito otros problemas neurológicos como son las alteraciones del movimiento, con distonías, cuadros coreicos o temblor, o alteraciones de la sustancia blanca ocasionando una leucoencefalopatía. De forma aguda se pueden producir crisis convulsivas y accidentes cerebrovasculares. También se han descrito cuadros de hipertermia y hepatitis. Además el consumo de cocaína produce cambios renales, con lesiones glomerulares, intersticiales y tubulares, daños constatados experimentalmente en modelos animales (Jaffe y Kimmel, 2006).

En los últimos años se está destacando el daño neuropsicológico que produce el consumo continuado de cocaína, con fallos de atención, memoria, velocidad de procesamiento y de las funciones ejecutivas, algunos de los cuales parecen no ser reversibles, al menos en su totalidad, a pesar de una abstinencia sostenida.

Respecto al potencial teratógeno de la cocaína parece menor del que inicialmente se atribuía, pero los efectos vasculares de la cocaína afectan al feto y se han descrito una serie de

complicaciones como aborto o desprendimiento prematuro de placenta. Lo más preocupante es la posibilidad de cambios conductuales a largo plazo en el hijo o la posibilidad de que sea más susceptible al desarrollo de una adicción en la vida adulta.

El consumo conjunto con alcohol lleva a la aparición de un metabolito hepático, el *cocaetileno*, con una vida media mayor que la cocaína, que agrava los efectos perjudiciales a nivel cardiocirculatorio y neurológico de ésta. Igualmente, el consumo conjunto con heroína es más peligroso a nivel físico que el consumo aislado de cocaína (Balcells, 2001).

3. HEROÍNA

El consumo de heroína por vía intravenosa durante la década de los años 80, con frecuencia conjuntamente con el de cocaína, estuvo íntimamente relacionado con la epidemia del SIDA. Se considera que sobre tres cuartas partes de los ADVP estaban infectados por el VIH y la mayoría de los casos de SIDA en nuestro país se dieron en este grupo de riesgo. En la actualidad, los ADVP no constituyen el principal grupo de riesgo de infección por VIH. En los pacientes con SIDA aparece un amplio abanico de enfermedades infecciosas y no infecciosas, como la tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis esofágicas, toxoplasmosis, sarcoma de Kaposi o linfomas no Hodgkin. La transmisión del virus se debe fundamentalmente al hecho de compartir material utilizado en la venopunción (jeringuillas) o materias empleadas en la preparación de la sustancia. El descenso en la utilización de la vía intravenosa y la implantación de diversas medidas preventivas y de disminución de daños ha disminuido la prevalencia de infección por VIH. Además el tratamiento antirretroviral es cada vez más eficaz, menos complejo y mejor tolerado, descendiendo la mortalidad asociada al SIDA de forma destacada, y pasando a considerarse en la actualidad una enfermedad crónica.

La otra patología infecciosa de relevancia asociada al consumo intravenoso es la hepatitis vírica. La más frecuente en ADVP es la hepatitis producida por el virus de la hepatitis C (VHC), seguida por la producida por el virus de la hepatitis B (VHB). Estas infecciones han estado infravaloradas por la del VIH, pero la infección por el VHB puede estar presente en al menos una cuarta parte de los adictos por vía intravenosa y en el 5-10% de los adictos que no usan la vía intravenosa, mientras que la infección del VHC puede afectar a un 65-90% de los adictos vía intravenosa, siendo especialmente frecuente la coinfección VHC y VIH. En la mayoría de los casos la infección aguda por el VHC pasa inadvertida, sin síntomas perceptibles. Sólo un 20-30% de los sujetos pueden presentar síntomas como cansancio, molestias digestivas o dolores musculares. Si la infección persiste, se habla de hepatitis C crónica que, igualmente, puede resultar asintomática. En caso de aparición de síntomas, los más frecuentes son cansancio, pérdida de apetito o molestias abdominales. El mayor riesgo de la hepatitis C crónica es su posible evolución a cirrosis hepática y a carcinoma hepático.

Dada la escasez de manifestaciones clínicas, el proceso diagnóstico se basa en pruebas serológicas, bioquímicas e histológicas. Para el diagnóstico de hepatitis B es necesario demostrar la presencia del virus en sangre mediante la determinación de los antígenos víricos como el antígeno de superficie (HbsAg) o de los anticuerpos generados por el organismo en respuesta a la infección. Para el diagnóstico del VHC se utiliza la identificación de anticuerpos anti-VHC y la determinación del ARN del VHC que permite calcular la viremia o carga vírica. Para el tratamiento de la hepatitis B existen varios antivirales que intentan frenar la progresión a cirrosis, el más usado es el interferón pegilado. En el caso de la hepatitis C, el tratamiento más utilizado es la combinación de interferón y ribavirina, que presenta frecuentes efectos adversos neuropsiquiátricos como son fallos de concentración, irritabilidad, síntomas depresivos o ideas suicidas, estando contraindicado en pacientes con riesgo suicida o enfermedades psiquiátricas graves.

En los adictos por vía intravenosa son habituales otros cuadros infecciosos como son las infecciones cutáneas y de partes blandas, las infecciones óseas y articulares, oculares, endocarditis, infecciones pulmonares y las enfermedades de transmisión sexual. Los microorganismos proceden de la droga contaminada, del material utilizado para la inyección, por contaminación a partir de la flora bacteriana de la piel del adicto (como son las infecciones producidas por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus*), por contaminación a través de la sangre de otros adictos al compartir el material de inyección (de esta forma se transmiten los mencionados VIH, VHC, VHB y otros virus como citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y con menor frecuencia protozoos o bacterias como el *Treponema pallidum*). La promiscuidad sexual, la malnutrición, las condiciones sociales adversas (marginación, indigencia) y los efectos depresores de algunas drogas consumidas favorecen las infecciones (Rondinelli et al., 2009).

Los cuadros infecciosos más frecuentes se producen en la piel y los tejidos blandos: celulitis, abscesos o procesos necrotizantes del tejido subcutáneo. Respecto a los huesos y las articulaciones, pueden presentarse artritis séptica y osteomielitis, habitualmente son infecciones bacterianas. La endoftalmitis (inflamación de tejido del interior del ojo) es una complicación grave del consumo intravenoso que puede ser de origen bacteriano o fúngico (por *Cándida*). Entre las infecciones pulmonares predominan las neumonías por aspiración, así como neumonías causadas por *Neumococo*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* o *Klebsiella pneumoniae* y, por último, la tuberculosis. Entre las infecciones vasculares destacan las endocarditis infecciosas, la tromboflebitis séptica, los aneurismas micóticos y las sepsis.

El aumento entre los adictos de las prácticas sexuales de riesgo favorecen las enfermedades de transmisión sexual como las producidas por *Gonococo*, *Chlamydia*, *Mycoplasma*, sífilis, Virus del Papiloma Humano o Herpes tipo 2 (Friedman et al., 2006).

El consumo por vía inhalatoria se relaciona con la aparición de broncoespasmos e hiperreactividad bronquial, agravando los cuadros de asma. En la Tabla 10.5 se recogen otros

problemas médicos descritos con el consumo de esta sustancia. El consumo de heroína se ha asociado al igual que el de cocaína, con leucoencefalopatía espongiiforme, una complicación poco frecuente, consistente en lesiones de la sustancia blanca cerebral asociado a un grave deterioro neurológico (Devlin y Henry, 2008). Se han descrito nefropatías en relación con el consumo de heroína, pero se considera debido a otros factores más que a las propiedades farmacológicas de la droga, ya que no se han podido reproducir en modelos animales (Jaffe y Kimmel, 2006).

El consumo de heroína durante el embarazo se ha relacionado con retardo en el crecimiento intrauterino. El efecto más peligroso es el riesgo de un síndrome de abstinencia en el recién nacido que también se presenta en las adictas en programa de mantenimiento con metadona.

Tabla 10.5. Problemas médicos no infecciosos descritos con el consumo de heroína.

Cardiovasculares	Bradycardia, hipotensión. Aumento intervalo QTc por metadona.
Respiratorias	Broncoespasmo. Alteración difusión pulmonar. Depresión respiratoria. Neumotórax espontáneo. Reagudización de asma. Fibrosis pulmonar. Edema pulmonar no cardiogénico por sobredosis.
Renales	Glomerulonefritis focal y segmentaria. Insuficiencia renal secundaria a rabiomolisis. Síndrome nefrótico (por adulterantes).
Endocrinológicos	Hipogonadismo: descenso de testosterona y FSH. Impotencia en varones, alteraciones menstruales y galactorrea en mujeres.

4. CANNABIS

Los principales efectos adversos del consumo de cannabis son de tipo neuropsiquiátrico, siendo una de las drogas menos nocivas para la salud física, si bien lo es más de lo que habitualmente se considera. Se han descrito diversas complicaciones médicas en relación con su consumo, pero de la única que existe más evidencia científica es la referente a los problemas respiratorios. El cannabis provoca cambios histológicos pulmonares, favoreciendo la inflamación de la mucosa

y cambios celulares. Se asocia a un incremento de riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo más controvertido su papel como carcinógeno pulmonar. El uso concomitante con el tabaco, que es frecuente, dificulta conocer el papel exacto del cannabis en los problemas pulmonares de los fumadores, pero diversos autores sugieren que el consumo conjunto de ambas sustancias es más nocivo que el de una de estas drogas de forma aislada. El consumo de cannabis se ha asociado también con más riesgo de broncoespasmo e hiperreactividad bronquial (Aldington et al., 2007, Tan et al., 2009). (Tabla 10.6).

Tabla 10.6. Efectos físicos del consumo de cannabis.	
	Consecuencia clínica
Efectos centrales	
Cognitivos	Alteración de la memoria a corto plazo, dificultad de concentración.
Efectos sobre rendimiento psicomotor	Empeoramiento tiempo de reacción y atención. Incoordinación motora.
∅	∅
Efectos sobre la conducción de vehículos	Empeoramiento de conducción. Mayor riesgo de accidentes.
Efectos sobre el sueño	Somnolencia.
Efectos sobre el apetito	Aumento de apetito.
Analgesia	Disminución del dolor.
Efectos sistémicos	
Efectos cardiovasculares	Aumento de la frecuencia cardíaca. Aumento de presión arterial. Aumento gasto cardíaco.
Efectos respiratorios	Ligera broncodilatación. Exposición al humo y sustancias cancerígenas del tabaco.
Efectos oculares	Enrojecimiento conjuntival. Reducción presión intraocular.
Efectos gastrointestinales	Sequedad de boca. Antiemesis.
Efectos sobre músculo estriado	Relajación muscular.
Efectos inmunológicos	Alteración de la inmunidad celular.
Efectos endocrinos	Disminución hormonas sexuales. Aumento de la prolactina (galactorrea).
Efectos en el embarazo y lactancia	Mayor riesgo de bajo peso al nacer. Paso de cannabinoides a la leche.

Fuente: Adaptado de Comisión Clínica (2009).

Igualmente, se han descrito cambios cardiocirculatorios asociados al consumo de cannabis, como taquicardia e hipertensión y se ha sugerido un incremento de riesgo de infarto agudo de miocardio, aunque no está claramente constatado (Reece, 2009).

El consumo de cannabis produce una serie de complejos cambios en la inmunidad celular y humoral. Sus efectos inmunosupresores se han utilizado para la investigación en diversos tipos de tumores. Sin embargo, en el consumidor habitual no se ha objetivado unos efectos nocivos sobre la salud a pesar de describirse estos cambios en el sistema inmune (Hall y Degenhardt, 2009). Otro cuadro descrito asociado al consumo de cannabis es arteritis, al menos como factor agravante.

Dada la extensión del sistema endocannabinoide y su implicación en múltiples funciones fisiológicas se han investigado sus posibles utilidades terapéuticas, siendo importante diferenciarlas de su uso recreativo y las consecuencias médicas de dicho uso, al igual que sucede con los opioides. En la actualidad, dado el reciente descubrimiento del sistema endocannabinoide, hay muchas líneas de investigación sobre su uso terapéutico y es de suponer que en el transcurso de los próximos años, con el desarrollo de compuestos adecuados y de ensayos clínicos bien diseñados, se vaya perfilando su utilidad terapéutica real. Las principales indicaciones terapéuticas aprobadas en algunos países son para el uso como antiemético en pacientes en tratamiento quimioterapéutico resistentes a otras medidas y como orexígeno y agente anabólico para los cuadros de pérdida de peso y desnutrición de pacientes con SIDA o cáncer. Los preparados utilizados son: la Nabilona (un análogo sintético del THC para uso oral), el dronabinol (otro análogo del THC disuelto en aceite de sésamo para su uso oral), el levonantradol (otro análogo sintético menos empleado) o el Sativex[®], un extracto estandarizado de cannabis que contiene THC y cannabidiol y se administra vía sublingual en spray, usado para el dolor neuropático en la esclerosis múltiple. Las principales líneas de investigación para el uso terapéutico del cannabis son: glaucoma por el descenso de la presión intraocular, el dolor agudo y crónico (de origen canceroso, neuropático, postoperatorio), náuseas y vómitos tras quimioterapia, anorexia y desnutrición de distinto origen (SIDA, cáncer, demencia), alteraciones motoras de la esclerosis múltiple, Corea de Huntington y enfermedad de Parkinson, como broncodilatador en asma, enfermedad inflamatoria intestinal, neuroprotección, antineoplásico (gliomas), anticonvulsivante o antiinflamatorio, entre otras líneas.

De cualquier forma, las complicaciones más frecuentes y graves debidas al consumo de cannabis son las psicopatológicas. El uso de esta sustancia puede provocarlos por sí misma o facilitar su aparición en sujetos predispuestos. Entre este tipo de consecuencias clínicas, los trastornos de ansiedad y los depresivos son los más frecuentemente encontrados. En sujetos diagnosticados de trastorno bipolar el consumo de cannabis puede facilitar fases depresivas pero, sobre todo, maníacas, así como favorecer la aparición de clínica psicótica. Está igualmente demostrada su relación con los trastornos psicóticos. Así, puede aparecer ideación referencial

transitoria como efecto agudo, y son también relativamente habituales los episodios psicóticos breves o psicosis inducidas por cannabis y es consistente la relación entre esquizofrenia y consumo de cannabis. Se calcula que el riesgo de padecer psicosis se duplica cuando se consume cannabis. Otros cuadros psicopatológicos relacionados con el consumo de cannabis son el síndrome amotivacional, los episodios de intoxicación y delirium, la aparición de fenómenos de *flashback*, así como cambios conductuales y de personalidad.

Merecen especial atención también las consecuencias neuropsicológicas del consumo. Su uso puntual puede producir alteraciones cognitivas. En consumidores habituales se han descrito alteraciones de memoria, fallos de atención, enlentecimiento psicomotor y fallos de las funciones ejecutivas. Este tipo de daños favorecen, en población estudiantil, un rendimiento escolar bajo y el consiguiente fracaso escolar.

Su consumo durante el embarazo es menos nocivo que el del alcohol (que se asocia al denominado síndrome alcohólico fetal) y que el de otras drogas, pero a pesar de ello, siempre hay que recomendar la abstinencia durante el embarazo, dado que su elevada liposolubilidad hace que se transmita a través de la placenta y, posteriormente, a través de la leche materna. Se han descrito una serie de cambios menores en el feto como bajo peso al nacer o retardo en el crecimiento pero lo más destacado son los hallazgos que sugieren que el consumo durante el embarazo de cannabis, al igual que el de otras drogas, pueden influir en la aparición de alteraciones conductuales posteriores en el hijo.

5. DROGAS DE DISEÑO

Las drogas de diseño incluyen una amplia variedad de sustancias con efectos farmacológicos muy diferentes entre sí, incluyendo psicoestimulantes, sustancias alucinógenas o sedantes. Los efectos en general más nocivos de estas drogas son los neurotóxicos. El consumo de anfetaminas produce consecuencias similares al de la cocaína por sus efectos catecolaminérgicos. Además puede producir hemorragia cerebral, mientras que con la cocaína es más frecuente la trombosis cerebral (Devlin y Henry, 2008).

En este grupo de drogas, la más conocida es el éxtasis o MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), que es un derivado anfetamínico, por lo que presenta una actividad simpaticomimética que puede ocasionar problemas cardiovasculares, como hipertensión arterial y arritmias cardíacas. Se ha descrito un alargamiento del intervalo QTc con su consumo. Otro cuadro relacionado con su consumo es la hipertermia debido al efecto directo de la droga, agravado por las condiciones de consumo en lugares cerrados con exceso de calor y excesiva actividad física, que puede ocasionar rhabdomiolisis y llevar a fallo renal y hepático, e incluso a la muerte del sujeto. Otro síndrome hipertérmico relacionado con su consumo es debido al denominado síndrome serotoninérgico, caracterizado por hipertonía muscular, mioclonías,

temblor, hiperreflexia y confusión, teniendo una mortalidad del 10-15% (Devlin y Henry, 2008). Se han descrito hepatitis aguda por el éxtasis, siendo una causa relevante de fallo hepático en jóvenes, cuadros de hiponatremia (que pueden conducir a edema cerebral), espasticidad muscular, parkinsonismo y problemas cerebrovasculares como hemorragias o isquemia cerebral. Sin embargo, considerando la extensión de su consumo, parece que la prevalencia de complicaciones graves es escasa, siendo las complicaciones más preocupantes las producidas a nivel neuropsiquiátrico por sus efectos adversos cognitivos y el riesgo de síntomas emocionales y psicóticos (Ojeda, Martínez-Raga, Castellano, Pérez-Gálvez, Sabater y Cervera, 2003).

6. REFERENCIAS

- Aldington, S., Williams, M., Nowitz, M., Weatherall, M., Pritchard, A., McNaughton, A.,... Beasley, R. (2007). Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax*, 62, 1058-1063.
- Balcells, M. (2001). Complicaciones orgánicas de la cocaína. *Adicciones*, 13 (Supl. 2), 167-178.
- Brugal, M. T. y Rodríguez-Martos, A. (2006). Morbimortalidad asociada al consumo de drogas. *Adicciones*, 18 (Supl. 1), 21-32.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J., Ballesta, R.,... Castellano, Y. (2009). Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain. *European Addiction Research*, 15, 171-178.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Informe sobre cannabis*. Madrid; Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Devlin, R. J. y Henry, J. A. (2008). Clinical Review: Major consequences of illicit drug consumption. *Critical Care*, 12, 202-209.
- Friedman, H., Pross, S. y Klein, T. W. (2006). Addictive drugs and their relationship with infectious diseases. *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 47, 330-342.
- Hall, W. y Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374, 1383-1391.
- Jaffe, J. A. y Kimmel, P. L. (2006). Chronic nephropathies of cocaine and heroin abuse: A critical review. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 1, 655-667.
- O'Connor, A. D., Rusyniak, D. E. y Bruno, A. (2005). Cerebrovascular and cardiovascular complications of alcohol and sympathomimetic drug abuse. *Medical Clinics of North America*, 89, 1343-58.
- Ojeda, E., Martínez-Raga, J., Castellano, M., Pérez-Gálvez, B., Sabater, A. y Cervera, G. (2003). Complicaciones físicas del consumo de drogas recreativas. *Adicciones*, 15 (Supl. 2), 207-216.
- Pereiro, C. (2006). Salud y consumo de drogas. *Adicciones*, 18 (Supl. 1), 5-8.

- Phillips, K., Luk, A., Soor, G. S., Abraham, J. R., Leong, S. y Butany, J. (2009). Cocaine cardiotoxicity: A review of the pathophysiology, pathology, and treatment options. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 9, 177-196.
- Restrepo, C. S., Carrillo, J. A., Martínez, S., Ojeda, P., Rivera, A. L. y Hatta, A. (2007). Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: Imaging manifestations. *RadioGraphics*, 27, 941-956.
- Reece, A. S. (2009). Chronic toxicology of cannabis. *Clinical Toxicology*, 47, 517-524.
- Rondinelli, A. J., Ouellet, L. J., Strathdee, S. A., Latka, M. H., Hudson, S. M., Hagan, H. y Garfein, R. S. (2009). Young adult injection drug users in the United States continue to practice HIV risk behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, 104, 167-174.
- Schoener, E. P., Hopper, J. A. y Pierre, J. D. (2002). Injection drug use in North America. *Infectious Disease Clinics of North America*, 16, 535-551.
- Tan, W. C., Lo, C., Jong, A., Xing, L., Fitzgerald, M. J., Vollmer, W. M., ... Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Research Group (2009). Marijuana and chronic obstructive lung disease: A population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 180, 814-820.

CAPÍTULO 11

LOS NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA Y LA REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN DIFERENTES ÁMBITOS DE LA DEPENDENCIA

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que hace compleja la atención a los pacientes con adicción a drogas es la variedad de situaciones vitales a las que les ha llevado su consumo. No es posible establecer de la misma forma una adherencia al tratamiento con un paciente en situación de calle que con otro que todavía conserva su trabajo, su domicilio y sus relaciones familiares. Tanto su entrada en el sistema de atención, como el tratamiento y el objetivo terapéutico van a ser distintos en los dos casos.

Por ello se han ido desarrollando diferentes recursos para cubrir las distintas necesidades de los pacientes, en función de condicionantes históricos de las instituciones existentes en cada Comunidad Autónoma. Sin embargo, a pesar de las diferencias interautonómicas, los niveles de atención sanitaria y de rehabilitación funcional tienen en común una serie de actuaciones y de recursos. En este capítulo se exponen los distintos niveles de atención y se describen los recursos que dan respuesta a las necesidades de tratamiento, entendiendo que la concreción en la realidad variará de unas Comunidades a otras.

Existen tres niveles de atención sanitaria y de rehabilitación funcional: tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial e intervención mínima. Además, existen otros recursos que no forman parte de la red de servicios asistenciales de la red en drogodependencias pero que intervienen coordinadamente en el tratamiento (Atención Primaria, Salud Mental, etc.).

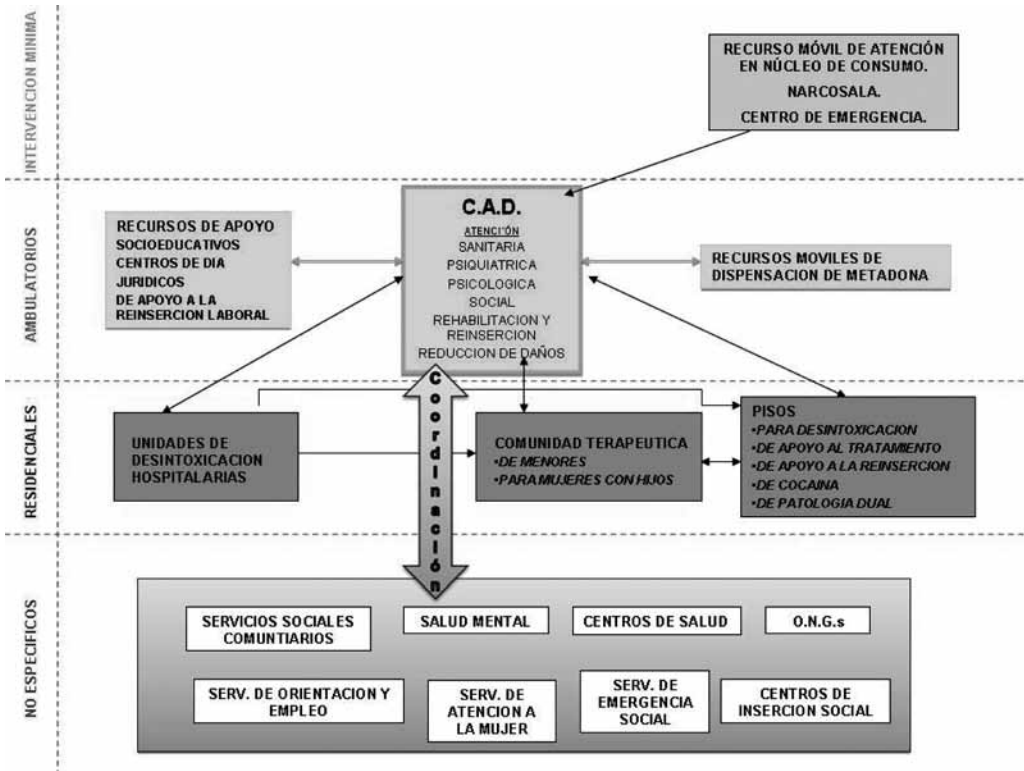


Figura 11.1. Los niveles de atención sanitaria y la rehabilitación funcional en diferentes ámbitos de las drogodependencias.

2. NIVEL DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

2.1. Centros de Atención a la Drogodependencia

Los Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD) constituyen el eje del tratamiento de la persona toxicómana en la mayoría de las Comunidades Autónomas de nuestro país, al ser el recurso desde el que se establece el diseño del programa de tratamiento adaptado a las características del paciente, tanto personales como sociales. En otras Comunidades Autónomas la denominación varía: Unidades de Conductas Adictivas (UCA), Centros de Atención Integral a la Drogodependencia (CAID), Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADS), etc. Desde el CAD se toma la decisión de la necesidad o no de ingreso en un recurso residencial, en función de las necesidades e idiosincrasia del paciente. En la mayoría de las Autonomías el CAD mantiene la dirección y ejecución del tratamiento, incluso cuando el paciente se encuentra en un recurso residencial, salvo en el caso de las Comunidades Terapéuticas.

El acceso a estos servicios se realiza de forma directa, aunque generalmente con un criterio de sectorización, es decir, el CAD en el que se atiende al paciente suele ser el de mayor cercanía a su domicilio habitual.

El CAD consta de un equipo multidisciplinar en el que suelen incluirse Médicos, Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, D.U.E.s, Trabajadores Sociales, Educadores, Auxiliares de Enfermería y, en ocasiones, otros profesionales como Farmacéuticos o Maestros.

Una vez que la persona drogodependiente accede a un CAD, recibe información de los servicios disponibles en el centro y, si acepta ser atendido, es citado con los diferentes profesionales. Éstos recaban información sobre el caso, tanto de aspectos personales, como familiares y sociales, hasta que los datos permitan establecer el recorrido del tratamiento, así como los factores facilitadores y los obstáculos que pueden surgir en el mismo.

En este proceso se utilizan pruebas diagnósticas médicas y psicológicas, cuestionarios y cualquier instrumento estandarizado o no, que contribuya a completar una evaluación biopsicosocial, permitiendo realizar la planificación del tratamiento.

Una vez realizada la evaluación y si se ha decidido como objetivo el abandono total, se valora por el equipo si es necesario el ingreso en algún recurso convivencial para conseguir interrumpir el consumo o, si es posible, realizar una desintoxicación ambulatoria. En el primer caso se decide el tipo de recurso (unidad de desintoxicación hospitalaria, piso de apoyo a la desintoxicación, seguido de comunidad terapéutica, piso de apoyo al tratamiento, piso de apoyo a la estabilización, etc.), se prepara al paciente para el ingreso y para las normas que deberá seguir en el recurso y se redacta el informe de solicitud, razonando los motivos y los objetivos para ese paciente.

Tanto si la desintoxicación ha sido ambulatoria como en recurso residencial, a partir de ese momento se inicia la rehabilitación funcional del paciente, pasando progresivamente de un control externo inicial a un autocontrol del paciente, tanto en rutinas diarias, como en planificación del tiempo y del dinero. También se trabajan diferentes áreas en función de las necesidades de cada caso, y que suelen incluir, entre otras, la mejora de las relaciones familiares, el establecimiento de nuevas relaciones fuera del ambiente de la droga, la prevención de recaídas, el reciclaje profesional y la búsqueda de empleo.

Si el equipo valora que no es posible establecer como objetivo la abstinencia total y se considera apropiado el tratamiento con sustitutivos opiáceos controlados sanitariamente (metadona), se le incluye en la administración de metadona y sigue los pasos descritos en el apartado correspondiente a ese servicio.

Para efectuar el recorrido descrito, los CADs ofertan una serie de servicios dirigidos a las personas drogodependientes y a sus familias, incluyendo en la mayoría de los casos los que se indican a continuación.

2.1.1. Atención sanitaria

Consistente en realizar la evaluación y tratamiento del proceso de abandono del consumo (desintoxicaciones ambulatorias, prescripciones de antagonistas, etc.), así como de otros aspectos sanitarios del paciente (análisis, vacunaciones, deterioro de la salud asociado al consumo,...).

2.1.2. Atención psiquiátrica

Se encarga de la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales que tan frecuentemente acompañan al consumo de sustancias psicoactivas y que necesiten el manejo especializado de medicación que hay que prescribir al paciente, bien por la patología mental previa o inducida por el uso de las sustancias, o bien por la complejidad de la interacción de los fármacos utilizados como apoyo al abandono del consumo con los prescritos para el trastorno mental.

2.1.3. Atención psicológica

Incluye todo lo concerniente a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los procesos y fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso adictivo, así como del asesoramiento y orientación de los comportamientos de los familiares, parejas o personas que convivan con el paciente (incluido el personal de los recursos residenciales). El tratamiento que realiza el Psicólogo Clínico en un CAD puede materializarse en sesiones individuales o de grupo y conlleva así mismo la interconsulta y coordinación con otros recursos no específicos del tratamiento de la drogodependencia.

2.1.4. Atención social

Los problemas de tipo social, económico y legal que suele acarrear la drogodependencia son evaluados por los Trabajadores Sociales del CAD, quienes posteriormente realizan la intervención en los mismos, en algunos casos orientando y facilitando las gestiones a realizar por el paciente, y en otros realizándolas ellos mismos.

2.1.5. Rehabilitación funcional y reinserción social

En este programa participan todos los profesionales del CAD en mayor o menor medida, dependiendo de las características del paciente, pero habitualmente los Educadores y los Trabajadores Sociales tienen actuaciones más intensas, especialmente en las áreas de gestión del tiempo, del dinero y en el área laboral.

2.1.6. Reducción de daños

Lo constituyen todas las acciones de carácter individual o grupal, se realicen en el ámbito social o terapéutico, encaminadas a reducir las consecuencias adversas para la salud del paciente

toxicómano. En los CADs se llevan a cabo, entre otras actuaciones, las dos que a continuación se describen brevemente, si bien se debe señalar que ambas están presentes en otros recursos, como los recursos móviles de administración de metadona o los existentes en el nivel de intervención mínima, con las características apropiadas a cada recurso.

2.1.6.1. Intercambio de jeringuillas

Se trata de facilitar a la persona drogodependiente el material estéril (jeringuillas, agua destilada, desinfectante,...) necesario para minimizar la posibilidad de infecciones asociadas al consumo de drogas (VIH, sida, hepatitis,...). También se facilitan preservativos para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

2.1.6.2. Administración de metadona

En el CAD la administración de metadona se lleva a cabo como forma de evitar el consumo de opiáceos y los perjuicios que suele llevar asociados. Al incluir al paciente en el programa de administración de metadona, se lleva a cabo una primera fase de prescripción y ajuste de la dosis, para pasar después a una fase de mantenimiento en la que se facilita y motiva al paciente hacia la normalización de diversas áreas de su vida (reducción o abandono del consumo de otras sustancias, relaciones familiares, formación prelaboral,...), y posteriormente se pasa a una tercera fase en la que se va reduciendo la dosis de metadona hasta su abandono.

2.2. Recursos móviles de dispensación de metadona

Se trata de vehículos que tienen como misión acercar la metadona a las personas drogodependientes que están en tratamiento, con prescripción por un médico de un CAD, y que por algún motivo justificado no les es posible acceder a un centro dispensador. La principal diferencia con los recursos de intervención mínima que dispensan metadona es que la población que atienden estos últimos no está en tratamiento en ningún CAD.

3. NIVEL DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL

3.1. Unidades de Desintoxicación Hospitalarias

Son dispositivos asistenciales sanitarios dentro de un servicio hospitalario, habitualmente ubicados en Salud Mental o Psiquiatría, aunque en algunos casos pueden pertenecer a Medicina Interna. En ellos se realizan ingresos, de carácter voluntario y programado, que tienen como objetivo general la realización de tratamientos de desintoxicación. Dicha intervención ha de enmarcarse dentro de un plan terapéutico individualizado y, por tanto, ha de programarse desde los CAD, dispositivos que constituyen el eje central de toda intervención y a donde ha de regresar el paciente tras el alta hospitalaria, que suele producirse tras una estancia breve (10-15 días).

La desintoxicación en el ámbito hospitalario se valorará cuando las condiciones del usuario y de su contexto dificulten de forma significativa su realización de forma ambulatoria. Así, la existencia de fracasos repetidos, un importante desarraigo familiar, un ambiente familiar y/o social de elevado riesgo y la coexistencia de trastornos orgánicos o psicopatológicos relevantes para la desintoxicación, son factores que pueden aconsejar el ingreso en este dispositivo.

En ocasiones, el ingreso hospitalario puede estar motivado por la existencia de una posible patología dual, buscándose un mejor diagnóstico y tratamiento en un entorno controlado y en condiciones de abstinencia de sustancias.

En algunos hospitales existen unidades específicas para la desintoxicación del alcohol.

3.2. Comunidades Terapéuticas

Son centros de carácter residencial, cuyo objetivo es la deshabitación, rehabilitación y reinserción de las personas con problemas de drogodependencias. Dentro de las mismas se lleva a cabo un tratamiento integral, que comprende intervenciones psicológicas, médicas y educativas, dirigidas, en último término, al desarrollo de un estilo de vida adecuado a un entorno social normalizado.

Este dispositivo está dirigido a pacientes que habitualmente presentan una importante desestructuración psicológica, familiar y/o social que dificulta de forma notable el desarrollo de un tratamiento exitoso en su medio habitual y que han fracasado de forma repetida en el ámbito ambulatorio. Hay que señalar que se requiere un elevado grado de motivación por parte del usuario, debido a la amplitud y profundidad del cambio planteado, dirigido no sólo al abandono del consumo de sustancias, sino a la modificación de un estilo de vida a través de las experiencias que proporciona el contexto interpersonal de la propia comunidad terapéutica. La prevención de recaídas será un punto fundamental a trabajar, de cara al mantenimiento del cambio una vez el sujeto regrese a su medio habitual.

Siguiendo a Comas (2008) podemos señalar como rasgos fundamentales de las comunidades terapéuticas los siguientes:

- Son centros de carácter residencial, con atención las 24 horas y presencia continua del equipo de profesionales.
- El tiempo de estancia es limitado, en función de acuerdos establecidos previamente o de la evolución del paciente.
- El ingreso en el dispositivo es voluntario, aunque en ocasiones puede haber usuarios sujetos a medidas judiciales (menores, tratamientos alternativos u obligatorios a personas con trastorno mental).

- Presencia de un equipo multidisciplinar: psicólogos, trabajadores sociales, educadores, médicos, etc.
- Se pretende que la vida cotidiana en la comunidad terapéutica, así como las dinámicas de la misma, se constituyan en un entrenamiento para el regreso al medio habitual. A este objetivo responde la existencia de unas normas que los residentes han de asumir previamente a su entrada en el dispositivo, y que han de cumplir a lo largo de toda la estancia. El número de plazas existente, que habitualmente oscila entre 20 y 40, debe posibilitar y contribuir al desarrollo de esta filosofía subyacente.
- El papel del aprendizaje social se combina con distintos procedimientos terapéuticos individuales y grupales.
- Las dinámicas complejas hacen preciso la existencia de una serie de procedimientos que faciliten su gestión de forma ordenada: historias clínicas, reuniones del equipo técnico para la toma conjunta de decisiones, “diarios de acontecimientos”, organigramas de responsabilidades, contratos terapéuticos, reglamento de régimen interno, etc.
- El objetivo de toda intervención debe ser ayudar a la persona a desarrollar un proyecto y un estilo de vida alternativo, que minimice sus dificultades y facilite su adaptación a un ambiente social normalizado.
- Ha de procurarse que los sujetos vayan asumiendo responsabilidades de forma progresiva en el funcionamiento de la comunidad, de tal forma que puedan extrapolar las habilidades y actitudes aprendidas a su medio habitual.
- La comunidad terapéutica no pretende ser una institución total, que resuelva todos los problemas de los residentes, sino que promoverá su independencia, a través de los recursos propios de la comunidad social (sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, etc.).
- La evaluación ha de ser continua y debe realizarse por parte del equipo tanto durante el proceso como al final del mismo.

Como en el resto de las intervenciones en adicciones, ha de primar el principio de continuidad terapéutica, decidiéndose y programándose el ingreso en comunidad desde los centros ambulatorios (CAD), a los que regresará el paciente tras el alta del dispositivo que nos ocupa.

Dentro del proceso desarrollado en la comunidad terapéutica se pueden distinguir tres fases, en función del momento y de los objetivos planteados: fase de acogida, fase de tratamiento y deshabitación y fase de inserción social (Consellería de Sanitat, 2006). El tiempo de estancia puede oscilar entre varios meses y tres años, en función del punto de partida, de la evolución, de los objetivos planteados y del dispositivo concreto.

Las actividades desarrolladas abarcan un amplio rango, buscando responder a necesidades de tipo sanitario (p. ej., patologías orgánicas y psiquiátricas, educación para la salud), psicológico (p. ej., extinción de conductas desadaptativas y adquisición de hábitos más saludables, autocontrol, habilidades sociales y asertividad, prevención de recaídas) educativas-ocupacionales (p. ej., formación académica y laboral, ocio y tiempo libre) y social (p. ej., coordinación con otros recursos, orientación, gestiones administrativas) (Arenas, Del Valle, López, Martín y Tirado, 2002).

3.2.1. Comunidades Terapéuticas de menores

Tal y como se recoge en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, “el internamiento terapéutico se prevé para aquellos casos en los que los menores, bien por razón de su adicción al alcohol o a otras drogas, bien por disfunciones significativas en su psiquismo, precisan de un contexto estructurado en el que poder realizar una programación terapéutica, no dándose, ni, de una parte, las condiciones idóneas en el menor o en su entorno para el tratamiento ambulatorio, ni, de otra parte, las condiciones de riesgo que exigirían la aplicación a aquél de un internamiento en régimen cerrado”.

Las comunidades terapéuticas de menores tratarán de responder a la problemática de la adicción procurando adaptarse a las necesidades de los adolescentes. Por ser una etapa crítica en el desarrollo, se prestará una especial atención a las áreas educativa y de formación laboral, así como al empleo del ocio y tiempo libre, buscando promover unos valores que le permitan una adecuada adaptación al contexto social.

3.2.2. Comunidades Terapéuticas para mujeres con hijos

En los últimos años, y asociado a una mayor preocupación por las diferencias de género, ha ido surgiendo un modelo de comunidad terapéutica que permite que las mujeres con problemas de adicciones convivan con sus hijos a lo largo del proceso terapéutico. Esto facilita el mantenimiento y desarrollo adecuado de su rol como madres, promoviendo y favoreciendo la relación afectiva y de apego con sus hijos cuando éstos son pequeños (habitualmente hasta los 3 ó 4 años de edad) y constituyéndose éstos como una fuente de motivación fundamental para el abandono de las sustancias y el desarrollo de nuevos patrones de funcionamiento.

3.3. Pisos

Los pisos son dispositivos también residenciales y de convivencia que, a diferencia de las comunidades terapéuticas, se sitúan en edificios o zonas de viviendas normalizadas y se caracterizan por un régimen abierto. En ellos convive un reducido número de personas, habitualmente acompañados y supervisados por miembros del equipo técnico, que tiene

una presencia continua en el domicilio. Su objetivo principal, además del tratamiento de los problemas de abuso y dependencia de sustancias, es facilitar la reintegración del sujeto a la sociedad, de una forma autónoma y normalizada. Los candidatos para este recurso son personas drogodependientes cuyo entorno familiar y/o social dificultan de forma notable un adecuado tratamiento en su medio habitual.

Nuevamente, la residencia del paciente en un piso ha de considerarse dentro del plan individualizado de tratamiento, diseñado por el CAD. Las características del dispositivo concreto, así como sus objetivos y tipos de actuaciones, estarán en función de las necesidades del perfil de usuario al que está dirigido.

3.3.1. Pisos para desintoxicación

Su objetivo es alojar y apoyar a personas sin apoyo familiar en la primera fase del tratamiento: la desintoxicación. En numerosas ocasiones supone la preparación para la entrada en Comunidad Terapéutica o en Centro de día.

3.3.2. Pisos de distinta exigencia según la fase en que se encuentra el paciente

Tal y como señalamos previamente, la entrada de un usuario en un piso puede producirse en distintos momentos del proceso terapéutico. A grandes rasgos podemos distinguir entre pisos de apoyo al tratamiento y pisos de apoyo a la reinserción. Los primeros están orientados a proporcionar apoyo en las fases iniciales, con una importancia central de los esfuerzos dirigidos a conseguir una estabilización del paciente y una adecuada adhesión al tratamiento ambulatorio, o como paso previo a la entrada en comunidad terapéutica. Los pisos de reinserción juegan un importante papel en fases más avanzadas del tratamiento, en muchas ocasiones como dispositivo intermedio entre la comunidad terapéutica o el piso de apoyo al tratamiento y una vida plenamente normalizada e integrada en la sociedad. Su función principal será promover y apoyar la progresiva integración social.

3.3.3. Pisos especializados en dependencia a la cocaína

El creciente consumo de cocaína producido en España en los últimos años y las características distintivas de dicha sustancia, cuyo tratamiento es principalmente psicológico, ha derivado en la creación de pisos especializados en dependencia a la cocaína. Ha de tenerse en cuenta que en numerosas ocasiones el patrón de consumo de esta sustancia va acompañado de importantes ingestas de alcohol y se asocia a un uso más recreativo que en el caso de otras drogas.

3.3.4. Pisos especializados en patología dual

Son dispositivos para personas con problemas de drogodependencias asociados con algún otro diagnóstico psiquiátrico comórbido (habitualmente un trastorno mental grave), que

se encuentran en una etapa avanzada del tratamiento de la adicción y que precisan de un importante apoyo por su situación familiar y/o social.

En el caso de estos recursos es de especial importancia disponer de los servicios de profesionales especializados en psicología clínica y psiquiatría, y, en todo caso, mantener una adecuada coordinación con los servicios de salud mental de la red sanitaria. Son pacientes que suelen requerir un especial seguimiento tanto a lo largo del proceso terapéutico como al alta del dispositivo concreto.

4. NIVEL DE INTERVENCIÓN MÍNIMA

En este nivel situamos una serie de recursos cuya función es minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas, así como llevar a cabo una vigilancia sobre enfermedades emergentes en la población drogodependiente que no desea comenzar un tratamiento. Estos objetivos se persiguen a través de actuaciones sanitarias y sociales variadas, que abarcan desde la provisión de lugares donde pernoctar y estar protegido de las inclemencias del tiempo, hasta la facilitación de prácticas de inyección más seguras en adictos por vía parenteral, o cuidados sanitarios básicos. En todos estos recursos se busca, además de la reducción del daño, la captación del drogodependiente hacia los dispositivos de tratamiento. Aunque pueden variar de unas comunidades a otras, se van a citar aquí los que han parecido más significativos: Centros de emergencia, Narcosalas y Recursos móviles de atención en núcleos de consumo.

4.1. Centros de emergencia

Son establecimientos cuyos objetivos son cubrir las necesidades básicas de las personas drogodependientes que se encuentran en situación de calle (aseo, descanso, vestido, alimentación), y reducir los daños asociados al consumo mediante la facilitación de material estéril para la venopunción, atención sanitaria o derivación en los casos que así lo requieran, asesoramiento jurídico si es preciso y captación del paciente hacia la red de tratamiento.

4.2. Narcosalas

Son dispositivos dirigidos a la población de adictos por vía parenteral que no desean acudir a los centros asistenciales. Generalmente están ubicados dentro o en las proximidades de los núcleos de provisión y consumo de drogas. Los objetivos que persiguen son la reducción de infecciones y el número de fallecimientos asociados a las reacciones agudas a las sustancias, favorecer el cambio hacia vías de consumo menos perjudiciales, motivar al adicto hacia su autocuidado y hacia los dispositivos de tratamiento y, también, amortiguar el impacto social que provoca el consumo intravenoso en espacios públicos.

4.3. Recursos móviles de atención en núcleos de consumo

Son vehículos que se desplazan a lugares de venta y consumo de drogas menos establecidos y más itinerantes que en los que se encuentran las narcosalas. Su función es tratar a la población drogodependiente que no contacta con otros recursos y captarlos para su derivación posterior a la red de tratamiento. Para esta labor cuentan con equipos compuestos por Médicos, D.U.E.s y Trabajadores Sociales. Así es posible la prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, el tratamiento sanitario que sea posible realizar en medio abierto, o la derivación a la red de salud y la orientación y ayuda al drogodependiente en gestiones con instituciones.

5. RECURSOS DE APOYO

5.1. Recursos socioeducativos

Son recursos dirigidos a personas drogodependientes que están en tratamiento en la red y que buscan facilitar al paciente la consecución de un nivel educativo, cultural y de ocio que le permita su desarrollo personal y su incorporación al entorno comunitario. En ocasiones se incluyen en los dispositivos de la red y en otros casos en centros dedicados especialmente a ello. A menudo se trata de asociaciones que no forman parte de la red de tratamiento.

5.1.1. Centros de día

Los recursos socioeducativos frecuentemente funcionan como Centro de Día, donde los pacientes acuden para lograr una nivelación educativa mediante la adquisición de habilidades intelectuales y/o una nivelación curricular que les permita incorporarse a los dispositivos que el sistema educativo mantiene para los adultos. Además de lo anterior, también se fomenta el aprendizaje de la utilización adecuada del ocio y el tiempo libre (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2007).

5.2. Recursos jurídicos

Suelen ser recursos de atención, información, orientación, asesoramiento y mediación dirigidos a personas drogodependientes detenidas o con causas judiciales pendientes y a sus familias. Generalmente son servicios creados mediante colaboración entre Consejerías y, en algunos casos, conveniados con otras organizaciones. La derivación a estos servicios se suele realizar a través de los CADs.

5.3. Recursos de apoyo a la reinserción laboral

Se trata de recursos de las administraciones públicas o de otras organizaciones que facilitan la incorporación de la persona con drogodependencia al circuito de reciclaje laboral y la búsqueda de empleo. Su objetivo es que el paciente pueda adquirir conocimientos técnicos

de la profesión elegida, desarrollar hábitos de trabajo, habilidades de relación social en el medio laboral y técnicas de búsqueda de empleo. El acceso es por derivación desde el CAD que lleva el tratamiento del paciente y, entre los servicios que suelen ofertar estos recursos, se cuentan los siguientes: orientación sociolaboral, talleres de diversas profesiones, bolsa de empleo, acompañamiento en el empleo y apoyo al autoempleo (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005).

6. COORDINACIÓN CON RECURSOS NO ESPECÍFICOS PARA LA DROGODEPENDENCIA

El tratamiento de las drogodependencias y adicciones exige en numerosas ocasiones que el psicólogo clínico de la red de atención a las drogodependencias se coordine con profesionales de otros servicios diferentes. Debemos tener presente la enorme cantidad de problemas, en ocasiones perentorios, que presentan estos pacientes: el alto porcentaje de ellos que presenta a su vez un trastorno mental, la necesaria coordinación con Atención Primaria para la prescripción de medicación y solicitud de pruebas diagnósticas, la alta tasa de desempleo, problemas de maltrato y personas que carecen de vivienda, etc. Es, por todo ello, que los profesionales de los centros de atención a las drogodependencias frecuentemente deben coordinarse con otros servicios para lograr una intervención integral. En todos los casos que vamos a comentar probablemente no sea el psicólogo el profesional que lleve a cabo la coordinación directa, en lo que se refiere al contacto telefónico o a través de informes, pero el trabajo en equipo lleva consigo la valoración y puesta en marcha de estrategias que requieren de la participación de recursos no especializados en adicciones.

6.1. Servicios sociales comunitarios

Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen un recurso muy cercano al ciudadano que atiende demandas muy diversas. En ocasiones, los problemas que demanda el ciudadano en este recurso están relacionados con trastornos adictivos, por lo que los profesionales de estos recursos suelen tener la oportunidad de realizar una detección precoz de los problemas de drogodependencia. Esta detección permite que las personas afectadas de este problema puedan recibir información sobre los recursos especializados en adicciones, facilitándole el contacto con los dispositivos asistenciales para el inicio del tratamiento.

Por otro lado, se hace imprescindible la coordinación con estos recursos cuando en los centros de atención a las drogodependencias se detectan graves carencias sociales que afectan al paciente y a la familia en su conjunto. En los Centros de Servicios Sociales Comunitarios se les proporciona información a los usuarios y a sus familias sobre prestaciones sociales y cualquier tipo de ayudas que puedan mejorar la situación familiar de los pacientes.

6.2. Salud mental

La atención a las drogodependencias se lleva a cabo a través de una red asistencial de centros especializados independientes de la red de Salud Mental, lo que ha dado lugar históricamente a numerosos problemas en la coordinación y atención a drogodependientes con patología dual o usuarios de los servicios de salud mental consumidores de drogas. La alta incidencia de patología dual requiere, por tanto, que los profesionales de los Centros de Drogodependencia se coordinen con servicios de Salud Mental como son: los Equipos de Salud Mental de Distrito, las Unidades Hospitalarias de Salud Mental, las Unidades de Rehabilitación de Salud Mental, etc. Se sabe que el tratamiento de los pacientes con patología dual debe ser integral, de modo que cada una de las redes debería responsabilizarse y tutelar en su conjunto las actuaciones terapéuticas dirigidas a superar la drogadicción y psicopatología concomitante de forma simultánea. A pesar de ello, la experiencia muestra que la indeterminación de competencias de cada una de las redes asistenciales lleva consigo la desatención o atención inadecuada de las personas que acuden a uno y otro servicio.

Cada distrito sanitario ha resuelto este problema potenciando la coordinación entre centros aunque, si bien es cierto que no es una tarea fácil si tenemos en cuenta la enorme casuística descrita en esta población. Para evitar los problemas derivados de la existencia de dos redes paralelas, en Andalucía, por ejemplo, se ha desarrollado un “Protocolo de actuación conjunta entre los Equipos de Salud Mental de Distrito y los Centros de Atención Ambulatorios de las Drogodependencias” (Alameda et al., 2002). La pretensión de este protocolo de coordinación entre ambas redes ha sido aumentar el grado de conocimiento de los distintos recursos y programas asistenciales que se llevan a cabo en ambos dispositivos, y fundamentalmente protocolizar las actuaciones conjuntas entre servicios que permitan una respuesta integrada y coordinada a los usuarios con patología dual. Con la finalidad de asignar la responsabilidad y tutela asistencial de cada paciente a cada servicio en función de la tipología psicopatológica, el protocolo se desarrolló en base a la severidad y curso psicopatológico (Ries, 1992), estableciéndose cuatro categorías:

1. Dependencia química complicada (leve psicopatología, dependencia grave), que serían pacientes atendidos por la red de drogodependencia (trastornos psiquiátricos inducidos y exacerbados por consumo de sustancias e incluye los trastornos por ansiedad, ataques de pánico, depresión o hipomanía, psicosis o confusión, trastorno por estrés postraumático, tentativa de suicidio, síntomas ligados a la desaparición o prescripción de medicamentos y trastornos de personalidad).
2. Enfermo mental abusador de sustancias (grave psicopatología, dependencia leve), constituyéndose en un grupo de pacientes que serían atendidos en la red de salud mental (esquizofrenia, trastorno afectivo mayor con psicosis y trastorno por estrés postraumático severo).

3. Enfermo mental dependiente de sustancias (grave psicopatología, grave dependencia), que serían pacientes atendidos por cualquiera de las dos redes (enfermos con trastornos psicopatológicos similares a la categoría 2 y adictivos graves; requieren tratamiento específico para ambos trastornos que debe incluir la abstinencia, la cual mejoraría el trastorno psiquiátrico).
4. Abuso de sustancias y ligera psicopatología (psicopatología leve, dependencia leve), personas que reciben ayuda en Atención Primaria (pacientes en tratamiento ambulatorio que presentan una combinación de síntomas de la esfera depresiva y/o conflictos familiares, junto con trastornos por abuso o dependencia no severos).

Con el protocolo descrito se ha mejorado considerablemente la coordinación y se ha evitado la desatención de pacientes, toda vez que la clasificación que establece el protocolo de coordinación asigna a cada servicio el tipo de paciente que debe atender. Debemos destacar que, en el protocolo citado, se considera a los centros de atención a las drogodependencias servicios válidos para el tratamiento integral de drogodependientes con patología dual.

6.3. Centros de salud

Dependiendo de la zona geográfica, los servicios de atención a las drogodependencias pueden estar adscritos a la red de Salud Pública o a la Consejería de Bienestar Social. En los casos en que los centros de atención a las drogodependencias no dependan de la red pública de salud la coordinación con los centros de salud puede constituirse en un aspecto de enorme importancia para la consecución de los objetivos terapéuticos. Cuando el servicio de drogodependencias forma parte de la red asistencial del sistema público de salud se evitan los problemas que se derivan de esta dinámica, la pérdida de tiempo y molestia para los usuarios.

Además, existen una serie de pruebas médicas diagnósticas útiles para la atención de la drogodependencia que se realizan en los servicios públicos de salud y que se solicitan, a petición del centro de drogodependencia, por medio de los procedimientos estandarizados de atención primaria para la realización de pruebas diagnósticas.

6.4. Recursos de orientación y empleo

Muchos de los pacientes drogodependientes se encuentran en paro. El perfil profesional o formativo de estas personas es muy diverso por lo que se utilizan diferentes recursos de orientación para la búsqueda de empleo o realización de actividades formativas. En todos los casos, es muy importante que las decisiones en relación a qué hacer y cómo llevar a cabo las actuaciones se tomen en equipo, toda vez que existen características individuales que trascienden del hecho de la abstinencia y que matizan considerablemente la idoneidad de uno u otro recurso o programa. Se sabe que hay casos que por su psicopatología concomitante requieren de la utilización de ciertos recursos y no de otros. Cuando existe una buena

coordinación con estos recursos, los procesos de orientación laboral pueden adaptarse de algún modo a las características de cada paciente.

6.5. Servicios de atención a la mujer

El tratamiento de la drogadicción lleva consigo, en ocasiones, la coordinación con servicios especializados en atención a la mujer, por encontrarnos ante situaciones de malos tratos. Generalmente son mujeres drogodependientes que son objeto de malos tratos o por el contrario son las parejas de pacientes atendidos en centros de drogodependencia, las que solicitan información relativa a sus derechos, procedimientos, medios con los que cuenta para tomar la iniciativa de separarse de su pareja, etc. Este tipo de asesoramiento pueden obtenerlo de profesionales especializados porque además del asesoramiento más general, los equipos de profesionales de los Centros de la mujer cuentan con abogados, trabajadores sociales y psicólogos para orientar a la persona y atenderla no sólo en lo que a derechos legales se refiere, sino también en lo que respecta al impacto psicológico que supone para la persona dar el paso de la separación cuando preceden experiencias de malos tratos.

6.6. Servicios de emergencia social (Albergues)

En ocasiones, los albergues y centros de acogida cuentan entre sus usuarios con un alto porcentaje de personas con problemas de drogodependencia. Estos servicios, que atienden a personas sin hogar, facilitan una atención de urgencia proporcionando una estancia de pocos días como medio para acceder a otros servicios, recursos o la propia autogestión de la persona. La detección de problemas de drogodependencia es inmediata, por lo que es un recurso que puede facilitar a los usuarios el contacto con un centro especializado en la atención a las drogodependencias. En ocasiones, el albergue trata de vincular su atención al seguimiento que el usuario tenga en el centro de drogodependencias, lo que facilita de algún modo la permanencia del paciente en tratamiento. Este aspecto es muy importante si tenemos en cuenta la enorme dificultad que presentan estos casos para establecer una buena adherencia terapéutica.

6.7. Organismos no gubernamentales

Tanto por el tipo de problemática social, laboral o personal de los pacientes atendidos en los centros de atención a las drogodependencias, como por la idoneidad de la participación en actividades que ayuden al paciente a consolidar un cambio de estilo de vida, las actuaciones terapéuticas conllevan poner en contacto a los usuarios con determinadas asociaciones, facilitando de ese modo el desarrollo de determinados objetivos terapéuticos. Con esta finalidad los profesionales del centro de drogodependencias suelen coordinarse con asociaciones de ayuda a personas necesitadas, voluntariado, asociaciones juveniles, etc.

6.8. Centros de Inserción Social (CIS)

Estos centros tienen el objetivo de facilitar el tránsito de una persona que cumple una pena en prisión a la inserción social, beneficiándose del tercer grado penitenciario. Aplican programas y penas alternativas, como trabajos en beneficio de la comunidad, y cuentan con los llamados talleres productivos para formar a nivel laboral a los internos.

Cuando el interno ha tenido o tiene un problema de drogodependencia, el equipo de seguimiento de ese recurso, solicita el seguimiento de la persona en un centro de atención de las drogodependencias a nivel ambulatorio. Los pacientes, por tanto, mientras permanecen en tercer grado, asisten regularmente a las sesiones para tratamiento de su drogodependencia. La coordinación con el equipo de seguimiento del CIS permite intervenir en estos casos que de otro modo no acudirían a tratamiento por iniciativa propia.

7. REFERENCIAS

- Alameda, J., Arenas, F., Blanco, F., del Río, F., Ramírez, J. F., Sanz, S.,...Zambrana, J. M. (2002). *Protocolo de actuación conjunta entre los Equipos de Salud Mental de Distrito y Centros de Atención Ambulatorio de las Drogodependencias*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Arenas, F., Del Valle, M., López, R., Martín, J. y Tirado, P. (2002). *Programa de intervención en comunidad terapéutica en Andalucía*. Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/modules/com.opencms.presentacionCIBS/paginas/detalle.jsp?listar=true&tipoContenido=/Publicacion/§or=/Sector/Drogodependencia/&contenido=/Drogodependencia/Publicacion/PROGRAMA_INTERVENCION_CT.
- Comas, D. (2008). La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista Española de Drogodependencias*, 33, 238-254.
- Consellería de Sanitat (2006). *Plan estratégico sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunitat Valenciana 2006-2010*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Disponible en: http://www.san.gva.es/docs/plan_estrat_drogo_val.pdf.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2005). *La integración Sociolaboral en Drogodependencias*. Madrid: Autor.
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2007). *Programa de Integración Social a Través del Ocio*. Madrid: Autor. Disponible en: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/ProgramaIntegracionS.pdf>.
- Ries R. K. (1992). Serial, parallel, and integrated models of dual-diagnosis treatment. *Journal of Health Care for Poor and Underserved*, 3, 173-180.

CAPÍTULO 12

ATENCIÓN Y REINSERCIÓN SOCIOFAMILIAR Y LABORAL

Te coloqué en medio del mundo
para que pudieras contemplar mejor lo que el mundo contiene.

No te he hecho ni celeste, ni terrestre,
ni mortal, ni inmortal, a fin de que tú mismo, libremente,
a la manera de un buen pintor o de un hábil escultor,
remates tu propia forma.

Pico de la Mirandola
Oratio de hominis dignitate

1. INTRODUCCIÓN

El uso que se hace del término drogodependencias en el lenguaje coloquial nos permite conocer cuál es la visión de cada sociedad al respecto de las drogodependencias. Todavía hay un amplio sector de la sociedad que sitúa a la persona consumidora de drogas como el eje sobre el que pivota el uso de la sustancia, es decir, como único responsable de éste y de sus consecuencias, sin mostrar atención a situaciones y contextos que influyen en el consumo de sustancias o, de manera muy relevante, en el abuso y la dependencia que son corresponsables, en alguna medida, de este fenómeno social personalizado a través de comportamientos individuales. Sirva la cita de Antonio Machado “Todo lo que se desconoce, se desprecia”, para intentar articular una explicación, tal vez no la única, sobre esta visión que tiene la sociedad sobre las drogodependencias, o más concretamente sobre el drogodependiente.

Es posible que el mayor reto al que nos enfrentamos en el caso de las drogodependencias no sea la superación del consumo de la sustancia y sus efectos, salvo en caso de graves afectaciones a la salud física y psicológica de las personas, o en supuestos de fallecimiento, sino la marca o estigma social que el abuso y/o dependencia de sustancias pueda ejercer y condicionar en la trayectoria vital de una persona como consecuencia de los prejuicios sociales existentes. Estos prejuicios activan en algunos miembros de la sociedad comportamientos de distanciamiento, rechazo, referencias negativas que ahondan en las diferencias. En definitiva, activan interacciones sociales en las que el individuo, en este caso el drogodependiente, es víctima de un proceso de marcada diferenciación en áreas relevantes de la vida (familia, amistades, empleo, salud) donde la interacción social está presente y se traduce en un desplazamiento desde zonas de integración hacia zonas de vulnerabilidad y exclusión.

Como veremos en el presente capítulo, trabajar por la inserción de las personas drogodependientes es abordar y gestionar todos los elementos posibles de las interacciones sociales, que se reproducen en las distintas áreas o espacios de convivencia en que está presente la persona. Es más, cualquier medida dirigida a la inserción sociolaboral de una persona o colectivo que contemple la modificación del propio sistema de relación social para hacerlo más inclusivo, puede ser considerada como una medida que repercute en beneficio de la sociedad, de todos los que la integran. Estamos hablando, en definitiva, de un planteamiento de acción multidimensional, integral, estructural y coordinado que facilite no sólo la inserción del individuo y su desempeño normalizado en los sistemas de relación social, sino que también promueva los cambios oportunos en éstos para prevenir nuevos casos de exclusión, ya que la mejor inclusión es la prevención de la exclusión.

2. HACIA LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Es esencial, para orientar el proceso de inserción, delimitar y comprender el proceso en sentido contrario que ha vivido la persona hacia la exclusión.

Al referirse a la exclusión social, diversos autores (Castel, 2004; Sen, 2000; Tezanos, 2001) la definen como un continuo, como un trayecto que puede trazarse entre la inclusión y la exclusión, con grados de intensidad y de extensión diferentes, posiblemente de carácter acumulativo, pero no lineal, sometido a múltiples factores e influencias. En cada contexto social, los factores que generan inclusión o exclusión son distintos y, en consecuencia, de cara a la comprensión y posterior intervención, es importante ubicar a la persona en su contexto espacio-temporal, hay que identificar qué factores están presentes y actúan a favor de su exclusión, y cuáles a favor de su inclusión. Estos factores se denominan factores de riesgo o exclusión y factores de protección o integración, respectivamente (Tabla 12.1).

Tabla 12.1. Principales factores de equilibrio en el continuo integración-exclusión.

	FACTORES DE INTEGRACIÓN	FACTORES DE EXCLUSIÓN
LABORALES	<p>Empleo fijo o estable.</p> <p>Buen nivel de ingresos.</p> <p>Condiciones de empleabilidad razonables.</p> <p>Experiencia laboral.</p>	<p>Paro.</p> <p>Subempleo.</p> <p>Temporalidad.</p> <p>Precariedad.</p> <p>Carencia de experiencias laborales previas.</p>
ECONÓMICOS	<p>Ingresos regulares.</p> <p>Fuentes alternativas de ingresos.</p> <p>Vivienda propia.</p>	<p>Ingresos insuficientes o irregulares.</p> <p>Endeudamiento.</p> <p>Infravivienda.</p> <p>Sin vivienda.</p>
CULTURALES	<p>Integración cultural.</p> <p>Perfiles culturales aceptados e integrados.</p> <p>Alto nivel de instrucción, posesión de cualificaciones demandadas.</p>	<p>Pertenencia a grupos estigmatizados.</p> <p>Analfabetismo o baja instrucción.</p>
PERSONALES	<p>Capacidad e iniciativa personales.</p> <p>Cualidades personales valoradas socialmente.</p> <p>Buena salud.</p> <p>Motivaciones fuertes.</p> <p>Optimismo, voluntad de realización.</p> <p>Facilidad de trato.</p> <p>Buen aspecto.</p>	<p>Minusvalías y enfermedades.</p> <p>Adicciones.</p> <p>Enfermedad mental.</p> <p>Violencia, malos tratos.</p> <p>Antecedentes penales.</p> <p>Handicaps personales.</p> <p>Déficits motivacionales.</p> <p>Actitudes negativas.</p>
SOCIALES	<p>Apoyo familiar.</p> <p>Intensa red social, relaciones.</p> <p>Pertenencia a asociaciones y grupos sociales.</p> <p>Residencia en zonas en expansión.</p> <p>Integración territorial.</p>	<p>Carencia de vínculos familiares fuertes.</p> <p>Carencia de redes sociales de apoyo.</p> <p>Entorno residencial decaído.</p> <p>Aislamiento.</p>

Fuente: Adaptado de Tezanos (2001).

Los factores de riesgo se corresponden con circunstancias, eventos o características internas y externas del individuo, cuya aparición en la trayectoria de vida de la persona aumenta la probabilidad de que desarrolle determinadas conductas que favorecen la posibilidad de que se produzca un problema. Subirats (2004) indica que los espacios básicos de la vida de las personas en los que se pueden desencadenar más fácilmente procesos de exclusión social, corresponden al ámbito económico, el laboral, el formativo, el sociosanitario, el relacional y el ámbito de la ciudadanía y la participación. Dentro de cada uno de estos espacios, se pueden identificar un conjunto de factores, que pueden darse solos o en combinación con otros, de modo tal que los riesgos más potentes estarían en función del número de factores de riesgo, aumentando así la vulnerabilidad cuando lo hace el número de factores de riesgo. Desde este punto de vista, disminuye la importancia concedida a la naturaleza del factor de riesgo, mientras que el número total de factores presentes es más relevante en la vulnerabilidad del individuo. Este proceso de acumulación, combinación y retroalimentación de factores es el que va situando a la persona como más o menos vulnerable, dependiendo de los recursos psicológicos, físicos y sociales de que disponga (Bendit y Stokes, 2004), hacia uno u otro lado del continuo entre la inclusión y la exclusión. Esto permite hablar de sujetos en zonas de riesgo (Tabla 12.2) o sujetos vulnerables (Escudero, González y Martínez, 2009), desde una perspectiva en la que la vulnerabilidad es una consecuencia de la desventaja estructural y personal, donde determinados factores sociales, económicos, culturales, biológicos y epidemiológicos representan entornos de vulnerabilidad y riesgo que condicionan decisiones y comportamientos individuales. El modelo de vulnerabilidad califica como factores de riesgo más relevantes los problemas económicos graves, el desarraigo social y personal, el abuso de alcohol y drogas, los problemas de salud propios y de personas cercanas, la enfermedad mental y hospitalizaciones psiquiátricas, los ingresos en instituciones de todo tipo, los problemas legales, el bajo nivel de educación, las dificultades de acceso a la atención, vivir en entornos degradados, los estigmas asociados a condiciones sociales o de salud física y/o mental, la inmigración, las enfermedades, la discapacidad, el “sinhogarismo” y la pobreza.

Es decir, la situación social de una persona puede influir negativamente en su capacidad para ejercer control sobre su trayectoria de vida, cuando ésta no dispone de recursos suficientes para gestionar efectivamente las dificultades y retos que dicha situación social le plantea. Sólo así se entiende la exclusión social, como indica Subirats (2005), como un fenómeno estructural, relacional, dinámico, multifactorial y multidimensional, que se genera desde distintos parámetros y se concreta en diferentes ámbitos o esferas de la vida interconectados entre sí.

Tabla 12.2. Zonas básicas identificables en el continuo integración-exclusión.

	ZONA DE INTEGRACIÓN	ZONA DE VULNERABILIDAD	ZONA DE ASISTENCIA	ZONA DE EXCLUSIÓN
SITUACIÓN LABORAL	Empleo estable o fijo y de calidad	Empleo precario o inestable	Desempleo	Inempleabilidad
ÁMBITO ECONÓMICO	Empresas y actividades estables y con futuro.	Empresas o actividades económicas en crisis. Economía desregulada o sumergida.	Aportaciones públicas reglamentadas o beneficencia.	Aleatoriedad de ingresos.
SITUACIÓN RELACIONAL	Fuertes redes familiares y de sociabilidad.	Fragilidad relacional, individualismo, aislamiento.	Carencias relacionales compensadas por iniciativas asistidas de inserción.	Aislamiento social.
SENTIMIENTOS	Seguridad, confianza en el futuro.	Miedos, incertidumbres.	Fatalismo, falta de perspectivas.	Desesperación, anomia.
ACTITUDES BÁSICAS	Conformismo, emulación.	Desconfianza, inseguridad.	Protesta, resignación.	Desviación, pasividad, violencia, rebeldía.
FACTORES DE RIESGO	Inestabilidad económica, enfermedades, incertidumbres ante la vida, etc.	Crisis familiares, ruptura de solidaridad de grupo, fracaso escolar, inadaptación cultural, minusvalías.	Alcoholismo, drogadicción, depresión, aislamiento, clausura social, etc.	Enfermedades, accidentes, delitos, suicidio, etc.
POSIBLES INICIASIVAS PREVISORAS Y COMPENSATORIAS	Eficiencia económica, seguros privados, etc.	Recualificación profesional, movilidad, motivaciones, etc.	Formación, inserciones sociales secundarias, estímulos para la no aceptación pasiva de "vivir del Estado" o la beneficencia.	Modelo de asistencia social integral, reorientaciones sociales y económicas, etc.

Fuente: Tezanos (1999).

3. LA RELACIÓN ENTRE EXCLUSIÓN SOCIAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

La relación entre exclusión social y consumo de sustancias puede establecerse a través de dos vías: una en la que la vulnerabilidad o exclusión actúa como factor de riesgo para el abuso o dependencia de sustancias; y otra en la que el abuso o dependencia de sustancias es el que actúa como factor de riesgo para la vulnerabilidad o exclusión. Es decir, ambos sucesos tienen capacidad para actuar como factor de riesgo el uno del otro. Sin embargo, la relación entre la drogodependencia y la exclusión social no es de carácter causal, ya que la exclusión social no afecta a todos los consumidores de drogas (Tomas, 2001) y, a pesar de que en algunos casos es posible mantener el consumo de drogas con la integración social, lo habitual es que se produzca un deterioro psicosocial que acerque a la persona hacia zonas de exclusión (Tezanos, 1999).

Desde este planteamiento bidireccional, tratar la drogodependencia y resolverla facilitaría la reducción de un factor de exclusión; y viceversa, la reducción de la exclusión facilitaría el tratamiento y superación de la drogodependencia, así como la prevención de recaídas. Incluso podríamos sugerir que las drogodependencias y la exclusión comparten factores de riesgo comunes, por lo que la vulnerabilidad a uno podría implicar vulnerabilidad al otro, o la reducción de la vulnerabilidad para uno también podría serlo para el otro.



Figura 12.1. La relación entre exclusión social y consumo de drogas.

Fuente: EMCDDA (2003).

En concordancia con estas dos vías, Subirats (2005) ha establecido tres perfiles de drogodependientes en exclusión: 1) aquellos que parten de una situación previa de marginación o exclusión; 2) aquellos que, fruto del consumo de drogas, han entrado en el proceso de

deterioro psicosocial que lleva a la exclusión; y 3) los que están institucionalizados en la red asistencial, a los que en términos individuales podemos considerar excluidos en la medida en que se mantienen todavía dependientes de un sistema asistencial.

Estas tipologías pueden ayudarnos a definir si lo que vamos a realizar es una inserción o una reinserción social y/o laboral de la persona con problemas de drogas, o si estamos ante una intervención asistencialista. La diferencia entre inserción y reinserción podríamos establecerla en que, en la primera estaríamos hablando de personas que su trayectoria de vida viene marcada desde sus inicios, por estancias en zonas de exclusión y, por tanto, podríamos decir que nunca llegaron a estar insertados. Por el contrario, en la reinserción estaríamos hablando de personas que, en su trayectoria de vida, han sufrido en algún momento un suceso vital que los ha ido desplazando de zonas de inclusión hacia zonas de vulnerabilidad y exclusión. Por tanto, en la reinserción sería posible hallar unos factores de protección de base que habría que recuperar; mientras que en la inserción esa base no existiría, o sería más débil, por lo que habría que crearla y esto no siempre es fácil ni posible.

4. PERFIL DEL DROGODEPENDIENTE EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN

El grupo de drogodependientes de mayor vulnerabilidad o riesgo de exclusión sería aquel que ya parte de una situación de exclusión previa, o aquel que presenta un elevado deterioro psicosocial, con un perfil de politoxicomanía o problemática de heroína, con las áreas médica, de empleo, judicial, familiar, social y psíquica muy afectadas (García, Collado, Gómez y Arias, 2006), especialmente cuando además son presos, inmigrantes, personas sin hogar, personas en prostitución y jóvenes que ya arrastran factores de vulnerabilidad (EMCDDA, 2003). La gravedad de este perfil puede explicarse, en parte, a través de la interrelación que tienen unas áreas con las otras, pues la integralidad del ser humano hace complicado parcelar los sucesos de su trayectoria vital como si éstos no estuviesen interconectados.

Subirats (2005), en su matriz de indicadores de exclusión, contempla como factores de riesgo en el ámbito sociosanitario enfermedades que provocan exclusión social, entre las que señala las adicciones estigmatizadas socialmente (abuso o dependencia de opiáceos y/o alcohol), los trastornos mentales estigmatizados socialmente (en particular las psicosis) y las enfermedades infecciosas estigmatizadas socialmente (como tuberculosis respiratoria, hepatitis B y/o VIH/SIDA). En relación a la patología dual, el EMCDDA (2003) indica que, por ejemplo, en Dinamarca entre el 50% y el 60% de los pacientes de los servicios de psiquiatría es drogodependiente. Además, las personas que tienen patología dual tienen menos probabilidades de completar los programas de tratamiento de drogodependencias (Beattie, McDaniel y Bond, 2006). Quizá una de las razones sea el no contar con un suficiente número de recursos y apoyos de carácter familiar, social y laboral. En definitiva, todas son patologías frecuentes en la población drogodependiente que presenta mayor deterioro social y de

salud, con largas trayectorias de consumo y de vida desestructurada. Así mismo, aparte de las consecuencias directas para la salud, los consumidores de drogas pueden tener dificultades para acceder a la atención médica, debido a su renuencia a tratar con los servicios o por falta de educación, falta de aceptación por parte de los servicios médicos generales y por tener problemas de salud específicos para los que no existen servicios adecuados (EMCDDA, 2003).

En el área socioeconómica, debido a sus precarias condiciones sociales, los consumidores de drogas también tienen problemas con su situación laboral. Sus índices de desempleo son muy elevados en relación con los de la población en general, un 45,8% entre los pacientes consumidores de drogas en comparación con el 8,2%, respectivamente (Eurostat, 2002), por lo que tienen dificultades para encontrar trabajo y es raro que mantengan un empleo durante largo tiempo o que desarrollen una carrera profesional (DrugScope, 2000). Esta situación precaria puede provocar problemas económicos, por lo que a menudo tienen una renta baja o carecen de recursos. Entre el 32% y el 77% de los pacientes en tratamiento en Europa sobreviven con subsidios sociales (EMCDDA, 2003). Por todo ello, las condiciones de vida de los consumidores de drogas a menudo son muy malas: un 10,4% de los pacientes sufre inestabilidad en materia de vivienda, un 17,5% vive en un asilo y hasta un 29% son personas sin hogar (EMCDDA, 2003). Dinamarca, Francia, Países Bajos y Reino Unido señalan que hasta el 80% de las personas sin hogar que viven en refugios son consumidores de drogas y las tasas de prevalencia son incluso más elevadas entre las personas que viven en la calle o entre las personas sin hogar que tienen otros problemas sociales. Hickey (2002) halló que en Irlanda el 67% de los expresidarios sin hogar son drogodependientes. Dentro de la prisión, el consumo de drogas está extendido hasta en un 54% de los presos que dice consumir drogas durante su condena y hasta un 34% afirma consumir drogas por vía parenteral en la cárcel (Stoeber, 2001). Los datos en cárceles españolas indican que en los últimos 30 días han consumido en prisión el 27.7% cannabis, el 4.8% heroína y el 2.9% cocaína (Oñorbe, Silvosa, Barrio y Sanz, 2007). Entre las personas en prostitución, el consumo de drogas constituye a menudo un motivo para la prostitución pero también puede ser su consecuencia, variando las pautas del consumo de drogas en función de si la prostitución es anterior o posterior a la drogodependencia. Un estudio cualitativo italiano realizado entre prostitutas que ejercían en la calle ha puesto de manifiesto que, si los trabajadores sexuales comienzan a consumir drogas para hacer frente a los problemas relacionados con la prostitución, generalmente consumen alcohol, tranquilizantes u otros medicamentos psicoactivos; en cambio, si la drogodependencia es el principal motivo de la prostitución, la principal droga consumida es la heroína (Calderone et al., 2001).

Estos datos muestran cómo las personas con problemas por abuso de sustancias suelen presentar varias áreas de su vida afectadas. Su problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo, sino otras circunstancias: policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar y, en general, ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Hacer frente a necesidades sociales

como la vivienda, el bienestar, etc., hace que el empleo sea fundamental para un tratamiento exitoso (EMCDDA, 2010). En definitiva, justificamos que el proceso de incorporación requiere necesariamente un abordaje integral de las problemáticas que presenta la persona, y no únicamente del consumo de la sustancia.

5. INCORPORACIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDIENTES

5.1. Planteamiento general de la incorporación social en drogodependientes

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), indica que se hace necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.) que, además, tenga en cuenta los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento. Por su parte, el NIDA (1999) establece, entre sus recomendaciones para proveer tratamientos eficaces contra las adicciones, que éstos han de atender no sólo a las áreas relativas al abuso de sustancias. Es decir, reconoce la necesidad de esa atención integral. Así, la incorporación social de la persona con problemas derivados del consumo de drogas, en respuesta a esa necesidad de atención integral, abarca actuaciones y metodologías que inciden sobre aspectos terapéuticos, del medio familiar y social, formativos, laborales y judiciales, a través de un proceso dinámico, multidimensional, que se articula de manera flexible y personalizada para ofrecer ayuda y acompañamiento individual en el desarrollo de las competencias personales, sociales y laborales que precisa cada persona para ir situándose en zonas de menor vulnerabilidad o riesgo.

Desde esta perspectiva, el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos, establecen sus correspondientes objetivos para el área de incorporación social. Por ejemplo, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009) contempla los siguientes objetivos generales relacionados con esta área:

1. Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.
2. Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.
3. Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.
4. Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

Estos objetivos generales pueden operativizarse en otros objetivos específicos que definirán las líneas estratégicas a seguir durante el periodo de vigencia de cada Plan, y que permitirán así mismo determinar la consecución o no, y en qué medida, de los objetivos propuestos. Para el EMCDDA (2003), en incorporación social, las tres principales líneas estratégicas se vertebran sobre la educación (que incluye formación profesional), la vivienda y el empleo. Para el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social 2008-2010 (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 2008), existe un primer nivel de factores que constituyen elementos clave para explicar la situación o el riesgo de exclusión: se trata de la carencia o dificultad de acceso al empleo, la educación, la formación y la vivienda. Es decir, cuando hablamos de procesos de incorporación social, indistintamente de la población destinataria, los elementos clave son los mismos. Por tanto, las medidas a adoptar en el colectivo de drogodependientes respecto de su proceso de incorporación son similares a las de cualquier otro colectivo, salvo las destinadas a la reducción del consumo de la sustancia o sus repercusiones directas, la posibilidad de recaídas y algunos factores específicos muy vinculados al consumo de drogas y el contexto relacional-espacial en que éstos se dan.

5.2. Dispositivos de la red formal e informal implicados en la incorporación social de drogodependientes

Existe una serie de dispositivos, formales e informales, que ofrecen una cartera de servicios más o menos amplia, encuadrados en las líneas estratégicas de los planes, destinados a atender la multidimensionalidad del proceso de incorporación: establecer contacto y motivar el acercamiento a la red con personas desvinculadas de los servicios asistenciales, satisfacer las necesidades básicas e inmediatas derivadas de la situación de exclusión, diseñar y supervisar los proyectos de itinerarios personalizados de recuperación personal, social y laboral, ofrecer apoyo a las familias, establecer puentes entre personas afectadas y el medio laboral, etc. En este sentido es importante aprovechar sinergias entre administraciones, instituciones, profesionales, asociaciones y la comunidad, para promover mejoras, no duplicar acciones y trabajar por la normalización en la incorporación de las personas drogodependientes en los recursos destinados a la población general (Tabla 12.3).

Tabla 12.3. Áreas de la incorporación social y recursos y programas de la red general de servicios públicos y específica de drogodependencias para la intervención integral con drogodependientes en exclusión.

ÁREA	RECURSOS / PROGRAMAS
Acceso a la red	- Unidades de Captación Activa e Intervención en Medio Abierto.
Cobertura de necesidades básicas	- Centros de Emergencia Social. - Albergues. - Comedores Sociales. - Prestaciones y ayudas económicas.
Tratamiento	- Unidades de Atención al Drogodependiente. - Centros de Salud. - Hospitales. - Unidades de hospitalización breve. - Unidades de media estancia. - Unidades de desintoxicación hospitalaria. - Unidades de alcoholismo.
Apoyo residencial	- Centros de Acogida. - Comunidad Terapéutica. - Centros de Inserción. - Pisos tutelados. - Acogimiento familiar.
Autonomía personal	- Centros de Acogida. - Comunidad Terapéutica. - Centros de Inserción Social. - Pisos tutelados. - Centros de Día. - ONGs de apoyo al drogodependiente. - Dispositivos de Inserción Laboral.
Formación	- Educación reglada (ESO, FP) y no reglada (cursos, autoescuela). - Talleres ocupacionales. - Talleres profesionales. - Talleres de empleabilidad. - Prácticas en empresas.
Empleo	- Dispositivos de Inserción Laboral. - Unidades de promoción y desarrollo. - Agentes de empleo. - Programas especiales de empleo. - Empresas de Inserción.

ÁREA	RECURSOS / PROGRAMAS
Vivienda	<ul style="list-style-type: none"> - Pisos de Inserción. - Programas de acceso o mantenimiento de vivienda.
Vinculación y Apoyo SocioFamiliar	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de Día. - ONGs de apoyo al drogodependiente y sus familias. - Asociaciones de familiares de drogodependientes. - Asociaciones culturales, deportivas, etc.
Jurídico-Social	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades de Apoyo Jurídico al drogodependiente. - Servicios jurídicos normalizados.
Atención a colectivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Centros de Inserción Social Penitenciaria. - Servicios de Salud Mental. - Programas de Atención a Personas en Prostitución. - Programas de Atención a Inmigrantes y Minorías Étnicas.

Existe una serie de dispositivos, formales e informales, que ofrecen una cartera de servicios más o menos amplia, encuadrados en las líneas estratégicas de los planes, destinados a atender la multidimensionalidad del proceso de incorporación: establecer contacto y motivar el acercamiento a la red con personas desvinculadas de los servicios asistenciales, satisfacer las necesidades básicas e inmediatas derivadas de la situación de exclusión, diseñar y supervisar los proyectos de itinerarios personalizados de recuperación personal, social y laboral, ofrecer apoyo a las familias, establecer puentes entre personas afectadas y el medio laboral, etc. En este sentido es importante aprovechar sinergias entre administraciones, instituciones, profesionales, asociaciones y la comunidad, para promover mejoras, no duplicar acciones y trabajar por la normalización en la incorporación de las personas drogodependientes en los recursos destinados a la población general (Tabla 12.3).

5.3. Programas y acciones para la incorporación social de drogodependientes

5.3.1. Programas de captación activa e intervención en medio abierto

La labor realizada desde los programas de captación activa e intervención en medio abierto, está orientada hacia aquellos drogodependientes que no pueden superar su adicción y que han ido desarrollando un funcionamiento al margen de la red asistencial y social normalizada. Este proceso de desestructuración personal y social ha ido situando a estas personas en condiciones de exclusión que van incidiendo en un progresivo deterioro físico y psicológico de su persona. Por este motivo, además de proporcionar asistencia, las intervenciones realizadas desde este tipo de programas pretenden motivar al drogodependiente a acercarse hacia la red asistencial y a demandar cualquier tipo de atención como mecanismo para la toma de contacto, y posible

enganche, hacia el tratamiento y la atención integral de su problemática. En ocasiones, el trabajo motivacional no es suficiente como para facilitar el acceso de las personas a la red, por lo que el acompañamiento se postula como un mecanismo adecuado y complementario a la derivación.

El acompañamiento se centra en la persona y no en el consumo, permitiendo adaptar el itinerario de integración al ritmo de los procesos de cambio de la propia persona. Por tanto, no todo momento es adecuado para intentar un acompañamiento. Para que se produzca un proceso de cambio que demande acompañamiento, es preciso que se den al menos tres elementos por parte del drogodependiente (Caballol y Morales, 2003): 1) reconocimiento de la necesidad de cambio; 2) visualización de la alternativa (aunque luego ésta se modifique o desaparezca); y 3) capacidades personales y elementos de apoyo para iniciar el proceso de cambio.

El acompañamiento de un usuario por parte de un profesional actúa, pues, como un elemento central del proceso de cambio durante la etapa de acción del *Modelo Transteórico del Cambio* de Prochaska y DiClemente (1982), que determina la intención del usuario de avanzar hacia su integración dentro de la red asistencial normalizada. A través del acompañamiento se facilita que el profesional pueda trabajar la motivación de la persona por incorporarse a los distintos recursos, guiarle en su utilización y adaptación a las características funcionales de los mismos, así como ayudarle en la superación de los posibles obstáculos que encuentre desarrollando conjuntamente estrategias y habilidades para resolverlos.

5.3.2. Medidas de apoyo económico

Las medidas de apoyo económico son medidas de protección social para hacer frente a gastos de necesidades básicas (alimentación, vivienda, etc.). Estas medidas van desde las pensiones y subsidios no contributivos y asistenciales, a las ayudas más puntuales, como las becas de comedor o a las medidas de protección más propias de la exclusión, como las Rentas Mínimas de Inserción (RMI). Garantizar estos recursos económicos mínimos resulta clave, tanto para mejorar la situación de las personas más desfavorecidas, como para prevenir futuras situaciones de exclusión social.

La percepción de estas ayudas económicas lleva aparejado el apoyo personal y la atención individualizada por parte de los Servicios Sociales o de servicios específicos, así como el compromiso por parte del receptor de respetar el destino de la ayuda a la finalidad para la que ha sido otorgada, y participar en las actividades definidas como necesarias para su inserción social, tales como:

- La inscripción, en su caso, como demandante de empleo.
- La participación en cursos de educación, formación o reciclaje y cualificación profesional.
- La realización de actividades específicas de búsqueda de empleo.

- Permitir y facilitar la evaluación de su situación y la comprobación de la aplicación de la ayuda a la finalidad para la que se concedió.

5.3.3. *Programas de apoyo residencial*

Los programas de apoyo residencial se establecen como mecanismos terapéuticos de apoyo para disminuir las patologías relacionadas con el modo de vida derivado de la interacción entre consumo de drogas y exclusión social. Es decir, para evitar o poner freno a los procesos de deterioro físico y mental de algunos drogodependientes que se hallan en situación de exclusión. Así mismo, estos programas suelen implementar talleres de educación para la salud y autonomía personal.

5.3.4. *Programas de autonomía personal*

Como ya hemos indicado con anterioridad, en el proceso de vulnerabilidad y exclusión intervienen factores externos a la persona y acontecimientos vitales que le exigen echar mano del repertorio de capacidades y competencias de que dispone para superarlas. Dependiendo de los recursos psicológicos, físicos y sociales de que disponga, las posibilidades de afrontamiento serán mayores o menores. Se ha visto que aquellas personas que tienen una peor autoeficacia, con más tiempo libre empleado en actividades relacionadas con la sustancia, solteras y con ingresos más bajos, tenían más probabilidades de recaer en el alcohol y, algo semejante, ocurría con otras drogas (Walton, Blow, Bingham y Chermack, 2003).

Los programas de autonomía personal pretenden, a través de la promoción y fortalecimiento de dichos recursos, aumentar las capacidades y el desempeño de la persona frente a situaciones generadoras de vulnerabilidad y exclusión, a través de dos líneas de acción preferentes: 1) actuaciones que faciliten los aprendizajes necesarios para favorecer el nivel de independencia social suficiente que les permita acceder a los recursos normalizados; y, 2) promoción de actividades orientadas a la incorporación y permanencia en el entorno familiar, social y laboral próximo.

Para ello, algunas de las acciones contempladas son: 1) pautas y entrenamiento de comportamiento socialmente efectivo, 2) pautas y entrenamiento para la convivencia familiar, 3) pautas y entrenamiento para la adaptación social en el medio laboral, 4) pautas y entrenamiento para el control de los impulsos, 5) pautas y entrenamiento para la resolución de conflictos, 6) pautas para la prevención de recaídas, 7) pautas para el manejo de situaciones de desánimo, 8) pautas para el mantenimiento del equilibrio psicológico, 9) pautas para la clarificación de metas, 10) educación para la salud (pautas para la prevención y el autocuidado en aspectos de salud) y 11) formación psico-afectiva y afectivo-sexual.

Así mismo, se complementa esta oferta formativa con servicios de orientación y apoyo, tales como counselling, trabajo motivacional, intervención en situaciones difíciles y de crisis (frustración, síntomas depresivos, de agotamiento emocional, cuadros de ansiedad, etc.),

gestión de las emociones, entre otros servicios que puedan considerarse beneficiosos para el desempeño personal.

5.3.5. Programas de formación

La educación adquiere un papel de especial relevancia como factor de vulnerabilidad, ya que su función es otorgar competencias que faciliten la adaptación y desarrollo personal, social y laboral de las personas. Una deficiente formación podría tener repercusiones en la trayectoria de vida de las personas. En el caso de drogodependientes con perfil de vulnerabilidad o exclusión, es frecuente encontrar un bajo nivel formativo. Diversos países europeos han informado al EMCDDA de que la relación entre consumidores problemáticos de drogas y mercado de trabajo es mala (Kavounidi, 1996; Stauffacher, 1998; Uunk y Vrooman, 2001). Por tal motivo, el EMCDDA (2003) señala que las intervenciones destinadas a mejorar las capacidades formativas, técnicas o prácticas de las personas drogodependientes mejorarían las oportunidades de éstas en el mercado laboral.

En el diseño e implementación de esta formación hay que considerar que las acciones estén orientadas a la integración de la persona en su medio social, pues existen casos en los que la formación que se oferta no es susceptible de verse rentabilizada en el medio donde se pretende incorporar a la persona. Este hecho implica haber destinado unos recursos de manera ineficiente, pero sobre todo, puede generar sentimientos de incapacidad y frustración en la persona que influirán en su motivación, llegando incluso a mostrarse escépticos o renuentes a los servicios de incorporación. Por eso es muy conveniente establecer líneas de coordinación y sinergias entre los distintos dispositivos implicados en la formación y los implicados en la inserción social y laboral. Se ha de tener, de manera constante y actualizada, información sobre la realidad social y laboral en que se pretende realizar la incorporación para que las acciones formativas estén orientadas hacia posibilidades reales, objetivas.

Entre los programas o acciones formativas más frecuentes en esta área podemos referir tres tipos: 1) los destinados a la consecución de certificados o títulos académicos de la educación reglada (graduación en ESO, FP, Universidad); 2) cursos y ofertas formativas de la educación no reglada (idiomas, autoescuela, etc.) y de aprovechamiento del tiempo libre (talleres ocupacionales); y 3) los que contemplan una oferta formativa orientada hacia la capacitación profesional y la empleabilidad (talleres profesionales, prácticas en empresas, etc.). Estos últimos, los programas de formación orientados a la incorporación laboral, están destinados especialmente a drogodependientes en tratamiento, o que ya han superado su adicción, y contemplan la adquisición o mejora de habilidades y hábitos sociales y laborales normalizados, técnicas de búsqueda de empleo y habilidades y conocimientos para aumentar la empleabilidad. Se considera que este tipo de formación es un paso previo y necesario a las acciones destinadas a la incorporación al empleo.

5.3.6. Programas de inserción laboral

La inserción laboral consiste en ofrecer orientación, asesoramiento y acompañamiento a personas que están en situación de exclusión social y laboral, con el objetivo de facilitar su acceso al empleo y, a través de su incorporación al mercado laboral, favorecer distintas áreas de la incorporación social, como puedan ser el acceso a la vivienda, la cobertura de necesidades básicas, el acceso a relaciones sociales en ambientes normalizados, etc.

El desempleo en general, y en especial el de larga duración, provoca la privación de bienes y servicios esenciales, a la vez que un deterioro de las capacidades formativas y profesionales previas, actuando de este modo como factor de vulnerabilidad y exclusión que merma las capacidades cognitivas, las expectativas, la motivación y la autonomía de las personas. Se ha observado que cuando la drogodependencia va acompañada de precariedad o ausencia de empleo, en los procesos de orientación laboral a personas con problemas graves de dependencia, esta orientación obtiene resultados muy pobres, pues estas personas suelen presentar unas deficiencias muy importantes (Kemps y Neale, 2005). Cuando se ha comparado la situación laboral entre heroinómanos en activo con empleo a tiempo completo y heroinómanos parados, se ha constatado como estos últimos tenían menos capital social y humano y presentaban, además, un mayor abuso de drogas (Koo, Chitwood y Sánchez, 2007). En un estudio de seguimiento a 6 meses, aquellos pacientes que tenían empleo experimentaban más cambios positivos en su vida que los desempleados, concretamente en su situación psiquiátrica, situación legal y consumo de drogas (Sterling, Gottheil, Glassman, Winstein, Serota y Lunday, 2001).

En definitiva, el hecho de tener un trabajo remunerado que garantice unos ingresos y el acceso a los recursos básicos, permite a la persona una autonomía a partir de la cual afrontar mejor la afectación que presenta en otras áreas. Además, el desempeño laboral implica la integración y desenvolvimiento en espacios de relación social, lo que puede potenciar y reforzar la integración de la persona. En este sentido, Fernández-Montalvo y Echeburúa, (1998) indican que la realización de un trabajo es la condición para integrarse en el medio sociocultural, para ser aceptado por los demás y para conseguir la independencia económica que posibilite la libertad personal.

La inserción laboral contempla itinerarios personalizados, sistemas de formación profesional, talleres de aumento de la empleabilidad, medidas de acción positiva hacia este colectivo para facilitar el acceso al empleo, como pueden ser las contrataciones de inserción donde se prestan ayudas económicas a las empresas que contratan a estas personas, la reforma del sistema de bonificaciones o pago de cuotas a la Seguridad Social, apoyo a la creación de servicios específicos de orientación y apoyo en la búsqueda de empleo, centros especiales de empleo y empresas de inserción socio-laboral, etc.

Para articular de manera coherente y atender a los principios de complementariedad e integralidad, las acciones destinadas a la inserción laboral se agrupan y estructuran a través de

los denominados itinerarios de inserción laboral. Estos Itinerarios parten de una evaluación inicial de las necesidades y capacidades de la persona, así como de la disponibilidad de recursos y programas de inserción laboral existentes en su entorno que puedan satisfacer, a través de sus acciones, los objetivos que se contemplan en el diseño del Itinerario. Consisten en un acompañamiento personalizado que incluye actividades de información, orientación, formación, seguimiento y evaluación, así como prestación de servicios para el empleo, con el objetivo de que la persona recupere y fortalezca unos hábitos laborales indispensables para su integración y mantenimiento en el mercado laboral. Los objetivos del itinerario de inserción laboral se establecen conjuntamente entre la persona y el agente de empleo, de tal modo que el itinerario se diseña e implementa teniendo en cuenta la opinión del beneficiario, adaptándose a sus necesidades y a su ritmo, y apoyándole con medidas específicas ante las dificultades o limitaciones que éste tenga. Estos objetivos deben estar escalonados de modo que se ajusten a la idea de la inserción como proceso. Son, además, susceptibles de ser reformulados en función del desarrollo del Itinerario, o ante variaciones contextuales que así lo sugieran.

Así mismo, los programas de inserción laboral, deben contemplar estructuras puente, en colaboración con los distintos agentes sociales, hacia el mercado de trabajo normalizado. Estas estructuras puente pueden ser los centros especiales de empleo o empresas de inserción. Se trata de organizaciones sociales que desarrollan actividades productivas con funcionamiento empresarial. Tienen como principal objetivo la inserción laboral de personas en situación de exclusión (desempleados de larga duración, personas con adicciones, personas privadas de libertad, etc.). Las características que definen una empresa de inserción son su objeto social, el tipo de colectivo con el que trabaja, y el compromiso de acompañamiento personalizado (itinerario de inserción) a las personas que atiende.

5.3.7. Programas de acceso o mantenimiento de vivienda

Determinadas exclusiones en el ámbito de la vivienda pueden ser generadoras de exclusión en otros aspectos o ámbitos de la vida de las personas (Subirats, 2005). Por ejemplo, estudios realizados en Irlanda (Hickey, 2002) muestran que un 79% de las expresidarias y un 76% de los expresidarios manifestaron que encontrar una vivienda adecuada era su principal problema y la causa de su exclusión social. Así mismo, el aseo y la higiene, la vestimenta, la dieta, el descanso y el sueño, son acciones cotidianas y esenciales que se circunscriben a la disposición de una vivienda y, ante su carencia, estos aspectos se ven descuidados, precarizados o desatendidos. Si consideramos su relevancia en la interacción social, en la búsqueda de empleo o en el desempeño laboral, incluso en la autopercepción que de sí mismas desarrollan las personas que se ven privadas de ello, es incuestionable la importancia que adquiere la disposición de una vivienda en los procesos de inserción social y laboral. Además, hay que tener en cuenta que el deterioro biopsicosocial derivado de la situación de vivir en la calle, en combinación con el derivado del consumo, genera una paulatina desestructuración de los hábitos de cuidado e

higiene. Por eso, una vivienda es un elemento esencial para recuperar y consolidar todos esos hábitos que, en definitiva, influyen sobre la autopercepción de la persona y sobre la percepción social que de ella se tiene, facilitando la aparición de estigmas y prejuicios que dificultan su inserción social y laboral.

Entre las medidas para el acceso o mantenimiento de la vivienda, se contemplan las prestaciones económicas destinadas para tal fin, la información y facilitación de viviendas de alquiler de renta baja, programas de mediación y acompañamiento social, información y asesoramiento para el acceso a la vivienda, incrementar tanto el número como la tipología de viviendas protegidas o los pisos de inserción que proporcionan alojamiento temporal. La oferta de vivienda puede ser una intervención por sí misma, que permite introducir cierta estabilidad en el proceso de incorporación social y laboral de la persona, pero a menudo va complementada de asistencia psicosocial y cierto nivel de supervisión dentro de un planteamiento integral. Por ejemplo, en Bélgica, *Habitations Protégées* ofrece tanto alojamiento como asistencia psiquiátrica (EMCDDA, 2003).

5.3.8. Programas de vinculación y apoyo sociofamiliar

El aislamiento social y/o familiar tiene consecuencias tanto psicológicas como materiales que pueden colocar a quienes lo padecen en una situación de vulnerabilidad extrema, desplazándolos rápidamente hacia el terreno de la exclusión (Subirats, 2005). Así, tanto la familia como los vínculos comunitarios ejercen de soporte frente a las situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad; mientras que la escasez de contacto interpersonal, de espacios para este contacto y una escasa red de amistades, puede conllevar un aislamiento relacional.

En el caso de los drogodependientes, las redes sociales de proximidad suelen estar bastante afectadas. Durante el periodo de consumo activo se prioriza la interacción social, aunque no totalmente, con personas que también son consumidoras de drogas o se mueven en espacios de consumo, que suelen ser también espacios generadores de exclusión. Por tal motivo, la creación de espacios de inclusión y de participación activa para las personas drogodependientes es esencial para su integración social. Es conveniente que dichos espacios no sean segregadores, es decir, que no sean preferentemente para drogodependientes, exdrogodependientes o personas en situación de exclusión, sino que sean espacios abiertos a población general que favorezcan relaciones heterogéneas y una integración normalizadora. Para promover y facilitar este proceso integrador, es preciso trabajar con la propia red social, y no sólo con la persona drogodependiente, para dotar a esta red de elementos que permitan a sus miembros desarrollar actitudes y comportamientos que favorezcan la integración y disminuyan los prejuicios, al tiempo que se les ofrezca orientación y apoyo para superar el desgaste emocional y social que supone convivir con esta problemática.

La familia es una pieza estratégica esencial en el proceso de incorporación social, tanto por el apoyo en la cobertura de necesidades básicas como por el apoyo afectivo que ofrece a la persona afectada. Papel similar, aunque en menor medida, cumple la red social próxima. Es por esto que ambas, pero especialmente la familia, tienen que disponer de formación o pautas para actuar convenientemente en el proceso de incorporación. Y porque el rol de cuidador implica un desgaste físico, pero sobre todo emocional, que conviene prevenir a través del fortalecimiento de la propia red social y el desarrollo de estrategias y competencias de afrontamiento y gestión emocional. Al tiempo que se consideran medidas de apoyo excepcionales para cuando sea necesario, por ejemplo cuando la familia necesita una atención terapéutica para reorganizar el sistema a través del cambio conductual de sus miembros.

La drogodependencia de un miembro de la familia suele vivirse con una elevada carga emocional, afectando a la salud psicológica y física de algunos de sus miembros. Esto llega incluso a provocar disfunciones en sus relaciones sociales como consecuencia de la merma de autoestima, los sentimientos de vergüenza y culpa, de indefensión, depresión u otras consecuencias. Por eso atender a la familia es tan importante como atender al drogodependiente. Primeramente, porque restituir en sus miembros unos niveles óptimos de salud y funcionalidad, es una responsabilidad social y sanitaria, además de que con ello disminuimos la posible vulnerabilidad que puedan estar desarrollando como consecuencia de la vivencia de este suceso vital estresante. Respecto al proceso de incorporación del miembro drogodependiente, disponer de una familia funcional va a ser uno de los apoyos más importantes, y sobre todo duraderos, de que podrá disponerse durante el proceso de inserción y después de éste. En muchas ocasiones, la integración de la persona drogodependiente y su mantenimiento en un proceso terapéutico está directamente relacionada con la actitud e implicación familiar en el mismo.

Por tanto, ha de realizarse un trabajo de recuperación y fortalecimiento de estas relaciones, siempre y cuando se consideren beneficiosas para el sujeto y su proceso de inserción. En ocasiones estas relaciones están deterioradas como consecuencia, no de los actos del sujeto, sino de conductas y actitudes de la propia familia, o de algún miembro significado de ésta, hacia el sujeto, como puede ser el caso del maltrato físico o psicológico.

Algunas de las medidas que podemos adoptar de apoyo sociofamiliar son:

1. El asesoramiento y formación a las familias, dotándolas de conocimientos y aptitudes necesarias que ayuden al fomento de la autonomía de la persona drogodependiente y de cada uno de los miembros del núcleo familiar, y a mejorar las dinámicas de relación dentro de la familia.
2. Potenciar programas de orientación y mediación familiar y puntos de encuentro; facilitar intervenciones terapéuticas, de carácter individual o grupal, que fomenten su autoestima y asertividad, la descarga emocional y gestión de las emociones negativas, la

desculpabilización y la asunción del derecho a una vida propia que no se vea supeditada a la resolución del problema.

3. Sensibilizar a la comunidad con medidas de información y visibilización de la problemática de vulnerabilidad y exclusión de una parte de los consumidores de drogas.
4. Implementar programas comunitarios que desarrollen acciones en las áreas relacional, socioeducativa y formativo-laboral, donde los drogodependientes y sus familias puedan participar activamente.

5.3.9. Programas de atención jurídico-social

La regularización de la situación jurídica de las personas drogodependientes, así como las actuaciones que favorecen la adopción de medidas alternativas al cumplimiento de penas de prisión, disminuyen los factores de vulnerabilidad y favorecen el proceso de incorporación social.

Estas actuaciones consisten, mayoritariamente, en: el asesoramiento de jueces y fiscales; la localización y revisión de diligencias y expedientes; la identificación de los abogados asignados de oficio y entrevistas con éstos para establecer la defensa; la elaboración de informes psicosociales y clínicos; apoyo y asistencia a los juicios; coordinación con personas o entidades que tengan relación con el drogodependiente, tales como centros de tratamiento o inserción, centros penitenciarios, etc.

5.3.10. Programas de atención a colectivos específicos

5.3.10.1. Programas de atención a personas privadas de libertad

Las personas que pasan por prisión tienen más dificultades para encontrar vivienda (Hickey, 2002) y un empleo. Si además son drogodependientes, entonces ambas cosas se complican aún más. La inclusión de estrategias orientadas al empleo en programas de tratamiento de drogas en prisión pueden mejorar los resultados de obtención de empleo por esta población (O'Connell, Enew, Martin y Inciardi, 2007) y, en consecuencia, el acceso a una vivienda a través de los ingresos económicos que éste les reporte. Estas estrategias consisten en: desarrollar programas de inserción socio-laboral dirigidos a internos en tercer grado y en libertad condicional; establecer con las administraciones y empresas públicas y privadas contrataciones de inserción laboral para internos de tercer grado y en libertad condicional; propiciar plazas de acogida para personas en tercer grado que no tengan acogida familiar; y, colaboración con las administraciones y las ONGs para desarrollar programas para el cumplimiento de medidas alternativas a la prisión.

5.3.10.2. Programas de atención a personas con patología dual

Lo cierto es que no existen apenas programas que atiendan de manera integral la patología dual, sino que más bien consisten en protocolos de coordinación entre los dispositivos de Salud Mental y Drogodependencias, con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes con patología dual, mejorar su implicación y adherencia terapéutica, minimizar las consecuencias de ambas enfermedades y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida. Así mismo, establecen también colaboraciones con otros dispositivos sociosanitarios de apoyo (Unidades de

Hospitalización breve, Unidades de media estancia, Unidades móviles de reducción del daño, Asociaciones de atención al drogodependiente y sus familias, Centros de día, pisos de inserción, Comunidades Terapéuticas, Unidades de desintoxicación hospitalaria y Unidades de alcoholismo) para promover y facilitar la rehabilitación y los procesos de inserción social y laboral, así como facilitar el apoyo y asistencia a las familias.

Sin embargo, en la práctica existe un grupo de pacientes con patología dual que transitan de unos dispositivos a otros buscando una atención integral que nunca encuentran, dado que la coordinación entre dispositivos no implica necesariamente una atención integral, y lo que la persona halla es una atención a su problemática de consumo en los dispositivos de Drogodependencias, una atención a su problemática mental en los Servicios de Salud Mental, y para el resto de problemáticas acude al circuito de recursos que las atienden. Esta parcelación de la atención es, en gran medida, restrictiva para el acceso pero, sobre todo, para la adherencia a los recursos y, por supuesto, no posee un carácter integral, máxime cuando estamos hablando de una población cuyas problemáticas, la drogodependencia y el trastorno mental, limitan su autonomía considerablemente. Y no digamos en aquellos casos en los que además hay presente una situación de exclusión social, hecho nada inusual dada la acumulación de factores de vulnerabilidad y riesgo.

5.3.10.3. Programas de atención a personas en prostitución

La intervención con personas drogodependientes que están en prostitución se desarrolla a través de:

- *Programas de captación activa e intervención en medio abierto* con dispositivos móviles que se desplazan a las zonas de ejercicio de la prostitución, donde se facilita material preventivo y folletos informativos, se ofrece asesoramiento y se informa de los servicios de otros dispositivos y programas, así como de las posibilidades de derivación.
- *Espacios de encuentro y acogida* a donde acuden estas personas en busca de atención, descanso y asesoramiento, material preventivo y establecimiento de relaciones sociales de apoyo, en donde se les ofertan actividades de Educación para la Salud, talleres de empoderamiento, formación como agentes para programas de pares, entre otros servicios.

5.3.10.4. Programas de atención a inmigrantes y minorías étnicas

Este tipo de programas realizan acciones de orientación y derivación a los servicios normalizados de la red asistencial, facilitando en muchos casos acompañamiento y mediación, e implementan algunas de las actuaciones referidas anteriormente sobre Educación para la Salud o acciones formativas para el empleo, atendiendo en todas estas intervenciones a la especificidad cultural y social del grupo social al que pertenecen.

6. PROGRAMA DE INCORPORACIÓN PERSONALIZADO (PIP)

El Programa de Incorporación Personalizado es una propuesta metodológica para una mejor estructuración y coherencia de las acciones contempladas en los procesos personalizados de incorporación social. Puede ponerse en marcha desde el área social de distintos dispositivos de la red de atención a drogodependientes, especialmente de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias, Unidades de Día y Comunidades Terapéuticas. A través de la figura referente de un tutor, se analiza conjuntamente con la persona drogodependiente cuáles son las posibilidades existentes para establecer un proyecto de inserción diseñando un itinerario social, formativo, laboral y/o judicial, acorde a sus necesidades, contemplando medidas de apoyo para el desarrollo de sus capacidades y el uso efectivo de recursos, preferentemente normalizados, que le permitan alcanzar los objetivos contemplados.

Este proyecto de inserción, aunque tiene unos objetivos y unas actuaciones propias, delimitadas y diferenciadas respecto de las de los servicios sanitarios y de tratamiento, está coordinado con ellos y con el resto de servicios sociales, en busca de la complementariedad, la no duplicidad y la búsqueda de sinergias que favorezcan la atención integral de las problemáticas que presenta la persona, facilitando la transición y la coordinación de la atención ofrecida a la persona en los distintos recursos específicos y generales, promoviendo un papel activo de los recursos normalizados en la inserción de las personas con problemas de drogas.

En el diseño del proyecto de inserción, se parte de la realización de un diagnóstico social consistente en la compilación de una serie de datos significativos socialmente (Tabla 12.4) sobre los que fundamentar la intervención social. A continuación, se establecen y operativizan los objetivos (Tabla 12.5) que se desprenden del diagnóstico en actuaciones concretas. Éstas se enmarcarán de manera gradual, coherente y temporizada en un itinerario de inserción (Portela, 2002).

Tabla 12.4. Datos significativos para la realización del diagnóstico social.

Recursos personales	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste y madurez de la personalidad. - Habilidades sociales y nivel de autoestima. - Capacidad de responsabilización y de autocontrol. - Flexibilidad para entender y asumir encuadres normativos. - Capacidad de introspección, de abordaje de problemáticas y conflictos propios. - Afectividad. - Creatividad.
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> - Éxitos y fracasos de intervenciones anteriores.

Situación actual	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos cotidianos. - Consumo de drogas. - Autonomía.
Recursos socioeconómicos y autonomía económica	<ul style="list-style-type: none"> - Ingresos suficientes para la cobertura de necesidades. - Situación de desempleo o empleo normalizado. - Empleo precario. - Mendicidad. - Cargas familiares. - Economía sumergida. - Vivienda.
Recursos formativos y capacidad laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel educativo. - Formación laboral. - Especialización y experiencia laboral. - Hábitos laborales. - Motivación y habilidades personales para la búsqueda de empleo. - Motivación para la incorporación laboral a corto plazo.
Indicadores básicos para medir la actitud frente al empleo	<ul style="list-style-type: none"> - Interés por trabajar, por buscar empleo (predisposición, disponibilidad, actividad). - Valor que se le concede al trabajo. - Comportamiento según las normas sociales (aspecto físico, disciplina, tolerancia). - Opinión sobre sí mismo (autoestima). - Interés por aprender (predisposición, realización de actividades).
Red familiar de soporte	<ul style="list-style-type: none"> - Roles, comunicación y límites familiares. - Aspectos afectivos, relacionales y de apoyo material.
Red social de soporte	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y análisis de los sistemas de apoyo en la comunidad: conocimiento de recursos, participación social, ocio y tiempo libre, amistades, vecindario.
Capacidad física y salud	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de salud. - Problemática de drogodependencias. - Problemática psiquiátrica. - Hábitos saludables.
Problemática judicial	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos judiciales pendientes.
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Participación, responsabilidad, compromiso, expectativas.

Fuente: Adaptado de Portela (2002).

Tabla 12.5. Listado de objetivos de un Proyecto de Inserción, según nivel de exigencia.

1. Fomentar el contacto con el ámbito sanitario-terapéutico.
2. Promover hábitos que permiten prevenir enfermedades.
3. Promover el abandono de actividades delictivas.
4. Mejorar las vinculaciones y relaciones familiares.
5. Hacer creíble la propia inserción social.
6. Estimular, animar el contacto con redes sociales y de salud.
7. Cubrir necesidades básicas: alojamiento, manutención, etc.
8. Asesorar sobre un mejor abordaje de la problemática legal.
9. Evitar actitudes autoexcluyentes.
10. Proponer la mejora de habilidades personales.
11. Cuestionar o reducir la identidad y autoimagen arraigada de drogodependiente.
12. Proyectar, con el apoyo del tutor, un itinerario de inserción.
13. Promover la incorporación de hábitos positivos y saludables.
14. Aumentar la responsabilidad y capacidad de decisión.
15. Facilitar el conocimiento de las propias potencialidades y conductas.
16. Fomentar la utilización y accesibilidad a recursos comunitarios.
17. Facilitar la integración en el medio, a través de la inclusión en grupos normalizados.
18. Conseguir una red de relaciones sociales y familiares adecuadas.
19. Elevar la formación académica.
20. Aumentar y disfrutar de actividades de ocio y tiempo libre.
21. Fomentar habilidades y conocimientos para la incorporación en el mercado laboral.
22. Capacitar profesionalmente para desempeñar una actividad laboral remunerada.
23. Promover la consecución de un empleo.

Fuente: Adaptado de Portela (2002).

Estas acciones de incorporación social contempladas en el Itinerario de Inserción, se estructuran o catalogan sobre las áreas principales contempladas en la Tabla 12.3: acceso a la red, cobertura de necesidades básicas, tratamiento, apoyo residencial, autonomía personal, formación, empleo, vivienda, vinculación y apoyo sociofamiliar, jurídico-social y atención a colectivos específicos. De tal modo que los itinerarios pueden ser muy específicos y centrados en unas determinadas áreas o más diversificados abarcando varias.

En el momento de definir el tipo de recurso o programa idóneo para la facilitación de las acciones de incorporación social contempladas en el itinerario de inserción, Portela (2002)

indica que hay que tener en cuenta algunos aspectos centrales que pueden determinar la inclusión en determinados programas específicos para colectivos concretos: edad, sexo, invalidez, patología psiquiátrica, problemática judicial, inmigración, etc. Para este autor, cada tipología es preferentemente candidata a un determinado tipo de recursos o programas, por ejemplo:

- Programas de alto nivel de exigencia: programa Labora, prácticas en empresas, autoempleo, formación permanente.
- Recursos para personas con algún tipo de dificultad: talleres de empleo, ayudas a la contratación, formación en búsqueda de empleo.
- Medidas para personas con dificultades graves: prestaciones económicas (PNC, rentas de inserción), talleres protegidos, recursos residenciales.
- Medidas para personas con problemática judicial: cumplimientos alternativos, beneficios penales, etc.

A partir de la elección de los recursos más idóneos, hay que tener en cuenta la disposición de medidas de intermediación o enlace con éstos, establecer medidas de acompañamiento y tutorización para facilitar y apoyar a la persona en la aplicación del itinerario de inserción, establecer una buena coordinación con los diferentes agentes sociales o recursos implicados en los procesos de incorporación, orientar a la familia y/o al entorno próximo de la persona; y, finalmente, realizar el seguimiento, evaluación y reformulación del PIP, teniendo en cuenta que un proyecto de inserción es un proceso dinámico y multifactorial.

7. CONSIDERACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIOLABORAL

Existen factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al consumo de drogas y a la exclusión que muestran una especificidad de género. Por ejemplo, algunos factores de vulnerabilidad que afectan en mayor grado al desarrollo de la adicción en la mujer son:

- Alta incidencia de malos tratos y abusos sexuales dentro y fuera del núcleo familiar.
- El comienzo del consumo suele tener lugar prevalentemente con la pareja, lo que genera una relación simbiótica de co-dependencia. Esta dependencia relacional es utilizada normalmente para que sea la mujer el medio de procurarse dinero para consumir los dos miembros de la pareja, siendo uno de los recursos más utilizados la prostitución, que constituye otro factor de vulnerabilidad y riesgo de exclusión.
- La mujer es presionada más severamente por parte de la familia para terminar cualquier tratamiento de deshabituación, internamiento, etc., con el fin de regresar a sus

obligaciones y/o responsabilidades en el ámbito del hogar (madre, esposa, pareja) lo más rápido posible.

Siendo esto así, es de entender que en los procesos de superación de la adicción y la exclusión, esas especificidades actuarán como hándicaps. Por ello, consideramos que las medidas de incorporación han de tener en consideración la perspectiva de género. Obviar este hecho merma la capacidad y potencialidad de las estrategias implementadas en las que esta diferenciación resulta significativa y, en consecuencia, actúa en detrimento de la calidad de la atención prestada.

Entre las propuestas que pueden establecerse en consideración a la perspectiva de género, para el desarrollo de programas y acciones de incorporación socio-laboral específicos para la mujer drogodependiente, consideramos de interés los siguientes:

1. Promoción de una red de información y asesoramiento específico que contribuya a favorecer la autonomía personal, el acceso a los recursos sociales y la participación en la vida comunitaria de las mujeres.
2. Desarrollo de estrategias para la prevención de situaciones de exclusión de las mujeres.
3. Ampliación de la red de centros de alojamiento temporal para mujeres con factores de vulnerabilidad y riesgo de exclusión.
4. Potenciar el acceso y uso de los recursos sociales del entorno próximo, especialmente en las mujeres más desfavorecidas por procesos de vulnerabilidad y exclusión.
5. Apoyo psicológico que contribuya a lograr la autoestima y autonomía personal.
6. Actuaciones encaminadas a la sensibilización de los profesionales cuyo trabajo tiene relación con mujeres en cuyas trayectorias de vida hay factores de vulnerabilidad y riesgo de exclusión.
7. Actuaciones de sensibilización a la opinión pública sobre la corresponsabilidad social en los fenómenos de exclusión de las mujeres.

8. REFERENCIAS

- Beattie, M., McDaniel, P. y Bond, J. (2006). Public sector managed care: A comparative evaluation of substance abuse treatment in three counties. *Addiction*, 101, 857-872.
- Bendit, R. y Stokes, D. (2004). Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable. *Revista de Estudios de Juventud*, 6, 116-120.
- Caballol, J. M. y Morales, M. (2003). El acompañamiento social de drogodependientes. *Adicciones*, 15 (Supl. 1), 26.

- Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. y Montanari, L. (2001). *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitativa sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna*. Bologna, Italia: Rapporto di ricerca.
- Castel, R. (2004). Encuadre de la Exclusión. En S. Karsz (Coord.), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.
- DrugScope (2000). *Vulnerable young people and drugs: Opportunities to tackle inequalities*. Londres: DrugScope.
- EMCDDA (2003). *Social exclusion and reintegration. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa: Autor. Disponible en http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37285_ES_sel2003_2-es.pdf.
- EMCDDA (2010). *Social reintegration in Europe today*. Danilo Ballotta, XII High Level Meeting of the EU/LAC Coordination and Cooperation mechanism on drugs, Madrid, 26-27 April. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu>.
- Escudero, J. M., González, M. T. y Martínez, B. (2009). El fracaso escolar como exclusión educativa: comprensión, políticas y prácticas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50, 41-64.
- Eurostat (2002). *Health statistics: Key data on health 2002*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia: cuando el trabajo se convierte en adicción. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 103-120.
- García, J. J. M., Collado, E. N., Gómez, J. L. G. y Arias, R. M. (2006). Subtypes of drug-addicts in treatment: Empirical support for a distinction between Type A and Type B. *Psicothema*, 18, 43-51.
- Hickey, C. (2002). *Crime and homelessness*. Dublin: Focus Ireland and PACE.
- Kavounidi, T. (1996) Social exclusion: Concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas. En H. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti y E. Fronimou (Eds.), *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (pp. 47-96). Atenas: EKKE.
- Kemps, P. A. y Neale, J. (2005). Employability and problems of drug users. *Critical Social Policy*, 25, 28-46.
- Koo, D. J., Chitwood, D. D. y Sánchez, J. (2007). Factors for employment: A case-control study of fully employed and unemployed heroin users. *Substance Use and Misuse*, 42, 1035-1054.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008). *Plan nacional de acción para la inclusión social del Reino de España. 2008-2010*. Madrid: Autor. Disponible en http://ie.juntaex.es/pdfs/Inclusion_Plan.pdf.
- NIDA (1999). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en investigaciones* (1ª Ed., en español). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: www.drugabuse.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html.

- O'Connell, D. J., Enev, T. N., Martin, S. S. e Inciardi, J. A. (2007). Working toward recovery: The interplay of past treatment and economic status in long-term outcomes for drug-involved offenders. *Substance Use and Misuse*, 42, 1089-1107.
- Oñorbe, J., Silvosa, G., Barrio, G. y Sanz, J. (2007). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESPID 2006)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Portela, M. (2002). *Programa de Incorporación Personalizado. Colección Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transteoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application and scrutiny*. Manila, Filipinas: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.
- Stauffacher, M. (1998). *Treated drug users in 22 European cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996*. Estrasburgo, Francia: Pampidou-Gruppe.
- Sterling, R. C., Gottheil, E., Glassman, S. D., Weinstein, S. P., Serota, R. D. y Lunday, A. (2001). Correlates of employment: A cohort study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 137-146.
- Stoever, H. (2001). *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Subirats, J. (Dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación La Caixa. Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/estudiossociales/vol16_es.html.
- Subirats, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Barcelona: Fundación BBVA e Institut d'Estudis Autonòmics, Generalitat de Catalunya.
- Tezanos, J. F. (1999). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis. En J. F. Tezanos (Ed.), *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales* (pp. 11-54). Madrid: Sistema.
- Tezanos, J. F. (2001). *La sociedad dividida. Estructuras de clase y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Tomas, B. (2001). Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen – Erfahrungen aus der Praxis. *Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?* (pp. 56-64). Viena: Verein Dialog.

- Uunk, W. J. G. y Vrooman, J. C. (2001). Sociale uitsluiting (pp. 139-161). En J. C. Vrooman, H. J. Dirven, R. Trimp y Pommer, R. (Eds.), *Armoedemonitor 2001*. Den Haag: SCP/CBS.
- Walton, M., Blow, F. C., Bingham, C. R. y Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 627-642.

CAPÍTULO 13

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES A NIVEL ESCOLAR, FAMILIAR, COMUNITARIO, LABORAL Y OTRAS

1. INTRODUCCIÓN

Las consecuencias que acarrea el consumo de drogas y otras adicciones como el juego patológico, son de gran relevancia, tanto en la esfera individual, como sanitaria, familiar, económica y social. No hay ninguna duda de que la mejor solución para que los niños y adolescentes no se hagan adictos o tengan enfermedades físicas en el futuro por fumar cigarrillos, beber abusivamente alcohol, consumir cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, etc., es prevenir dicho consumo. La prevención de las drogodependencias ha tenido un avance enorme en los últimos años y por ello actualmente disponemos de principios empíricos sobre la misma (Becoña, 1999, 2002, 2006, 2007; Center for Substance Abuse Prevention, 1997; Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001; Plan Nacional sobre Drogas, 1996, 2000; Robertson, David y Rao, 2003; Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino y Lemma, 2008). El haber conseguido desmenuzar relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de las distintas sustancias psicoactivas, disponer de adecuados modelos teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre las razones más importantes, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos últimos años. Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias, sea de drogas legales o ilegales, aunque la mayoría de los programas preventivos se centran en exclusiva, o predominantemente, en el alcohol y en el tabaco. Entre dichos objetivos podemos listar los siguientes (Becoña, 2006):

1. Retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas. Hay sustancias, como el alcohol y el tabaco, que tienen una alta probabilidad de que los jóvenes lleguen a probarlas, pero

cuanto más se retrase dicha prueba menor probabilidad habrá de que consuman otro tipo de sustancias.

2. Limitar el número y tipo de drogas utilizadas. Una de las características que tiene el consumo de drogas en la actualidad, relacionado principalmente con el ocio nocturno, es el policonsumo de sustancias. Este aspecto tiene, con frecuencia, consecuencias más graves a nivel de salud.
3. Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y a la dependencia. Tal y como apuntábamos en el primer punto, es probable que el joven llegue a probar determinadas sustancias, pero debemos evitar que esa prueba se convierta en un consumo más problemático, como sería en el caso del abuso y aún más en el de la dependencia de sustancias.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas en aquellos jóvenes que ya consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia. En este caso ya no sería una prevención dirigida a toda la población (prevención universal), sino a los que empiezan a tener problemas derivados del consumo de drogas.
5. Educar a los individuos para que tengan una relación madura y responsable con las drogas. El alcohol es una sustancia que forma parte de nuestra cultura, por lo que el individuo debe aprender a convivir con ella, diferenciando entre un consumo maduro y responsable y un consumo dañino para la salud.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
7. Proporcionar alternativas saludables. Aunque no es la llave para solucionar todos los problemas relacionados con el consumo de drogas, que los jóvenes dispongan en su entorno sociocultural de alternativas al consumo de drogas, es fundamental para el desarrollo de una adecuada prevención.

El objetivo de la prevención no es que nadie consuma drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o que una parte importante de ellos no lleguen a consumir nunca drogas. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

Las principales razones para trabajar en el ámbito de la prevención de las drogodependencias son tres (Becoña, 2007):

1. Si los jóvenes no consumen tabaco, cannabis o beben abusivamente alcohol, evitaremos que en el futuro sean dependientes de esas sustancias.
2. Si las personas no consumen esas sustancias, evitaremos un número importante de enfermedades físicas que están relacionadas con dicho consumo (cáncer, problemas respiratorios, hepáticos, cardiovasculares, etc.) y reduciremos la probabilidad de que tengan algún trastorno mental. Actualmente, conocemos que el consumo de drogas está altamente relacionado con la presencia de determinados trastornos mentales (Becoña, 2003; Comisión Clínica, 2006; Grant et al., 2004).
3. Si prevenimos que los jóvenes consuman tabaco y alcohol, también estamos previniendo que consuman en el futuro otras drogas como cocaína, cannabis o drogas de diseño. Hoy en día sabemos que los jóvenes que consumen drogas ilegales han consumido previamente alcohol y tabaco (aunque no todos los que consumen alcohol y tabaco acaban consumiendo drogas ilegales). Así, de los estudios realizados (ver Becoña, 1999; Kandel, 2002; Kandel y Jessor, 2002; Sussman y Ames, 2008) podemos concluir que existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de otras sustancias como cocaína o heroína. Aunque existe relación, no se puede confundir relación (estadística) con causalidad, ya que también existen otras variables relacionadas con el consumo que deben ser tenidas en cuenta.

La prevención debe, por ello, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas, o el surgimiento de otras adicciones, como en mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas, centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

2. TIPOS DE PREVENCIÓN

Hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980): la prevención primaria, secundaria y terciaria. Eran equivalentes a prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). La prevención primaria se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la secundaria se orienta a que, si surge un problema con las drogas, se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor; y, la terciaria, se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

En los últimos años una nueva terminología se ha ido imponiendo. Es la que diferencia la prevención en tres tipos: universal, selectiva e indicada (Gordon, 1987). Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes, beneficiándolos a todos por igual. Los programas universales son más amplios, menos intensos y menos costosos que los otros dos tipos. Se incluirían aquí la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc. La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen mayor riesgo de ser consumidores que el promedio de los adolescentes. Se dirige a grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Tabla 13.1. Tipos de prevención según la conceptualización clásica y la más actual en drogodependencias.

Conceptualización	Tipo de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., chicos de 12 a 14 años de edad).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

3. PRINCIPIOS EFECTIVOS DE LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

A partir de los resultados obtenidos en las diversas investigaciones realizadas, desde el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) se han señalado cuáles son los principios que deben guiar la prevención en drogodependencias. En primer lugar, apuntan como conceptos clave los factores de riesgo y de protección. El objetivo es reducir los primeros e incrementar los segundos. La prevención debe abordar el consumo de todas las drogas y sus formas de abuso teniendo siempre en cuenta las características de la población objeto de la intervención.

También apuntan cuáles son los componentes que deben tener los programas preventivos comunitarios, familiares y escolares. Respecto a los principios a seguir en la implantación de los programas de prevención señalan que deben tener una continuidad en el tiempo. De nada sirve una intervención puntual en uno de los cursos de Educación Primaria, si en Educación Secundaria no se va a seguir abordando el tema. Además, desde la investigación se consideran más eficaces los programas preventivos basados en una metodología interactiva, junto con una mayor formación del profesorado en técnicas de manejo del alumnado que faciliten el refuerzo de aquellas conductas que son apropiadas en el ámbito escolar y que se consideran como factores de protección frente al consumo de drogas. Por último, destacar que los programas que están basados en la evidencia científica pueden llegar a ser coste-efectivos.

Los principios del NIDA los indicamos en la Tabla 13.2.

Tabla 13.2. Los principios de la prevención en drogodependencias del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA).

Factores de riesgo y protección

1. Los programas preventivos deberían ser diseñados para realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas preventivos deberían incluir todas las formas de abuso de drogas, solas o en combinación, incluyendo el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) en los menores de edad; el consumo de drogas ilegales (ej., marihuana o heroína); y el consumo inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (ej., inhalantes), medicamentos de prescripción, o medicamentos que se pueden comprar sin receta.
3. Los programas preventivos deberían dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, a los factores de riesgo que son modificables, y a fortalecer los factores de protección identificados.
4. Los programas preventivos deberían estar orientados a los riesgos específicos de una población o a las características de la audiencia, tales como edad, género y etnicidad para mejorar la efectividad de los programas.

Planificación de la prevención

Programas preventivos familiares

5. Los programas preventivos familiares deberán mejorar el apego familiar y las relaciones dentro de ella e incluirán habilidades de crianza; práctica en el desarrollo, discusión y cumplimiento de reglas familiares sobre el abuso de sustancias; e información y entrenamiento en educación sobre drogas.

El apego a la familia es el fundamento de las relaciones entre padres e hijos. El apego puede fortalecerse a través del entrenamiento en habilidades sobre el apoyo de los padres a sus hijos, comunicación padre-hijo e implicación parental.

6. Los programas preventivos pueden ser elaborados para intervenir tan tempranamente como en los niños de preescolar para centrarse en los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como la conducta agresiva, escasas habilidades sociales, y dificultades académicas.
7. Los programas preventivos para los niños de la escuela elemental deberían centrarse en mejorar el rendimiento académico y el aprendizaje socio-emocional para dirigirse a los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como la agresión temprana, el fracaso escolar y el abandono de la escuela. La educación debería centrarse en las siguientes habilidades: autocontrol, conocimiento de las emociones, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico, especialmente en lectura.
8. Los programas preventivos para los estudiantes de la escuela secundaria deberían incrementar el rendimiento académico y la competencia social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico; comunicación; relaciones con iguales; autoeficacia y asertividad; habilidades de resistencia a las drogas; reforzamiento de actitudes antidroga; y fortalecimiento de las afirmaciones personales contra el abuso de drogas.

Programas preventivos comunitarios

9. Los programas preventivos dirigidos a la población general en puntos claves de transición, como el paso a la escuela secundaria, pueden producir efectos beneficiosos incluso entre familias y niños de alto riesgo. Tales intervenciones no reducen simplemente el riesgo de esta población sino que promueven el apego a la escuela y a la comunidad.
10. Los programas preventivos comunitarios que combinan dos o más programas efectivos, tales como los programas basados en la familia y en la escuela, pueden ser más eficaces que la aplicación de uno solo de estos programas.
11. Los programas preventivos comunitarios que llegan a las poblaciones en múltiples lugares -por ejemplo, en escuelas, clubs, asociaciones y medios de comunicación de masas- son más eficaces cuando los mismos están presentes consistentemente, con mensajes para toda la comunidad en cada uno de esos lugares.

Implantación del programa preventivo

12. Cuando las comunidades adaptan programas para cubrir sus necesidades, normas de la comunidad, o requerimientos culturales diferentes, se deberían retener los elementos centrales de la intervención preventiva original basada en la investigación, que incluye:
 - Estructura (cómo fue organizado y estructurado el programa).
 - Contenido (la información, habilidades y estrategias del programa).
 - Implantación (cómo es adaptado, implementado y evaluado el programa).
13. Los programas preventivos deberían llevarse a cabo a largo plazo con intervenciones repetidas (ej., programas con sesiones de recuerdo) para reforzar los objetivos preventivos iniciales. La investigación muestra que los beneficios de los programas preventivos de la escuela primaria disminuyen sin programas de seguimiento en la escuela secundaria.
14. Los programas preventivos deberían incluir el entrenamiento de los profesores acerca de prácticas de buen manejo de las clases, tales como el apropiado refuerzo de la conducta de los estudiantes. Dichas técnicas ayudan a fomentar las conductas positivas de los estudiantes, el rendimiento, la motivación académica y el apego a la escuela.
15. Los programas preventivos son más efectivos cuando emplean técnicas interactivas, tales como grupos de discusión entre iguales y role-playing de los padres, que lleva a una implicación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en las habilidades de reforzamiento.
16. Los programas preventivos basados en la investigación pueden ser coste-efectivos. De modo similar a las investigaciones previas, la reciente investigación muestra que por cada dólar invertido en prevención se ahorran hasta 10 dólares en el tratamiento del abuso del alcohol o de otras sustancias.

Fuente: Robertson, David y Rao (2003).

4. COMPONENTES BÁSICOS DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Además de señalar cuáles son los principios efectivos dentro de la prevención de las drogodependencias, la investigación sobre los factores de riesgo y protección nos ha permitido conocer cuáles son los componentes básicos que deben tener los programas preventivos y que, por ello, debemos tener en consideración a la hora de diseñarlos (Becoña y Martín, 2004). Son los siguientes:

1. *Cognitivo*: es la información que se le facilita al alumno sobre las consecuencias del consumo de drogas, sus efectos y los datos reales de prevalencia del consumo.
2. *Autoimagen y autosuperación*: se basa en cómo el joven va formando una imagen de sí mismo y el desarrollo de un proyecto de autosuperación.
3. *Solución de problemas y toma de decisiones*: es el entrenamiento en las habilidades necesarias para abordar los problemas que se presentan a lo largo de la vida de una

forma eficaz. Además, se trabaja en el desarrollo de un pensamiento crítico y en la identificación de las distintas tácticas que se utilizan para influir sobre nuestras propias decisiones (ej., la publicidad y la presión de los medios de comunicación).

4. *Control emocional*: consiste en entrenar a los jóvenes en el control de la ansiedad y en el manejo de la ira. Consiste tanto en aprender a detectar el momento en el que hay un incremento de la ansiedad o de la ira, como en aprender distintas estrategias para afrontarlas (ej., relajación, ensayo mental, etc.).
5. *Entrenamiento en habilidades sociales*: se basa en el aprendizaje de habilidades generales para la vida (ej., habilidades de comunicación) y de habilidades específicas para el rechazo del consumo de drogas (ej., entrenamiento en asertividad).
6. *Alternativas de ocio saludable*: buscar alternativas de ocio y tiempo libre en donde no se consuman drogas.
7. *Tolerancia y cooperación*: se trabaja en el respeto y reconocimiento de las diferencias, junto con las ventajas del trabajo cooperativo dirigido a fomentar las actitudes prosociales.
8. *Intervención familiar*: se trabaja con las familias en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el establecimiento de normas y límites dentro del ámbito familiar.

Cuando ponemos en marcha un programa preventivo lo primero que tenemos que tener claro son los objetivos de los que partimos. A partir de ellos pondremos en marcha toda una serie de procedimientos o técnicas para conseguir con ellas unos resultados. Con más frecuencia de lo que parece, muchos programas se ponen en práctica sin tener en cuenta que hay que saber de qué objetivos partimos y qué es lo que esperamos conseguir con la aplicación del programa preventivo (Becoña y Martín, 2004).

Los principios para un programa preventivo de drogas son semejantes, o iguales, a los que se utilizan en otras conductas (ej., violencia, seguridad vial, salud bucodental, etc.). En distintas publicaciones (ej., Becoña, 2002, 2006; Becoña, Palomares y García, 1994; Centers for Disease Control and Prevention, 1994; Donaldson et al., 1996; Hansen, 1992; Orleans y Cummings, 1999; Sussman, 2002; Sussman y Ames, 2008; Sussman, Dent, Burton, Stacy y Flay, 1995; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke y Stackpole, 2000; U. S. D. H. H. S., 1994, 2000) pueden verse los principios más importantes para los programas preventivos del consumo de drogas. Éstos se basan en el modelo que conocemos con el nombre de *modelo de influencia social*, siendo el que ha proporcionado hasta el momento los mejores resultados en todo tipo de programas preventivos de drogas (Becoña, 2002). Dentro de este modelo se pueden considerar dos tipos de programas, los basados en el entrenamiento en habilidades de resistencia y los basados en el entrenamiento en habilidades sociales. Sin embargo, actualmente, se combinan estos dos tipos de entrenamiento en los programas para optimizar la eficacia de los mismos, junto con

otros que se venían utilizando desde hace décadas (ej., información). La idea que subyace es que tenemos que poner en práctica el mejor posible de los programas preventivos basado en lo que funciona (o lo que es lo mismo “la prevención basada en la evidencia”). A continuación describimos los principales componentes de los programas preventivos eficaces. (Becoña, 2006).

4.1. Información sobre las drogas y sus consecuencias

Hoy sabemos que “la información es necesaria pero no suficiente”. Aquellos programas informativos y de apelación al miedo que se pusieron en práctica hace varias décadas no conseguían que con dicha información las personas dejaran de consumir drogas (Caulkins, Pacula, Paddock y Chiesa, 2002). Pero, aunque es cierto esto, también lo es que tenemos que proporcionar en cualquier programa preventivo cierta cantidad de información sobre la sustancia, sus efectos y sus consecuencias. La información tiene que ser objetiva, organizada al nivel de comprensión para las edades a las que va dirigida y, cuando ello es posible, acompañada de una buena didáctica, ejercicios interesantes, etc. (Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás, 1992).

El tipo de información que se proporciona en un programa preventivo va desde por qué las personas comienzan a fumar cigarrillos, beber alcohol, consumir cannabis, qué factores llevan a continuar consumiendo, a hacerse dependientes, a las dificultades que luego tienen cuando se hacen adictos a la sustancia, hasta las enfermedades y mortalidad que producen las distintas drogas, especialmente el tabaco y el alcohol. Analizar distintos mitos sobre las drogas (ej., el de la libertad, “el cuerpo es de uno”), el engaño de la publicidad, etc., son aspectos que deben incluirse y que hay que trabajar en las sesiones iniciales.

4.2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas

Cualquier conducta precisa ser explicada, en nuestro caso consumir una droga (tabaco y alcohol especialmente, así como cannabis, cocaína y drogas de síntesis). También es importante explicar los factores que llevan a algunas personas a realizarla. En el caso del tabaco y del alcohol hay que explicarles varios de los factores más importantes que se relacionan con la prueba, o primeras pruebas, y con el posterior mantenimiento y dependencia de la sustancia conforme continúa el consumo.

Algunos de los hechos importantes que hay que explicar son el papel de la publicidad de las compañías tabaqueras que hacían hasta hace poco para que los jóvenes fumaran, y que siguen haciendo las compañías alcohólicas, sus intereses económicos y otros ocultos, el bajo precio y disponibilidad de los cigarrillos y del alcohol, los efectos que tienen las distintas drogas en el cerebro (tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia), en el estado de ánimo, en la regulación del peso, etc. (Calafat, 2006; Lorenzo, 2006; Pereiro, 2005). Y, los efectos de los componentes de los mismos en la salud (ej., alcohol, alquitrán, monóxido de carbono, distintos

carcinógenos, aditivos, etc.), enfermedades que produce (ej., cirrosis, cáncer de pulmón), mortalidad que acarrea, etc. Más importante para ellos es explicarles por qué comienzan a fumar o a beber alcohol (verse como adultos, presión a consumir de los iguales, asociación con otras drogas, etc.), qué factores hacen que sigan consumiendo (bajo precio, verse como adultos, presión de los amigos, etc.) o los que aumentan la probabilidad de que se hagan dependientes (ej., fracaso escolar, bajo estado de ánimo, problemas personales, problemas en casa, falta de control paterno, etc.).

Hoy sabemos que los jóvenes tienen una gran cantidad de información sobre cualquier droga, muchas veces errónea. En este sentido, es muy importante corregir la distorsión perceptiva que tienen sobre el número de personas que ellos creen que fuman, que se emborrachan o que fuman cannabis. A esto también se le ha denominado “sobreestimación de la prevalencia”. Habitualmente los jóvenes, a los 12, 14, 16 ó 18 años, tienen una distorsión en el número de personas que piensan que consumen las distintas drogas, que hace que en muchos casos “crean” que las personas de su edad las consumen el doble, el triple, o aún más de lo que lo hacen realmente (Becoña et al., 1994). Conocer y corregir estas distorsiones perceptivas es de gran importancia. La utilización de encuestas con el número real de personas que han probado las distintas drogas en su clase, o de encuestas de su comunidad autónoma o país, ayuda a corregir esta distorsión cuando se les hace ver que el número de personas que “piensan” que consumen drogas es muy distinto al número “real” de personas que lo hacen.

4.3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo

Conocer cuáles son los más importantes factores de riesgo y protección para el consumo de las distintas drogas ha facilitado conocer mejor todas las distintas conductas adictivas, tanto las relacionadas con el uso de sustancias como con otros comportamientos adictivos y también con otras conductas problema, como la violencia, la agresividad, etc. Para la prevención del consumo de las distintas drogas es importante detectar las personas de mayor riesgo de consumo, así como los factores que favorecen dicho consumo. Esto es de enorme relevancia porque conociéndolos podemos intervenir sobre ellos y así poder conseguir que las personas no consuman drogas o lo hagan en un grado menor.

Dado que los programas preventivos se aplican en colegios, poblaciones y comunidades concretas, dicho programa tiene que tener siempre en cuenta esos factores de riesgo y protección específicos para el lugar donde lo aplicamos. Al conocerlos podremos adaptar el programa a los mismos con el objetivo de reducir los de riesgo y potenciar los de protección. La detección tenemos que comenzar a hacerla al inicio del programa, en la evaluación, y a lo largo de la aplicación del mismo. A través de los componentes del programa que subyacen a las actividades del mismo tenemos que potenciar los factores de protección y disminuir los

de riesgo. De ellos, hay que prestar una especial atención a los de tipo personal (ej., ansiedad, depresión, introversión, etc.). Éstos se relacionan, en muchos casos, directamente con el consumo de las distintas sustancias (especialmente alcohol y tabaco). Además de los relacionados con los amigos y la escuela otros, no menos importantes, son los factores de riesgo y protección familiares. Finalmente, tenemos los factores sociales, los sociodemográficos, las creencias y comportamientos de salud y otros como pueden ser las salidas con amigos y las salidas nocturnas. En la Tabla 13.3 se recogen los factores de riesgo y protección más destacados en los distintos ámbitos de intervención.

Tabla 13.3. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.			
DOMINIO	FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Genéticos. - Ser varón. - Temprana edad. - Enfermedad crónica. 	
	Psicológicos y Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de conducta y salud mental. - Conducta antisocial. - Alienación y rebeldía. - Agresividad. - Impulsividad. - Consumo temprano de drogas. - Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional. - Actitudes favorables hacia el consumo de drogas. - Ausencia de valores ético-morales. - Relaciones negativas con los adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Religiosidad. - Creencia en el orden social. - Habilidades sociales. - Autoeficacia. - Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes. - Orientación social positiva. - Aspiraciones de futuro. - Inteligencia. - Resiliencia. - Actitudes negativas hacia el consumo de drogas. - Relaciones positivas con los alumnos.
Iguales	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas. - Compañeros que consumen drogas. - Compañeros con conducta antisocial o delincuencia temprana. - Rechazo por parte de los iguales. - Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales. 		<ul style="list-style-type: none"> - Apego a los iguales que no consumen drogas. - Asociación con iguales que están implicados en actividades en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas, etc. - Resistencia a la presión de los iguales. - No ser fácilmente influenciable por los iguales.

DOMINIO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Familia	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. - Baja supervisión familiar. - Baja disciplina familiar. - Conflicto familiar. - Historia familiar de conducta antisocial. - Actitudes parentales favorables hacia el consumo de drogas. - Bajas expectativas para los niños. - Abuso físico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apego familiar. - Oportunidades para la implicación en la familia. - Creencias saludables. - Claros estándares de conducta. - Altas expectativas para los hijos. - Sentido positivo de confianza en sí mismo. - Dinámica familiar positiva.
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo rendimiento académico. - Bajo apego a la escuela. - Tamaño de la escuela. - Conducta antisocial en la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuelas de calidad. - Oportunidades para la implicación prosocial. - Refuerzos y reconocimiento por la implicación prosocial. - Creencias saludables. - Claros estándares de conducta. - Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro. - Clima institucional positivo.
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Deprivación económica y social. - Desorganización comunitaria. - Cambios y movilidad de lugar. - Creencias, normas y leyes favorables hacia el consumo de drogas. - Disponibilidad y accesibilidad a las drogas. - La percepción social de riesgo de cada sustancia. - Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de apoyo externo positivo. - Oportunidades para participar como miembro activo de la comunidad. - Descenso de la accesibilidad a las sustancias. - Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. - Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad.

Adaptado de CSAP (2001) y Becoña y Martín (2004).

En ocasiones la detección de importantes factores de riesgo exigirá que se haga un especial seguimiento a ese alumno, o remitirlo a otros profesionales cuando tiene problemas concretos (ej., personales, familiares, de higiene, de falta de cuidados, etc.). La prevención lo que hace es prevenir pero la prevención en acción también lleva a detectar problemas y poder actuar sobre los mismos. La aplicación de un programa preventivo es una buena ocasión para hacerlo e ir hacia la solución del problema que pueda tener esa persona.

4.4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de las distintas drogas

Desde hace unos años sabemos de la importancia que tiene entrenar a las personas jóvenes en habilidades de resistencia, siendo una de las estrategias más efectivas (Botvin y Griffin, 2003). El objetivo de este entrenamiento es que sean capaces de rechazar el consumo de las distintas drogas. Hoy los cigarrillos, el alcohol y el cannabis, están presentes en la vida cotidiana de los jóvenes a partir de cierta edad, en la escuela y especialmente el instituto. Por ello, una buena estrategia es entrenarles en hacer frente a las presiones que van a sufrir, o a los ofrecimientos que les van a hacer para que las consuman. A partir del primer ciclo de la E. S. O. (13 años) esto va a ser habitual. Estos años coinciden con un mayor nivel de libertad, empezar a salir con los amigos y amigas, mayor libertad dentro del recinto escolar, menor control parental, comienzo de la etapa de la adolescencia, etc. Cuanto antes se entrene a las personas en este tipo de habilidades mucho mejor. De ahí que siempre se insista en que los programas preventivos comiencen a aplicarse antes de que surja el problema, antes de las edades de comienzo de los consumos, y mejor si el programa se puede mantener en el tiempo (ej., lo ideal sería desde que empiezan la escuela, sobre los 6 años, hasta que finalizan el bachillerato, a los 18 años) (Tolan, Szapocnik y Sambrano, 2008).

El entrenamiento en habilidades de resistencia consiste en reconocer cuando a uno lo presionan para consumir cigarrillos, beber una copa, participar en el botellón, probar un porro, etc., tanto por parte de amigos o compañeros como de los medios de comunicación de masas (publicidad sobre todo), y hacerle frente rechazando el ofrecimiento o la presión al consumo. Se les entrena en habilidades de resistencia o en habilidades de rechazo. Este entrenamiento suele complementarse con el rechazo público de las sustancias en la situación del aula, para que luego se generalice a la situación cotidiana (Caulkins et al., 2002).

Hoy la mayoría de los programas preventivos incluyen el entrenamiento en el rechazo de cigarrillos, alcohol y cannabis que le puedan ofrecer (ej., Calafat et al., 1992). Esta habilidad es especialmente importante para aquellos jóvenes que tienen amigos que han comenzado a probar cigarrillos o que ya fuman, para los que beben alcohol o para los que han probado

cannabis. De todos modos, el entrenamiento en esta habilidad hay que unirlo, para que sea efectivo, al conocimiento y análisis de la influencia de sus amigos e iguales, presiones de grupo y efecto de conformidad. Unir estas habilidades al cambio de las expectativas normativas sobre el consumo de las distintas drogas, al darse cuenta que consumen muchos menos de lo que creen, ayuda a mejorar la aplicación de este tipo de habilidad.

4.5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana

Desde hace unos años la mayoría de los programas preventivos tienen un componente de entrenamiento en habilidades sociales. Más actualmente, sabemos que este entrenamiento tiene que abarcar tanto el entrenamiento en habilidades sociales como en otras habilidades para la vida. Este componente se ha hecho imprescindible dado que no es suficiente el entrenamiento en rechazo de una sustancia para que no se consuma. Con el mismo se incrementa la eficacia de los programas preventivos (Faggiano et al., 2008; Tobler et al., 2000). Hoy se sabe que tanto el consumo de tabaco, como el de alcohol o de otras drogas, cumple diversas funciones en algunos de sus consumidores, como reducir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo, sentirse mejor consigo mismo, estar bien con las personas que le acompañan, etc. (Becoña, 2003; Comisión Clínica, 2006). Basado conceptual y técnicamente en el entrenamiento en habilidades sociales y en el entrenamiento en aserción, el entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana incluye actualmente estos componentes y en ocasiones otros más. De ahí que se le suele denominar entrenamiento en habilidades para la vida, para la vida cotidiana o entrenamiento en habilidades generales (Botvin y Griffin, 2003).

Algunos de los componentes específicos que se incluyen en este tipo de entrenamiento pueden verse en la Tabla 13.4.

El entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana es de una enorme utilidad para el individuo, no sólo para rechazar el ofrecimiento de distintas drogas, sino para otros muchos aspectos del día a día. Así, una vez dominado este tipo de entrenamiento y aplicado a las situaciones cotidianas, estará más seguro de sí mismo, se incrementará su autoeficacia y autoestima, se sentirá más maduro y valorará mejor el mundo en el que vive.

Tabla 13.4. Habilidades para la vida que deberían incorporarse en los programas preventivos de drogas.

Habilidades sociales

- Habilidades de comunicación
- Habilidades de negociación
- Habilidades asertivas
- Habilidades interpersonales y de empatía
- Habilidades cooperativas
- Habilidades analíticas

Habilidades cognitivas

- Habilidades de toma de decisiones y de solución de problemas, habilidad para analizar una situación desde diferentes perspectivas para llevar a cabo aproximaciones y resultados alternativos
- Responsabilidad para los propios actos
- Habilidades de pensamiento crítico
- Análisis crítico de la influencia de los padres y del impacto de la comunicación
- Autoanálisis de las creencias y normas
- Autoevaluación

Habilidades de manejo emocional

- Control del estrés
- Control sobre las emociones, especialmente la ira
- Desarrollo de habilidades para el autocontrol

Fuente: Givauday y Pick (2003).

En ocasiones, a estos entrenamientos se le han añadido otras técnicas como entrenamiento en relajación, entrenamiento en el manejo del estado de ánimo u otras. En todos los casos subyace un intento por adecuar los mejores recursos para que la persona pueda vivir sin consumir drogas ilegales, ni tabaco ni alcohol.

4.6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo

La toma de decisiones es una estrategia de gran relevancia en cualquier tipo de programa preventivo (Tobler et al., 2000). Cuando la persona llega conscientemente a una decisión concreta, y la verbaliza, es más probable que la mantenga que si no ha llegado a ella. En el caso del tabaco, del alcohol y del cannabis, la idea es que la persona, después de toda la información que se le ha proporcionado, que ha trabajado, que ha analizado y comprobado por sí mismo y con

los demás compañeros del curso, tome la decisión de no consumir y la haga pública. Ejercicios, pósters, trabajos en grupo, etc., facilitan llegar a esta conclusión y a este compromiso. El trabajo activo es aquí muy importante, ya que sabemos que los programas interactivos son mucho más eficaces que los no interactivos o didácticos, en los que el profesor lo dice todo, pero los niños apenas interactúan (Tobler et al., 2000). La metodología interactiva implica una relación fluida entre todos los alumnos entre sí, y entre éstos y el profesor. Ese compromiso al que llegan para no fumar tabaco o cannabis y no beber alcohol suele ser colectivo, llegando toda la clase a esa conclusión y firmando todos un documento en el que se comprometen a no hacerlo.

En algunos programas escriben cartas de protesta a las empresas tabaqueras, a las alcoholeras, animan a otros a no fumar cigarrillos, a que reduzcan el consumo de alcohol, especialmente a sus padres, o medidas semejantes (ej., Sussman et al., 1995).

4.7. Promover estilos de vida saludables

Subyacente a todo programa preventivo, ya esté orientado a que las personas no consuman drogas o a otras conductas problema, está la convicción y los datos contundentes de la investigación epidemiológica y clínica de que lo mejor que puede hacer una persona para preservar su salud a corto, medio y largo plazo, es que opte por estilos de vida saludables (Botvin y Griffin, 2003; Tolan et al., 2008). Algunos de los más importantes van desde no fumar ni beber, o beber moderadamente cuando se es adulto, hasta dormir un número adecuado de horas (más importante aún en los niños y niñas), desayunar todos los días, tener una dieta equilibrada en la que se incluyan todos los nutrientes básicos y adecuadas cantidades de frutas, verduras y pescado, que el nivel de estrés sea reducido o inexistente, saber cómo organizar adecuadamente el tiempo, hacer regularmente ejercicio físico, hacer revisiones médicas periódicas, etc.

Lo que hoy está tan de moda en los adultos, los estilos de vida saludables, hay que aprenderlos desde niños. De adultos es más difícil aprenderlos o son más difíciles de adquirir en algunas personas que tienen que cambiar conductas poco saludables. La escuela es el lugar idóneo para hacer este aprendizaje. Por ello, en todo programa preventivo, debe indicarse que no fumar cigarrillos ni cannabis, no beber alcohol ni tomar otras drogas, se asocia a disfrutar de una mejor salud ahora y en el futuro, pero que ello tiene que ir unido a otras conductas positivas. Un estilo de vida saludable incide positivamente ya no sólo en la salud física sino también en la salud mental (Hernán, Fernández y Ramos, 2004).

4.8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad

Sabemos que los programas preventivos que mejor funcionan en la escuela son aquellos que se ven favorecidos al mismo tiempo por acciones en la familia, comunidad, trabajo, medios de comunicación, etc., dirigidas a que se deje de fumar o a que se restrinja el consumo de tabaco,

se deje de beber alcohol, se controle su venta, se reduzcan los puntos de venta de cannabis y de otras drogas, etc. (Sussman y Ames, 2008).

Los programas preventivos de influencia social se orientan precisamente a contrarrestar los efectos indeseables que otros pueden tener sobre el individuo. Y, a su vez, a que el individuo pueda incidir sobre otras personas para que mejoren sus conductas. El nivel más cercano son sus compañeros y amigos con los que convive en la escuela, sale con ellos, se relacionan con otros grupos, etc. Varias de las estrategias que hemos comentado anteriormente se orientan a contrarrestar los efectos de los compañeros y amigos. Pero no debe quedar aquí. El programa preventivo también tiene que incidir en su medio familiar más cercano, como son sus padres y hermanos, sobre todo para que dejen de fumar, reduzcan el consumo de alcohol y no consuman otras drogas si lo hacen. Lo mismo es aplicable a sus hermanos mayores, otros familiares y otros adultos. Para ello se pueden utilizar otros materiales para los padres (ej., folletos, videos, etc.).

En ocasiones, algunos de los programas preventivos tienen un componente para que los chicos y chicas puedan incidir en toda la comunidad, elaborando pósters, haciendo públicos sus trabajos, enviando cartas a la prensa, etc. Son actividades que les facilitan tomar un papel activo, conocer mejor el contexto social y saber cómo incidir en su comunidad.

4.9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPAS y padres o tutores)

No es suficiente con que el centro escolar esté implicado en la puesta en práctica de un programa preventivo. Se precisa un apoyo adicional, tanto de los profesores del centro, como de todos los padres o tutores de los niños, especialmente a través de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (las AMPAS). A través de las AMPAS se puede llegar más fácilmente a todos los padres y, a su vez, los niños pueden llegar más fácilmente con sus sugerencias sobre el tema del tabaco y del alcohol a sus padres, como una actividad escolar más. De este modo se trata de transferir y generalizar lo aprendido en la escuela a los contextos donde el niño pasa el resto de su tiempo (amigos, barrio, padres, etc.). Si esta transferencia no se produce de poco va a servir el programa preventivo. Hoy sabemos que lo ideal para que funcione bien un programa preventivo es que haya actividades con dicho programa no sólo con los alumnos en la escuela, sino también en la familia y en la comunidad (con normas claras de no consumo sobre las distintas sustancias) (García-Rodríguez, 2000). Tener esto en cuenta en cualquier programa preventivo escolar es básico para que el mismo tenga efecto y se mantengan los cambios positivos a lo largo del tiempo.

4.10. Implicar a toda la escuela en el programa

Una política escolar clara sobre el consumo de drogas, especialmente sobre el consumo de alcohol y tabaco, facilita que los profesores se impliquen activamente en la misma. Lo mismo es aplicable para otras drogas o para otras conductas sobre las que se hace prevención en la

escuela (Botvin y Griffin, 2003). Por este motivo es de gran relevancia que los profesores no fumen, no huelan nunca a alcohol, no minusvaloren los efectos negativos del cannabis, no consuman otras drogas y tengan comportamientos claramente saludables. Por ello tienen que ser un ejemplo para sus alumnos. Como profesores que son, los alumnos están para aprender de ellos, tanto en los contenidos que les explican en clase como en los comportamientos que llevan a cabo ante ellos.

5. TIPOS DE PREVENCIÓN: ESCOLAR, FAMILIAR, COMUNITARIA, LABORAL Y OTRAS

Los ámbitos en los que se puede llevar a cabo la prevención son múltiples. La prevención puede hacerse en el ámbito escolar, en el familiar, el laboral, a nivel comunitario, con grupos específicos, etc. En la práctica, el tipo de prevención que más se ha desarrollado ha sido la prevención escolar. Ello ha venido dado porque es en la escuela e instituto donde está el grupo con mayor riesgo de consumir drogas y desarrollar otras adicciones. De ahí que si podemos aplicarles a todos ellos un programa preventivo (de tipo universal), conseguiremos a bajo coste un impacto importante, ya que llegamos a todos. Sin embargo, aunque la prevención escolar es muy importante, y necesaria, es insuficiente en muchos casos si no va acompañada de una prevención más intensiva a nivel familiar, comunitario, etc. Sería necesario, por tanto, implicar al propio ambiente social para que con ello se facilite el no consumo y una vida saludable.

5.1. Prevención escolar

En los últimos años ha cobrado más relevancia, con la generalización de la prevención, la prevención escolar. Ésta permite llegar a los jóvenes escolarizados, los cuales tienen la edad de máximo riesgo para el consumo de las distintas drogas. Esto ha llevado a que muchas intervenciones preventivas se realicen en exclusiva en la escuela y es en ésta donde hay más programas preventivos evaluados (Botvin y Griffin, 2003; Faggiano et al., 2008; Tobler et al., 2000).

El problema es que, con frecuencia, una parte de los jóvenes que más precisan intervenciones para prevenir el consumo de drogas no asisten a la escuela o la han abandonado antes de tiempo. Estos son elementos negativos para la persona y al mismo tiempo factores de riesgo para el consumo de drogas. Por ello, no siempre la prevención escolar es suficiente para evitar el consumo de drogas (Alonso, Freijo y Freijo, 1996). Además dentro de la prevención escolar hay que implicar a todos los miembros de la comunidad escolar: los alumnos, los profesores y los padres.

En España la prevención escolar se hace a través de la educación para la salud, de modo transversal, en distintas materias escolares. En otros países hay una asignatura específica de

educación para la salud, drogodependencias, o similar. La actividad preventiva es realizada por el profesorado, habitualmente entrenado para ello, que aplica elementos preventivos en sus asignaturas o componentes de los programas preventivos de drogas. También, en ocasiones, se aplican programas preventivos concretos, en el sentido en el que los conocemos, en las clases de tutoría. Muchos programas preventivos se han evaluado de este modo en España (Becoña y Martín, 2004).

El objetivo de la prevención escolar es que los jóvenes no consuman drogas o retrasen la edad de inicio. Pero aunque los programas universales son útiles para todos los alumnos, en algunos casos sería conveniente aplicar programas selectivos, o bien remitir a las personas con problemas de drogas, o problemas de otro tipo (psicopatológicos, familiares, sociales, etc.), a los servicios sociales, sanitarios o de salud mental, para paliar los mismos o poder, aún mejor, solventarlos. Por ello, es necesario que los profesores tengan el suficiente apoyo técnico y profesional para los problemas que vayan surgiendo al poner en práctica las intervenciones preventivas.

Desde el *Center for Substance Abuse Prevention* norteamericano (2001) se especifican los principios efectivos de la prevención de las drogas en la escuela:

1. Evitar confiar únicamente en las intervenciones basadas en el conocimiento diseñadas para proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo.
2. Corregir las concepciones erróneas sobre prevalencia del consumo junto con otras aproximaciones educativas.
3. Implicar a los jóvenes en intervenciones con iguales o con intervenciones que tienen componentes que utilizan a los iguales.
4. Hay que proporcionar a los estudiantes oportunidades para practicar las nuevas habilidades adquiridas a través de aproximaciones interactivas.
5. Ayudar a los jóvenes a retener las habilidades adquiridas a través de sesiones de recuerdo.
6. Implicar a los padres en las aproximaciones basadas en la escuela.
7. Conseguir que exista un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en la política de la escuela.

Los componentes clave dentro de los programas de prevención escolar son (Becoña, 2006): información sobre drogas, conocer los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo, saber detectarlos y hacer frente a los mismos (ej., publicidad), entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de drogas, entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana, detección de problemas personales y familiares que puedan incidir en el consumo, toma de decisiones y compromiso de no consumo y promover estilos de vida saludables, entre otros.

5.2. Prevención familiar

El estudio de los factores de riesgo y protección y su importancia en la etiología del consumo han hecho que la prevención familiar tenga cada vez mayor importancia (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Velleman, Templeton y Copello, 2005). La familia constituye un elemento esencial en la socialización del niño y del adolescente. Por ello una familia estructurada facilita mejor los tránsitos y la adaptación a nuestra sociedad actual. Otro hecho que ha provocado que la familia sea un aspecto clave dentro de las intervenciones preventivas ha sido que los programas preventivos escolares suelen tener un componente dedicado a ella.

Los programas preventivos que se centran en la intervención en la familia (ej., García-Rodríguez, 2000) tienen como objetivos: fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

El mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la escasa participación de los padres, sobre todo de aquellos que más lo precisan (Errasti et al., 2009). Con frecuencia, las familias más desestructuradas tienen menos tiempo para poder acudir a los mismos. Por ello, ya en el año 1997, desde el *Center for Substance Abuse Prevention* norteamericano (1997) se sugiere que se facilite la asistencia de los padres adaptándose los horarios e incluso financiando la asistencia a los mismos. Los principios preventivos efectivos en el ámbito familiar según el *Center for Substance Abuse Prevention* (2001) son:

1. Se debe incluir a toda la familia.
2. Ayudar a desarrollar el apego entre los pares en los programas.
3. Ayudar a las familias de minorías étnicas a responder a las cuestiones culturales y raciales.
4. Desarrollar en los padres habilidades de crianza de los hijos.
5. Enfatizar el apego familiar.
6. Ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen las habilidades que se les han enseñado.
7. Entrenar a los padres para que escuchen e interactúen con sus hijos.
8. Entrenar a los padres a utilizar la disciplina de modo positivo y consistente.
9. Promover nuevas habilidades en la comunicación de la familia utilizando técnicas interactivas.
10. Emplear estrategias para vencer las dificultades que tienen los padres para asistir a los programas (ej., problemas con el horario, transportes, etc.).

11. A través de un apoyo intensivo mejorar las habilidades de crianza y la conducta de los niños.
12. Mejorar el funcionamiento familiar a través de la terapia familiar cuando sea necesario.
13. Si es preciso, realizar los programas en locales comunitarios alternativos a la escuela.
14. La utilización de videos para el entrenamiento y la educación pueden ser procedimientos efectivos y coste-eficientes para enseñar habilidades de crianza de los hijos.

Una intervención importante es aquella orientada específicamente a familias problemáticas donde los padres o los hijos consumen drogas o tienen un riesgo muy alto de consumir (Díaz y Ferri, 2002). Facilitar su acceso a dichos programas o combinarlos con otras intervenciones de tipo comunitario facilita la adherencia a los mismos.

5.3. Prevención comunitaria

La prevención en su sentido más amplio debiera ser comunitaria. Sin embargo, como lo comunitario es un concepto tan extenso, y con frecuencia difícil de abarcar, suele optarse por tipos de prevención más realistas y parcializados.

La prevención comunitaria en drogodependencias pretende prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin. El objetivo es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y a favor de la preservación de la salud. Implica poner en marcha distintos recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad (Pentz, 2003). Esto indica que un programa comunitario es global y puede abarcar cualquier aspecto de la comunidad. Cuantos más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo.

Hacer la prevención desde una perspectiva comunitaria tiene claras ventajas, como que se puede incidir en más factores de riesgo en distintos niveles, podemos conseguir una mejor consistencia en los mensajes, poder conseguir una mejor difusión al disponer de más canales, etc. Por ello, es muy importante en este tipo de programas que haya una buena planificación, coordinación, puesta en práctica y medios para el mismo. Habitualmente un programa comunitario incluye otros subprogramas, o programas que a su vez funcionan independientemente, como la prevención escolar, la familiar, la laboral, etc., pero que si se coordinan dentro de un programa comunitario pueden funcionar sinérgicamente. De ahí la relevancia de adecuar todo programa comunitario a las necesidades concretas de esa comunidad y de las personas que tienen mayor problema de consumo de drogas.

5.4. Prevención laboral

En los últimos años otro tipo de prevención que ha cobrado relevancia es la prevención laboral. Esto viene dado por el alto nivel de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, entre algunos sectores profesionales (ej., Navarro y Rodríguez, 2002). Esto ha propiciado que tanto desde las administraciones, como desde los sindicatos y asociaciones patronales, se hayan puesto en marcha distintos programas para prevenir el consumo abusivo de drogas en el ámbito laboral.

La prevención en el ámbito laboral se ha centrado de modo importante en el alcohol y el tabaco (Cook, 2003), aunque sin dejar de lado las drogas ilegales. Esto se debe a la relevancia que tiene el consumo de alcohol, tanto por sus consecuencias en la salud como por la accidentabilidad laboral relacionada con dicha sustancia (Calafat, 2002). En el caso del consumo de tabaco, las consecuencias para la salud también son claras (U. S. D. H. S. S., 2004). Estos programas habitualmente incluyen información, sensibilización y orientación y, con frecuencia, facilitan el tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, aunque los programas preventivos tienen su máxima relevancia en los adolescentes y adultez temprana (por ser la etapa en la que con frecuencia se inician los consumos de drogas), la prevención también debe dirigirse hacia otras etapas de la vida.

5.5. Otros tipos de prevención

Destacan los programas preventivos realizados en los medios de comunicación social, en el ámbito militar, en el ámbito de la salud y los realizados en centros de reclusión o cerrados (ej., centros penitenciarios, centros de protección y reforma de menores, campamentos, etc.).

La prevención dentro del ámbito de los medios de comunicación social es importante pero sólo realizable desde organismos a nivel estatal o desde las comunidades autónomas. El objetivo es que los medios de comunicación social participen en los esfuerzos preventivos proporcionando mensajes objetivos, claros, fiables y que consigan crear en su audiencia unas opiniones preventivas adecuadas y, al tiempo, corrijan falsas creencias, mitos o falacias sobre las drogas en general, el consumo de drogas, los consumidores, los traficantes, etc. Con frecuencia los medios de comunicación social se utilizan como una parte de otro tipo de programas preventivos, como ocurre especialmente en la prevención comunitaria. En este caso pueden servir claramente de apoyo a la misma y de reforzamiento de las distintas acciones y programas preventivos que se están llevando a cabo.

La prevención en el ámbito militar es importante debido a que con frecuencia son jóvenes los que participan en la vida militar, especialmente en los países en los que hay servicio militar obligatorio, por lo que se encuentran en una etapa de la vida en la que la probabilidad de consumir drogas es alta. De todas formas parece que el nivel de consumo de drogas en este colectivo no es muy distinto al del resto de los jóvenes (Bobes, Sáiz, González y Bascarán, 2001).

Respecto a la prevención en el ámbito de la salud, ésta abarca a todos los profesionales sanitarios, estén trabajando en atención primaria, en hospitales, en consultas especializadas o en cualquier servicio sanitario. Se orienta, este tipo de prevención, a la educación para la salud (Gavidia, 2003). El objetivo es formar a los profesionales sanitarios para la detección precoz de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco, y las drogas ilegales, y así poder intervenir tanto a nivel preventivo como para la realización de un tratamiento concreto.

Otro tipo de prevención es el que se realiza en centros de reclusión, como centros penitenciarios o centros de protección y reforma de menores. En estos casos el consumo de drogas es muy importante y se precisan programas específicos de tipo preventivo (prevención selectiva e indicada) y en muchos casos hay que tener programas formales de tratamiento debido a la alta presencia de consumidores de drogas (ej., programa de metadona en cárceles) (Oñorbe, Silvosa, Barrio y Sanz, 2007). La prevención tiene una especial relevancia en los centros de protección y reforma de menores. En éstos, al tratarse de jóvenes, tienen un mayor riesgo de consumo de drogas, o bien ya las están consumiendo, y además suelen proceder de familias desestructuradas y con problemas en el ámbito escolar, por lo que el riesgo de consumir drogas es mayor que en el resto de jóvenes de su edad. Al ser personas altamente vulnerables hacia los consumos de drogas, este tipo de programas son imprescindibles en los centros de protección y reforma de menores, y suelen ser una parte de su proceso educativo en dichos centros (González, Fernández y Secades, 2004).

También, en los últimos años, empieza a cobrar relevancia la prevención en contextos recreativos nocturnos (Calafat y Members of the Pompidou Group Prevention Platform, 2010).

6. CONCLUSIONES

Solemos entender por prevención aquellas medidas que ponemos en marcha para que un problema no aparezca o para que podamos retrasar el inicio del mismo. Por tanto, sabemos que ciertos problemas existen, que es probable que surjan en ciertas personas y, por ello, ponemos medidas en marcha para evitarlos, porque en muchos casos el hecho de ponerlas o no en marcha va a depender de que la persona padezca o no graves problemas o incluso le lleve a la muerte a corto, medio o a largo plazo, dependiendo de a qué problema, trastorno o enfermedad nos estemos refiriendo. Esta es la diferencia fundamental entre prevención y tratamiento (ver Tabla 13.5).

Hoy podemos afirmar que la ciencia de la prevención aplicada a las drogodependencias y adicciones ha dado enormes pasos en poco tiempo (Institute of Medicine, 1994). Disponemos de los medios teóricos, científicos y técnicos para poder hacerla. La prevención en drogodependencias es efectiva (Becoña, 2002; Faggiano et al., 2008), aunque sigue siendo necesario hacer más investigación sobre muchas cuestiones que sólo conocemos en parte. La prevención se lleva a cabo en distintos ámbitos, como son principalmente el escolar, el familiar y el comunitario. Cualquier otro ámbito de la vida humana es un medio en el que se puede hacer prevención. Sin embargo, la prevención en drogodependencias tiene una gran relevancia en la etapa adolescente, que es cuando comienza el consumo de drogas y el objetivo es que la persona no consuma o se retrase la edad de inicio.

Tabla 13.5. Diferencias entre la prevención y el tratamiento en drogodependencias.

	Prevención	Tratamiento
Objetivos	Prevenir la aparición de un trastorno o retrasar el inicio del mismo	Buscar una solución, habitualmente a la persona ante el problema por el que demanda nuestra ayuda, habitualmente en la esfera biológica y en menor grado en la mental
Destinatarios	Fundamentalmente niños y jóvenes; en menor grado personas o grupos en riesgo de distintas edades	Personas que abusan o tienen dependencia de una sustancia
Técnicas utilizadas	Diversas, orientadas a entrenar a las personas en habilidades específicas para que no consuman drogas	Concretas, dirigidas a que la persona deje de consumir y se mantenga abstinentes. Si ello no es posible se aplica un programa de reducción de daños
Meta	Que no consuma la sustancia o que retrase el inicio del consumo	Que consiga la abstinencia y se mantenga abstinentes o que mejore en su nivel de salud
Coste	Barato por persona	Caro por persona tratada
Valoración social	Baja-Media	Alta
Medios disponibles	Escasos	Medios-altos
Resultados (a largo plazo)	Medios	Medios-bajos
Tipo de profesional	Varios	Psicólogos clínicos y médicos junto a trabajadores sociales
Prestigio profesional	Medio	Alto
Integrado en el sistema sanitario	No	Sí
Presión para la evaluación de resultados	Media-alta	Baja-media
Formación específica	Parcial	Sí
Asunción de su eficacia		
- Profesional	Baja	Alta (contención)
- Pública	Media	Alta

Categorías: Baja, media y alta.

Fuente: Becoña (2002, pág. 95-96).

Por último, no podemos finalizar este apartado sin lanzar una mirada hacia el futuro de la prevención. En nuestro país ha habido un notable avance en este campo en los últimos años pero es preciso continuar avanzando para mejorar la eficacia de los programas preventivos y extender su uso más allá de actuaciones puntuales. Las líneas que deben marcar el futuro de la prevención son (Becoña, 2007):

1. Proporcionar ambientes que promuevan la salud física y mental.
2. La prevención de drogas no debe ser vista aisladamente, sino junto a una serie de conductas problema que ocurren simultáneamente (ej., la violencia en la escuela, la discriminación por género o por lugar de procedencia, etc.).
3. Acompañar los programas de prevención de drogas de otros programas de prevención de la delincuencia, salud mental y suicidio, ya que todos ellos son problemas importantes que existen en nuestra sociedad.
4. No limitar el trabajo de la prevención de las drogodependencias a la adolescencia. Este trabajo debe empezar en los primeros años del desarrollo teniendo presente la importancia que tiene el papel de la familia.
5. Contemplar la necesidad de realizar una inversión social en el desarrollo saludable de los jóvenes, ya que esto producirá notables beneficios en el futuro.
6. Realizar más investigaciones en el ámbito del abuso de drogas, la salud mental y la delincuencia con el objetivo de conocer mejor la relación existente entre ellas y así mejorar las actuaciones preventivas.

Concluimos con las palabras de Swisher (2000) que dice que “a pesar de existir algunas razones para el optimismo en la situación actual, es importante para el campo desarrollar un punto de vista más estratégico y a más largo plazo sobre cómo sostener los programas preventivos efectivos que están siendo ahora implementados de modo más amplio que en el pasado” (p. 967). Por lo tanto, hemos mejorado mucho en el campo de la prevención de las drogodependencias pero todavía hay mucho que hacer en el futuro.

7. REFERENCIAS

- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). ¿Qué debemos saber para hacer una buena prevención de las drogodependencias? *Revista Peruana de Drogodependencias*, 5, 71-96.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Bobes, J., Sáiz, P. A., González, M. P. y Bascarán, M. T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (Supl. 2), 23-36.
- Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 45-74). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 317-335.
- Calafat, A. (2006). *La vida sin drogas*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Calafat, A. y Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010). *Prevention Interventions in Recreational Settings*. Bruselas: Council of Europe, Pompidou Group.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*, 3ª ed. Mallorca: Sección de Promoción de la Salud. Servicio de Acción Social y Sanidad, Consell Insular de Mallorca.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Caulkins, J. P., Pacula, R. L., Paddock, S. y Chiesa, J. (2002). *School-based drug prevention. What kind of drug use does it prevent?* Santa Monica, CA: Rand.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1994). *Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction*. MMWR CDC Surveillance Summaries, 43 (Nº RR-2), 1-17.
- Center for Substance Abuse Prevention (1997). *Selected findings in prevention. A decade of results from the Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Principles of substance abuse prevention*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Comisión Clínica (2006). *Cannabis. Informes de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Cook, R. F. (2003). Drug abuse prevention in the workplace. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 157-172). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.

- Díaz, R. y Ferri, M. J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 14 (Supl. 1), 353-374.
- Donaldson, S. I., Sussman, S., MacKinnon, D. P., Severson, H. H., Glynn, T., Murray, D. M. y Stone, E. (1996). Drug abuse prevention programming: Do we know that content works? *American Behavior Scientist*, 39, 868-883.
- Errasti, J.M., Al-Halabí, S., Secades, R., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L. y García-Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa "Familias que funcionan". *Psicothema*, 21, 45-50.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drug use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46, 385-396.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo. Todo lo que padres y educadores necesitan saber sobre la educación y prevención en el consumo de drogas en la adolescencia*. Madrid: EDAF.
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J., Stone, D. B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Gavidia, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 275-285.
- Givaudan, M. y Pick, S. (2003). A preventive program for substance abuse in Mexico: Best practices. Disponible en <http://www.mentorfoundation.org>.
- González, A., Fernández, J. R. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana de menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/MenoresRiesgo.pdf>
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P., Dufour, M. C., Compton, W.,...Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of her state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

- Hernán, M., Fernández, A. y Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 47-55.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kandel, D. B. (Ed.) (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D. B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lorenzo, M. C. (2006). *Alcohol*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Navarro, J. y Rodríguez, E. (2002). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 2001*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Oñorbe, J., Silvosa, G., Barrio, G. y Sanz, J. (2007). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (ESPID 2006)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior.
- Orleans, C. T. y Cummings, K. M. (1999). Population-based tobacco control: Progress and prospects. *American Journal of Health Promotion*, 14, 83-91.
- Pentz, M. (2003). Anti-drug-abuse policies as prevention strategies. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 217-241). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Pereira, J. R. y Espada, J. P. (2009). Las campañas publicitarias en la prevención del consumo de drogas. En J. A. García del Castillo y C. López-Sánchez (Eds.), *Medios de comunicación, publicidad y adicciones* (pp. 279-299). Madrid: EDAF.
- Pereiro, C. (2005). *Drogas*. Vigo: Nova Galicia Edicións.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders, 2nd ed.* Bethesda, MD: U. S. Department of Health and Human Services, National
- Sussman, S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeenth prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35-81.
- Sussman, S. y Ames, S. L. (2008). *Drug abuse. Concepts, prevention, and cessation*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Sussman, S., Dent, C. W., Burton, D., Stacy, A. W. y Flay, B. R. (1995). *Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Swisher, J. D. (2000). Sustainability of prevention. *Addictive Behaviors*, 25, 965-973.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Tolan, P., Szapocznik, J. y Sambrano, S. (Ed.) (2008). *Preventing youth substance abuse. Science-based programs for children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- U. S. D. H. H. S. (1994). *Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S.Department of Health and Human Services.
- U. S. D. H. H. S. (2000). *Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U. S. D. H. H. S. (2004). *The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the SurgeonGeneral.
- Velleman, R. B., Templeton, L. J. y Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93-109.
- World Health Organization (WHO) (2008). *WHO report in the global tobacco epidemic. The MPower Packaged*. Ginebra: Autor.

APÉNDICE 1

CONCEPTOS BÁSICOS EN ADICCIONES

Abuso de drogas. Ver abuso de sustancias psicoactivas.

Abuso de sustancias psicoactivas. Se produce cuando hay un uso continuado de una sustancia con poder psicoactivo a pesar de las consecuencias negativas (físicas, psicológicas, sociales, económicas, familiares o de otro tipo) que ello acarrea al individuo.

Adicción. Denominación general para referirnos a toda una serie de sustancias psicoactivas o a ciertos comportamientos que producen cambios cognitivos, conductuales y fisiológicos que llevan a que algunas personas puedan desarrollar abuso o dependencia de las mismas y otros efectos (ej., pérdida de control, intoxicación, síndrome de abstinencia, grave afectación en su vida personal, profesional o familiar).

Adicción a drogas. Consumo repetido de una droga psicoactiva que produce en el consumidor intoxicación por esa droga, muestra un deseo compulsivo de consumirla, tiene enorme dificultad en interrumpir voluntariamente su consumo, procura conseguir dicha sustancia por cualquier medio a su alcance y tiene síndrome de abstinencia cuando no la consume.

Agonista. Sustancia que actúa en el receptor neural para producir efectos similares a los de la droga (ej., la metadona se comporta como un agonista frente a los receptores opiáceos; de ahí que se puede utilizar para el tratamiento de la dependencia de opiáceos).

Alcaloide. Es un compuesto químico con sustancias alcalinas que contienen nitrógeno y que representan los principios activos, desde un punto de vista farmacológico, de numerosas plantas y compuestos sintéticos. Tienen estructuras químicas variadas. Los alcaloides se caracterizan por producir claros efectos farmacológicos sobre el organismo. Contienen alcaloides algunas de las sustancias de abuso conocidas, como heroína, cocaína, nicotina, etc.

Alcohol. Sustancia que se obtiene por fermentación (ej., vino, cerveza) o destilación (ej., aguardiente, brandy, ron, etc.) cuyo principal compuesto es el etanol. Su consumo a partir de cierta dosis altera el estado de conciencia. Es un sedante/hipnótico. Su consumo excesivo o crónico produce intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia. Esto lleva al individuo a padecer un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos.

Alcoholismo. Término genérico para referirse a una persona con dependencia del alcohol.

Alucinógenos. Conjunto de sustancias psicoactivas (ej., LSD, mescalina, peyote, etc.) que tienen la propiedad de producir alucinaciones. También otras drogas, como el cannabis o el éxtasis, pueden llegar a producir alucinaciones.

Anfetaminas. Sustancias psicoestimulantes que pueden ingerirse por distintas vías (oral, fumada, intravenosa). Producen intensos efectos estimulantes. En personas dependientes produce ansiedad intensa pero temporal, así como ideación paranoide y episodios psicóticos parecidos a los de la esquizofrenia tipo paranoide.

Antagonista. Denominación que recibe una sustancia que contrarresta los efectos de otra por bloquear su receptor. Esto ocurre porque el antagonista interacciona con un receptor para inhibir la acción de la sustancia (ej., la naltrexona en personas dependientes de opiáceos) y ésta deja de tener el efecto psicoactivo.

Automedicación. Teoría que sostiene que muchos individuos consumen drogas como un modo de conseguir a través de ellas solucionar o compensar los efectos de una enfermedad, trastorno mental o problema emocional. Al estar fácilmente disponibles las sustancias, si el consumo de una droga concreta hace que el individuo se encuentre mejor, ello lleva a que aumente la probabilidad de seguir consumiendo esa droga.

Benzodiacepinas. Conjunto de sustancias que se utilizan con fines médicos, con funciones sedantes, hipnóticas y relajantes. Su consumo reiterado suele producir dependencia y su abandono brusco síndrome de abstinencia. Por ello debe utilizarse adecuadamente y siempre bajo supervisión médica. Es una sustancia que tiene también un amplio abuso fuera del contexto médico.

Cafeína. Sustancia del grupo de las xantinas que se encuentra en el café, té, bebidas de cola y cacao. Es un estimulante del SNC. Su consumo disminuye la sensación de fatiga y mejora la realización de tareas. En altas dosis produce dependencia y síntomas característicos (ej., excitación, insomnio). En personas dependientes su abandono brusco produce síndrome de abstinencia (ej., cefaleas, sueño).

Cannabis (Cannabis sativa). Planta con efectos psicoactivos de la que se pueden fumar sus hojas (marihuana) o fumar su resina (hachís). El componente psicoactivo más impotante del cannabis es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Produce, como otras drogas, intoxicación

(ej., euforia, ansiedad, desconfianza, etc.), dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, etc. Es la droga ilegal actualmente más consumida.

Celotipia alcohólica. Trastorno psicótico crónico inducido por el alcohol en el que la persona tiene delirios de que su pareja le es infiel.

Circuito de recompensa. Circuito cerebral responsable del placer o recompensa en los seres humanos. Regula funciones básicas como la comida o la reproducción. También regula el efecto producido por el consumo de drogas dado que éstas influyen en el incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina. El circuito de recompensa se compone de dos grandes vías, la mesolímbica y la mesocortical (en su conjunto denominadas mesocorticolímbica –área tegmental ventral, sustancia negra, amígdala, tálamo, hipocampo, corteza cingulada, los núcleos del rafe y corteza prefrontal).

Cocaína. Sustancia que se extrae del arbusto de la coca (*Erythroxylum coca*). Se toma, a nivel tradicional en algunos países, en forma de hojas de coca masticadas. En su estado manufacturado se consume su alcaloide cocaína (clorhidrato de cocaína) y otros preparados con impurezas (ej., el basuco). El *crack* se prepara con pasta base de cocaína amalgamada con bicarbonato sódico. La cocaína es un poderoso estimulante del SNC que produce euforia, alerta, insomnio, etc. En nuestro medio la cocaína suele consumirse esnifada.

Comorbilidad. Es la coexistencia en un mismo individuo de una dependencia de sustancias psicoactivas junto con otro trastorno psiquiátrico. También se le denomina patología dual o diagnóstico dual.

Consumo abusivo. Patrón de consumo que excede el estándar de un consumo moderado o de un consumo social. Suele ser aplicable al alcohol.

Consumo de riesgo. Consumo de una sustancia que hace muy probable que dicho consumo tenga consecuencias nocivas para el individuo.

Consumo experimental. Consumo que se produce las primeras veces de una sustancia, o consumo infrecuente y no repetido de una sustancia.

Consumo moderado. Aplicable habitualmente a un consumo de alcohol bajo que no acarrea problemas físicos ni psicológicos al individuo.

Consumo perjudicial. Consumo de una sustancia que acarrea consecuencias negativas en el individuo.

Consumo social. Consumo que se considera normal en una sociedad concreta. En unos casos puede ser un consumo moderado y en otros puede ser un consumo perjudicial.

Control, deterioro del. Disminución de la capacidad de una persona para controlar su consumo de una sustancia psicoactiva, ya sea el comienzo, el grado o la terminación. El

“deterioro de la capacidad para controlar el consumo” es uno de los criterios del síndrome de dependencia tipificado en la CIE-10. El deterioro del control se diferencia de la pérdida de control en que ésta última implica que el fenómeno predomina en todo momento y en todas las circunstancias.

Control, pérdida del. Incapacidad para controlar la cantidad y la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas; incapacidad para suspender el consumo de sustancias, como el alcohol o la cocaína, una vez experimentados sus efectos iniciales. En los debates más recientes sobre el síndrome de dependencia, el término “pérdida del control” ha sido reemplazado por “deterioro del control”.

Crash. Denominación que recibe la rápida aparición de los síntomas de abstinencia de una droga.

Crack. Ver cocaína.

Craving. Deseo intenso e irresistible de consumir una sustancia psicoactiva o de experimentar los efectos que produce la intoxicación por la misma.

Chino. Nombre que recibe la heroína fumada. En ese caso la heroína se calienta sobre un papel de aluminio, aplicando la llama por debajo del papel. Con ayuda de algún instrumento, como un rulo -cilindro hueco hecho de papel de aluminio-, se inhalan sus vapores por la nariz o la boca.

Delirium tremens. Síndrome orgánico cerebral que se produce en algunas personas con dependencia del alcohol cuando abandonan su consumo y se caracteriza por confusión, desorientación, ideas paranoides, delirios, ilusiones, alucinaciones, inquietud, distracción, temblor, sudor, taquicardia e hipertensión.

Dependencia de drogas (o sustancias psicoactivas). Grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Dependencia cruzada. Capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra droga. Así, la metadona puede suprimir el síndrome de abstinencia de la heroína; los tranquilizantes el síndrome de abstinencia del alcohol. La utilización de la dependencia cruzada es la base de la mayoría de los métodos de desintoxicación.

Dependencia física. Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. El síndrome de abstinencia de cada

sustancia está constituido por series específicas de signos y síntomas de carácter psíquico y físico peculiares de cada droga.

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

Depresor. Sustancia que suprime, inhibe o reduce algunos aspectos de la actividad del SNC (como los sedantes/hipnóticos, opiáceos y neurolépticos). Dentro de las sustancias psicoactivas son depresores el alcohol, los opiáceos y sus análogos sintéticos.

Desintoxicación. Proceso por el que se le retira a una persona, de modo seguro, una sustancia para reducir al mínimo los efectos del síndrome de abstinencia de la misma (ej., la desintoxicación del alcohol con benzodiazepinas).

Diagnóstico dual. Término que se refiere a la existencia en un mismo individuo de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental o del comportamiento. Ver comorbilidad.

Dopamina. Neurotransmisor clave en el circuito de recompensa cerebral. El consumo de sustancias psicoactivas incrementa la liberación de dopamina, lo que conlleva una intensificación de la sensación de placer. Cuando el consumo se hace crónico no hay mayor liberación de dopamina sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor, por lo que la persona tiene que incrementar la cantidad consumida de la sustancia (tolerancia) para lograr los mismos efectos anteriores.

Droga. Toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste. En el mundo anglosajón se distingue bajo la denominación de droga tanto a los medicamentos como a las drogas ilegales. En España, cuando hablamos genéricamente de drogas nos referimos a las drogas legales e ilegales, aunque la población suele considerar como drogas únicamente a las ilegales.

Droga de abuso. Cualquier droga que tiene la potencialidad de producir dependencia. Actualmente se diferencian en drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (ej., heroína, cocaína, cannabis, drogas de síntesis, LSD, etc.). Otras clasificaciones las agrupan en depresores del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoles, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras. El DSM-IV las agrupa en 11 clases: alcohol; anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar; *cannabis*; alucinógenos; inhalantes; opiáceos; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se considera también a la nicotina, pero dentro de la categoría de trastorno por consumo de nicotina sólo se considera la dependencia de la nicotina (no existe el diagnóstico de abuso de la nicotina).

Drogas de diseño o síntesis. Son metanfetaminas y derivados de las mismas que se han combinado con otros productos químicos. Son fáciles de fabricar en un laboratorio poco sofisticado a partir de la metanfetamina.

Drogodependencia. Término genérico utilizado para referirnos a todas las drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicotropo.

Entrenamiento en habilidades para la vida. Es uno de los principales componentes de los programas preventivos de drogas efectivos. Incluye entrenamiento en aserción, establecimiento de metas, entrenamiento en la toma de decisiones, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en el manejo emocional, resistencia a la presión de los iguales, etc.

Escalada. Proceso de consumo de drogas progresivo y ascendente en cuanto a cantidad, frecuencia e intensidad. Se busca prolongar o aumentar la intensidad de los efectos esperados en el consumo de drogas. También se plantea la “progresión” desde drogas legales (alcohol y tabaco) hacia drogas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, etc.), como parte del proceso.

Estadios de cambio. Son los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona con una conducta adictiva. Prochaska y Diclemente han propuesto cinco: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento.

Estimulante. Sustancia psicoactiva que tiene la propiedad de producir activación, mantener más fácilmente despierto al individuo, mejorar el estado de ánimo, etc. (ej., el café, la cocaína, el éxtasis).

Estupefaciente. Denominación aplicada a las drogas ilegales.

Exclusión. Proceso multifactorial y multidimensional de separación de un individuo o grupo de la participación y disfrute en los ámbitos laboral, económico, político, cultural y /o relacional en un contexto social delimitado.

Éxtasis o MDMA (metilendioximetanfetamina). Derivado de tipo anfetamínico, con los mismos efectos estimulantes que las anfetaminas junto con otros efectos sobre la percepción. Es una sustancia con un perfil entre la anfetamina y el LSD.

Factor de riesgo. Atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Factor de protección. Atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Fenciclidina (PCP). Sustancia psicoactiva que tiene efectos depresores del sistema nervioso central, estimulantes, analgésicos y alucinógenos. Se introdujo en medicina clínica

como anestésico disociativo, pero ha dejado de usarse debido a que con frecuencia provoca un síndrome agudo consistente en desorientación, agitación y delirio. Como droga ilegal, la PCP puede consumirse por vía oral, intravenosa o por inhalación, pero normalmente se fuma; los efectos aparecen en 5 minutos y alcanzan su nivel máximo al cabo de una media hora.

Flashbacks. Denominación popular que recibe el síndrome de abstinencia condicionado. Consiste en la aparición espontánea de distorsiones visuales y alucinaciones que la persona experimenta sin consumir en este momento la sustancia, pero que experimentó previamente cuando la había consumido. Suelen ser episódicos y breves. Se pueden dar después del consumo de alucinógenos, marihuana, cocaína, alcohol, etc.

Grupo de autoayuda. Término que designa dos tipos de grupos terapéuticos, pero que se utiliza sobre todo para referirse a los grupos de ayuda mutua, que es un nombre más correcto. También hace referencia a los grupos que enseñan técnicas cognitivas y conductuales y otras técnicas de autoayuda.

Grupo de ayuda mutua. Grupo en el cual los participantes se ayudan mutuamente a recuperarse o a mantener la recuperación de la dependencia del alcohol u otra droga, de los problemas relacionados o de los efectos de la dependencia de otra persona, sin tratamiento ni orientación profesional. Los grupos más destacados en la esfera del alcohol y otras drogas son Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y Al-Anon (para familiares de alcohólicos), que forman parte de una amplia variedad de grupos de doce pasos basados en un método espiritual y no confesional. En jugadores destaca Jugadores Anónimos. Los métodos usados por algunos de estos grupos permiten la orientación profesional o semiprofesional. Algunos centros de rehabilitación o pisos protegidos en el caso del alcohol y las comunidades terapéuticas para las personas drogodependientes pueden considerarse grupos de ayuda mutua residenciales.

Habitación. Efecto de acostumbrarse a una sustancia por su consumo continuado. Suele ser un fenómeno habitual en las personas dependientes de sustancias psicoactivas.

Heroína (diacetilmorfina). Principal opiáceo consumido ilegalmente. Ver opiáceos.

Incorporación social. Término utilizado en el campo de las drogodependencias que indica el conjunto de programas disponibles para que la persona que ha superado su adicción pueda de nuevo incorporarse a su vida social normal y se evite la estigmatización, marginalidad y aislamiento social. Con ello también facilitamos el mantenimiento de la abstinencia.

Inhalantes, inhalables o sustancias volátiles. Sustancias (habitualmente disolventes) contenidas en algunos de los siguientes productos: laca de uñas, disolventes, insecticidas, quitamanchas, pinturas, pegamentos, colas, gasolina de coches, barnices, desodorantes, cementos plásticos y aerosoles. Algunas de las sustancias que pueden contener estos productos son la acetona, el alcohol butílico, el tolueno o la bencina. Estas sustancias tienen efectos psicoactivos y se consumen por aspiración, generalmente por medio de bolsas de plástico, con

finos embriagantes. Su consumo suele darse en niños, adolescentes y en personas de zonas pobres o marginales que no pueden acceder al consumo de otras drogas. Son sustancias muy tóxicas y producen lesiones físicas graves en poco tiempo.

Intoxicación. Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado de ánimo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas fisiológicas y psicológicas. La intoxicación depende del tipo de sustancia y de la dosis consumida así como de la tolerancia del individuo.

Juego de azar. Tipo de juego en el que la persona, haga lo que haga, no puede influir en el resultado del mismo porque está regulado por un programa aleatorio.

Juego patológico. Trastorno del control de impulsos no clasificado en otros apartados, según el DSM-IV, pero que otros consideran como una adicción. Consiste en una conducta de juego desadaptativa, persistente y recurrente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional. Ello es debido a la gran cantidad de dinero que se gasta la persona en el juego lo que acarrea su pérdida de control ante el mismo, la necesidad de recuperar las pérdidas y dejar abandonadas sus obligaciones laborales, escolares, familiares, etc.

LSD. La dietilamida del ácido lisérgico (LSD) es un alcaloide que se sintetiza del cornezuelo del centeno. Es una droga con propiedades psicoactivas, siendo principalmente conocida por sus propiedades alucinógenas.

Metadona. Es un opiáceo sintético que se utiliza en los programas de mantenimiento de personas dependientes de opiáceos. Por su semivida prolongada puede administrarse una sola vez al día por vía oral.

Naloxona. Es un bloqueante de los receptores opiáceos que antagoniza la acción de los opioides. Revierte los efectos de la intoxicación por opiáceos y por ello se utiliza en el tratamiento de la sobredosis de heroína.

Narcótico. Término para referirse a los opiáceos u opioides.

Neuroadaptación. Proceso consistente en las alteraciones neuronales asociadas a la tolerancia y a la aparición de un síndrome de abstinencia que se da en los consumidores crónicos de una sustancia. Consiste en una serie de cambios adaptativos a nivel cerebral que tratan de restaurar la función normal al ingerir el individuo una sustancia de forma repetida. Uno de los efectos es la reducción del número de receptores, de ahí que si el individuo reduce o deja el consumo precipita un síndrome de abstinencia; igualmente, el individuo tiene la necesidad de incrementar el consumo de la sustancia (tolerancia) para obtener el mismo efecto por el intento del cerebro de lograr una función normal.

Nicotina. Alcaloide y principal sustancia psicoactiva contenida en el tabaco. Es la responsable de la dependencia del tabaco. Tiene tanto efectos estimulantes como relajantes. El principal modo de consumo de tabaco es en forma de cigarrillos. También se puede consumir en forma de puro y tabaco en picadura para pipa o tabaco de liar. Es la droga (legal) que acarrea mayores problemas de morbilidad y mortalidad.

Opiáceos. De la planta del opio (*Papaver somniferum*) se derivan un gran número de sustancias opiáceas. La morfina es el principal alcaloide del opio. Otros son la diacetilmorfina (diamorfina, heroína), hidromorfina, codeína y oxicodona. La metadona es un opiáceo semisintético. Su consumo, como las otras drogas, produce una característica intoxicación, tolerancia, síndrome de abstinencia, craving, etc. Su principal efecto es una sensación de euforia placentera con un alivio de todas las tensiones y ansiedades, así como del dolor. El síndrome de abstinencia se caracteriza, en la heroína, por inquietud, irritabilidad, bostezos, temblores, secreción de moquillo y lágrimas, sudoración, estornudos incontrolados, dolores en las extremidades, dilatación pupilar, escalofríos, fiebre, calambres, espasmos musculares, diarrea, vómitos, etc.

Patología dual. Ver comorbilidad.

Politoxicomanía, poliadicción o uso de sustancias múltiples. Nombre que recibe el comportamiento de aquellas personas que, al tiempo que tienen un diagnóstico de dependencia de una sustancia, también consumen otras sustancias o tienen dependencia de otras (ej., las personas que tienen dependencia de la cocaína, del alcohol y de la nicotina; el jugador patológico que también es dependiente del alcohol y de la nicotina).

Popper. Nombre genérico que designa a un tipo de drogas que se toman por inhalación y que están compuestas por nitritos (nitrito de amilo, de butilo o de isobutilo). Se trata de un líquido incoloro y con un fuerte olor característico. Inicialmente fue usada como vasodilatador inhalado para aliviar la angina de pecho. Comenzó a ser utilizado a principios de los ochenta como sustancia ilegal en discotecas. Dado que dilata los músculos del esfínter del ano y de la vagina se utiliza también en las relaciones sexuales tanto homosexuales como heterosexuales.

Posología. Es la rama de la farmacología que se encarga del estudio de la dosificación de los fármacos (dosis terapéutica).

Potencial adictivo de una droga. Propensión que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan.

Potencial teratógeno. Capacidad que tiene un agente ambiental o una sustancia (fármaco, drogas, planta, alimento, etc.) de producir un daño en el feto o en el embrión de la madre causando, directa o indirectamente, anomalías estructurales o funcionales (alteraciones

bioquímicas, metabólicas, hormonales, inmunológicas, del crecimiento y del comportamiento) en el embrión, en el feto o, incluso, en el niño después del nacimiento.

Prevención de la recaída. Conjunto de procedimientos psicológicos orientados a que la persona, cuando abandona el consumo de sustancias, no recaiga de nuevo en su consumo. Está basada en el modelo de Marlatt y Gordon, y algunos de sus conceptos centrales son efecto de violación de la abstinencia, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, etc. Algunas de las técnicas cognitivas y conductuales que utiliza son: detección de situaciones de alto riesgo, escape, distracción, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, relajación, actividad física, habilidades asertivas, retraso del consumo, afrontamiento del craving, entrenamiento en solución de problemas, etc.

Prevención de las drogodependencias. 1. Puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo. 2. Proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas. 3. Todas aquellas acciones encaminadas a reducir los factores de riesgo que se relacionan con el consumo de drogas y a incrementar los factores de protección o de resiliencia. 4. En los últimos años suelen diferenciarse tres tipos de prevención: la universal, la selectiva y la indicada.

Prevención indicada. Tipo de prevención que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo para el consumo de drogas.

Prevención selectiva. Tipo de prevención que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo para el consumo de drogas.

Prevención universal. Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., a chicos de 12 a 14 años). En el caso del consumo de drogas la prevención que se hace en la escuela para todos los alumnos es prevención universal.

Programa preventivo. En la prevención del consumo de drogas, un programa preventivo es el conjunto de actividades coordinadas, realizadas en función de unos recursos previamente establecidos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados a las drogas y a sus usos.

Programas de captación activa e intervención en medio abierto. Son programas de intervención móvil que se desplazan a zonas de consumo de drogas o de frecuentación de

usuarios de drogas, para establecer contacto con ellos y realizar distintas modalidades de intervención, preferentemente de reducción del daño y de acercamiento a la red asistencial.

Programas de intercambio de jeringuillas. Son programas que proveen a los usuarios de drogas por vía parenteral de material de inyección estéril y recogen las jeringuillas usadas para evitar su reutilización y posibles infecciones y reinfecciones. Suelen estar integrados en programas de reducción de daños.

Receptores. Son los elementos básicos en el sistema de comunicaciones químicas que coordina la función de todas las células del cuerpo. Los mensajeros químicos son las hormonas o las sustancias transmisoras. En el caso de las drogas de abuso éstas ejercen su función sobre células específicas por el reconocimiento de receptores específicos sobre la superficie celular por tener la configuración celular que se ajusta al dominio de unión del receptor.

Reducción de daños. Son las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de drogas (tanto legales como ilegales), tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Ejemplos de programas de reducción de daños son el intercambio de jeringuillas (en heroína, fundamentalmente), uso de vasos de plástico inastillables (alcohol), etc.

Reducción de daños y riesgos. Es el concepto equivalente a reducción de daños. Ver reducción de daños.

Reducción de riesgos. Es el concepto equivalente a reducción de daños. También se ha definido como el conjunto de políticas y prácticas cuyo objetivo es prevenir o reducir contextos, situaciones o comportamientos asociados al uso de drogas que pueden suponer riesgos para la salud de la persona. Ver reducción de daños.

Rehabilitación. Proceso mediante el cual una persona con un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

Reinserción social. Proceso planificado, dinámico y multidimensional, constituido por acciones que pretenden promover y facilitar la autonomía personal y la participación social de las personas que presentan vulnerabilidad o han sido excluidas. En el campo de las drogodependencias se considera más adecuado el término de incorporación social. Ver incorporación social.

Reinserción laboral (en drogodependencias). Consiste en ofrecer orientación, asesoramiento y acompañamiento a personas que están en situación de exclusión social

y laboral, con el objetivo de facilitar su acceso al empleo y, a través de su incorporación al mercado laboral, favorecer distintas áreas de la incorporación social.

Resiliencia. Capacidad del individuo para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial después de haber sufrido un hecho traumático o estresante (ej., muerte del padre o de la madre, divorcio de los padres, abandono, pobreza extrema, padre alcohólico, malos tratos, abuso sexual, guerra, violencia, accidente, enfermedad, etc.). Las personas resilientes consumen menos drogas legales e ilegales.

Rush. Efecto inmediato placentero e intenso tras la inyección intravenosa de ciertas drogas (ej., heroína, morfina, cocaína, anfetaminas, etc.).

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El SIDA está producido por el virus del VIH. Este virus ataca al sistema inmune y deja al cuerpo vulnerable a una gran variedad de enfermedades. Estas enfermedades están causadas por hongos, bacterias y virus muy comunes que ordinariamente no ocasionan enfermedad a las personas sin VIH. Ver VIH.

Síndrome alcohólico fetal. Síndrome que se produce en hijos de mujeres con dependencia del alcohol caracterizado por defectos craneales, faciales, cardiovasculares y de las extremidades. Esto provoca déficits de crecimiento prenatal y postnatal, microcefalia, retraso en el desarrollo o retraso mental, etc.

Síndrome amotivacional. Conjunto de características que a veces se encuentran en los consumidores de cannabis como apatía, disminución de la capacidad de hacer planes complejos a largo plazo, baja tolerancia a la frustración, problemas de concentración, dificultades para seguir rutinas, etc.

Síndrome de abstinencia. Conjunto de signos y síntomas que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente. Los síntomas y signos del mismo varían de unas a otras sustancias. El síndrome de abstinencia es una característica que se produce en las personas con dependencia de sustancias. El síndrome de abstinencia es el polo opuesto de la intoxicación aguda.

Síndrome de abstinencia agudo (en opiáceos). Conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de un opiáceo cuando la persona es dependiente del mismo. Este síntoma de abstinencia puede ser espectacular, pero poco peligroso para el individuo, a diferencia de otros síndromes de abstinencia como el del alcohol.

Síndrome de abstinencia condicionado (en opiáceos). Es la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser re-expuesto, incluso meses más tarde, a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a

través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente.

Síndrome de abstinencia tardío (en opiáceos). Aparece después del síndrome de abstinencia agudo (después de 4-12 días de la aparición del síndrome de abstinencia). Se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia. Esto, cuando se da, acarrea múltiples problemas al individuo.

Síndrome de abstinencia prolongado. Es la presencia de síntomas del síndrome de abstinencia, normalmente leves pero molestos, que se mantienen en el tiempo durante semanas o meses tras la remisión del síndrome de abstinencia agudo. Se da en algunos casos de personas con dependencia de alcohol, sedantes y opiáceos.

Síndrome de dependencia. Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tenían el valor más alto para el individuo (ej., su familia, el trabajo, el dinero, etc.). Una manifestación característica del mismo es el craving o deseo intenso e irrefrenable de buscar, conseguir y consumir la sustancia. Ver dependencia de drogas.

Sobredosis. Consumo de una droga en una cantidad que produce efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis puede producir efectos pasajeros o prolongados e incluso la muerte (ej., en opiáceos).

Speedball. Combinación de un estimulante y un opiáceo (ej., cocaína y heroína; anfetamina y heroína).

Sustancia psicoactiva. Término utilizado por el DSM-IV y CIE-10 para referirse al abuso y dependencia de drogas. Se entiende por sustancia psicoactiva aquella sustancia (o droga) de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía en el organismo ejerce un efecto sobre el Sistema Nervioso Central, modificando el estado físico y mental del individuo (ej., el estado de ánimo, la percepción, la tolerancia al dolor, la sociabilidad, etc.), y que produce dependencia, síndrome de abstinencia y necesidad de su consumo por parte del individuo.

Sustancia psicotropa. Equivalente a sustancia psicoactiva. Ver sustancia psicoactiva.

Sustancias volátiles. Ver inhalantes.

Tabaco. Producto que se extrae de la planta *Nicotiana Tabacum* y del que se elaboran los cigarrillos, los puros y el tabaco para pipa y tabaco de liar, entre los más importantes. Su consumo produce dependencia y síndrome de abstinencia al dejar de consumirlo. Su principal alcaloide es la nicotina. Tiene propiedades tanto estimulantes como sedantes. Es la sustancia

psicoactiva que produce el mayor nivel de mortalidad prematura por las sustancias nocivas que van en el humo que se inhala. Ver nicotina.

Tabaquismo. Término derivado del francés *tabagisme* que se refiere al estado del fumador que tiene una profunda dependencia de la nicotina y, por consiguiente, manifiesta síntomas de abstinencia intensos. Equivalente a síndrome de dependencia del tabaco.

Tolerancia. Es uno de los criterios del síndrome de dependencia. Es el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. Este estado exige tomar mayor cantidad de la droga inicial para conseguir los mismos efectos que antes se conseguían con una dosis más baja. La tolerancia puede ser física, psicológica o conductual.

Tolerancia aguda. Es la adaptación rápida y temporal al efecto de la sustancia tras la administración de una sola dosis.

Tolerancia conductual o condicionada. Cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia.

Tolerancia cruzada. Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo aunque nunca se haya tomado (p. ej., la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina, y viceversa), cuando el consumo es crónico, y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

Tolerancia disposicional. Capacidad que tiene el organismo de convertir la droga circulante por el torrente sanguíneo en compuestos inactivos que son excretados.

Tolerancia farmacodinámica. Se produce por los cambios adaptativos de las células afectadas por la acción de una droga determinada. En este caso las células desarrollan mecanismos intrínsecos moleculares, enzimáticos, de regulación de receptores específicos y otros, mediante los cuales las células se adaptan a la acción de una droga determinada y no responden con la misma intensidad a la acción de ésta. Estos cambios producen que una misma cantidad de droga provoque un efecto menor que antes.

Tolerancia funcional. Disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia.

Tolerancia inversa. También conocida por sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido.

Tolerancia metabólica o farmacocinética. Es cuando al aumentar el metabolismo de la sustancia el organismo es capaz de eliminarla con mayor rapidez.

Toxicomanía. Término de origen francés para definir la adicción a las drogas.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Denominación que se aplica a los distintos trastornos que produce el consumo de sustancias psicoactivas (intoxicación, dependencia, síndrome de abstinencia).

Unidad de Bebida Estándar (UBE). Es el volumen de alcohol que contiene una bebida en gramos de alcohol. En España una UBE equivale a 10 gramos de etanol (ej., 1 vaso de vino, o 1 cerveza de 33 cl.); dos UBEs a 20 gramos (ej., una copa de una bebida destilada).

Vía parenteral. Introducción de un fármaco o droga en el organismo a través de una aguja que penetra la piel o las membranas mucosas para llegar al torrente circulatorio. En el caso de las drogas ilegales el objetivo es mediante una jeringa inyectar en una vena la sustancia psicoactiva.

Vías de administración de las drogas. Hay seis vías de administración: oral, en forma de ingestión, mascada o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; la nasal, esnifada; la intravenosa; la intramuscular o subcutánea; y la rectal. La vía de administración es la que facilita que la sustancia llegue con mayor o menor rapidez al cerebro.

VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es el responsable de la aparición del SIDA (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida). El consumo de drogas por vía parenteral, cuando no están esterilizadas las jeringuillas y se comparten entre consumidores, es una fuente de contagio.

Vulnerabilidad. Se refiere a una mayor probabilidad de daño en unas personas que en otras a causa de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y/o epidemiológicos, que condicionan decisiones, comportamientos y trayectorias de vida.

Zoopsia. Visión de animales (ej., serpientes, insectos) que normalmente forma parte de un delirium tremens o de otros estados de confusión o alucinación inducidos por sustancias.

APÉNDICE 2

RESUMEN DE EVIDENCIAS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS SEGÚN LA GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES¹

CRITERIOS UTILIZADOS

Niveles de evidencia:

1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis.
2. Ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.
3. Estudios descriptivos, comparativos y de casos controles.
4. Consenso de comités de expertos, informes técnicos de las autoridades sanitarias y series de casos.

GRADO DE RECOMENDACIÓN

De acuerdo con los niveles de evidencia descritos:

Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A (máxima)	1
B (alta)	2 y 3
C (media)	

¹ Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

1. ESTADIOS DE CAMBIO, ENTREVISTA Y TERAPIA MOTIVACIONAL

Estadios de cambio

- Los principios del Modelo Transteórico son aplicables a cualquier conducta que se quiera modificar. Nivel de evidencia 1.
- La utilización de los procesos de cambio difiere entre los estadios de cambio. Nivel de evidencia 1.
- La secuencia propuesta entre estadios y procesos de cambio no puede generalizarse a todas las áreas de intervención. Nivel de evidencia 1.
- Los procesos de cambio de carácter cognitivo son más utilizados por sujetos que progresan de precontemplación a contemplación. Nivel de evidencia 2.
- No se observan diferencias en los procesos de cambio entre las personas que avanzan y las que no lo hacen desde el estadio de contemplación al de preparación. Nivel de evidencia 2.
- El éxito en la progresión entre estadios se relaciona con la correcta utilización de los procesos de cambio en cada momento: procesos cognitivos en los primeros estadios y procesos conductuales a partir del estadio de acción. Nivel de evidencia 3.
- Los estadios no son categorías independientes. Nivel de evidencia 2.
- Existe una heterogeneidad de sujetos dentro de cada uno de los estadios. Nivel de evidencia 3.
- Existe disparidad entre la clasificación de estadios y su definición operativa. Nivel de evidencia 3.
- En la predicción del abandono del tratamiento entre adolescentes consumidores, tan sólo destaca la subescala de Precontemplación. Nivel de evidencia 3.
- Los procesos de cambio conductuales en el estadio de acción no permiten predecir por sí mismos la aparición de una recaída. Nivel de evidencia 3.

Entrevista y terapia motivacional

- La Entrevista Motivacional permite una elevada tasa de cumplimiento. Nivel de evidencia 3.
- La Entrevista Motivacional ofrece mejores resultados -reducción del consumo abusivo- en consumidores jóvenes que el no tratamiento. Nivel de evidencia 3.

- Los efectos de la Entrevista Motivacional decaen con el tiempo. Tiene una eficacia pequeña pero significativa a los 12 meses. Nivel de evidencia 1.
- La Entrevista Motivacional puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes. Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional no presenta mejores resultados que otras intervenciones breves o poco estructuradas. Nivel de evidencia 3.
- Una de las principales utilidades de la Entrevista Motivacional es incrementar la participación, la adherencia y la retención de los pacientes durante la fase inicial del tratamiento en modalidades más estructuradas y duraderas en el tiempo. Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional parece más indicada para el consumidor con mayor deterioro cognitivo. Grado de recomendación B.
- La Entrevista Motivacional puede estar más indicada para algunos perfiles de pacientes. Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base. Nivel de evidencia 1.
- Más que en los resultados del tratamiento, su utilidad parece focalizarse en la potenciación de otros tratamientos a través del incremento de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción). Nivel de evidencia 2.
- La Entrevista Motivacional es más eficaz que el no tratamiento. Nivel de evidencia 1.

2. TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas. Nivel de evidencia 1.
- El abordaje del entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de afrontamiento para personas con dependencia de alcohol y/o cocaína dentro de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento. Grado de recomendación A.
- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios. Nivel de evidencia 1.

Prevención de recaídas

- El Modelo de Prevención de Recaídas es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas. Nivel de evidencia 1.
- La prevención de la recaída debe utilizarse en los tratamientos de las conductas adictivas. Grado de recomendación A.

Manejo de contingencias

- El manejo de contingencias mediante vales canjeables mejora la adhesión y reduce las tasas de recaída en el tratamiento de la adicción al alcohol. Nivel de evidencia 2.
- Las terapias basadas en el manejo de contingencias (en particular, el empleo de incentivos contingentes a analíticas negativas, a la asistencia a las sesiones o a la implicación en actividades alternativas) son estrategias eficaces cuando se combinan con fármacos agonistas (metadona). Nivel de evidencia 1.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios, en combinación con naltrexona, reduce el consumo de heroína, mejora la retención e incrementa la adhesión a la medicación. Nivel de evidencia 1.
- Grado de recomendación A. Los tratamientos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con terapias de manejo de contingencias.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, mejora la retención y reduce el consumo de heroína. Nivel de evidencia 2.
- El Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína. Nivel de evidencia 1.
- El empleo de incentivos canjeables por bienes y servicios sin el uso coadyuvante de la medicación, mejora la retención y reduce el consumo de drogas. Nivel de evidencia 2.
- Grado de recomendación B. Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables, sobre todo cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios.

Terapia cognitiva

- La terapia cognitiva de Beck se ha mostrado superior al no tratamiento en las conductas adictivas, aunque no superior a otras modalidades psicoterapéuticas. Nivel de evidencia 2.

Modelos multicomponentes

- El Modelo Matriz, que incluye elementos propios de la prevención de la recaída, terapia familiar y grupal, educación sobre drogas y participación en actividades de autoayuda es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas. Nivel de evidencia 3.

Comunidades terapéuticas

- Las Comunidades Terapéuticas son modelos multicomponentes de tratamiento de las conductas adictivas que han mostrado efectividad principalmente en los primeros meses tras el abandono del consumo. Nivel de evidencia 2.
- Principalmente, el tratamiento en CT está indicado para pacientes con dependencia grave, pobre control de impulsos, con historia de fracasos en tratamientos menos intensivos y con escaso apoyo social. Nivel de evidencia 1.
- El perfil recomendado para el tratamiento en CT es el de pacientes con dependencia grave, policonsumidores, con historial largo de abuso de drogas con múltiples recaídas, con bajo apoyo social y orientados a la abstinencia. Grado de recomendación A.
- Los componentes activos de cambio de las CCTT son: control estimular, modelado, reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y feedback y reforzamiento de los progresos. Nivel de evidencia 2.
- El porcentaje de usuarios que abandonan el tratamiento en las CCTT es elevado y la mayoría de los abandonos se produce durante las primeras semanas de la admisión. Nivel de evidencia 1.
- Es recomendable desarrollar estrategias para incrementar la retención de los pacientes ya que el aumento de las tasas de retención está asociado a la reducción del consumo de drogas. Grado de recomendación B.
- Las CCTT son tratamientos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante un tiempo suficiente. La permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de tal forma que los sujetos que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellos que permanecen menos tiempo, y aquellos que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que los que lo abandonan prematuramente. Nivel de evidencia 2.
- Las CCTT obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente: consumo de drogas, conducta delictiva, psicopatología asociada y situación laboral. Nivel de evidencia 2.

- Los logros obtenidos por los tratamientos en CCTT se mantienen en seguimientos a largo plazo (de uno a cinco años). Nivel de evidencia 2.

Comparación con otros enfoques terapéuticos

- Las terapias cognitivo-conductuales son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado. Nivel de evidencia 1.

Formato individual vs. grupal

- La terapia cognitiva-conductual ha mostrado su efectividad tanto cuando se administra en formato individual como cuando se aplica en un contexto grupal. Nivel de evidencia 2.

Duración del tratamiento

- Aunque en algunas circunstancias y para algunos pacientes las intervenciones breves pueden resultar eficaces, un mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo-conductual está relacionada con mejores resultados a largo plazo. Nivel de evidencia 1.

Duración de los efectos

- Los efectos de la terapia cognitivo-conductual se extienden más allá del tratamiento, pero decaen con el tiempo. Nivel de evidencia 1.
- Sería importante diseñar programas de seguimiento tras el alta para procurar la consolidación de los cambios obtenidos mediante la terapia cognitivo-conductual. Grado de recomendación A.

Aplicación a poblaciones especiales: adolescentes

- La terapia cognitivo-conductual es eficaz con adolescentes consumidores de sustancias. Es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de terapia cognitiva conductual en adolescentes para prolongar en el tiempo los cambios suscitados por el tratamiento. Nivel de evidencia 2.
- Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta determinadas limitaciones si se quiere evitar un sobreaprendizaje de cuestiones antisociales y desadaptativas. Grado de recomendación B.

Tratamientos combinados

- La combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicoterapéuticas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada. Nivel de evidencia 1.

- La combinación de terapia farmacológica (interdictores del alcohol) y terapia psicológica fundamentalmente cognitivo-conductual mejora los resultados del tratamiento para la dependencia de alcohol y cocaína. Grado de recomendación B.
- Farmacoterapia y psicoterapia deben combinarse en función de las características del paciente adicto. Grado de recomendación B.
- Los tratamientos de sustitutivos opiáceos ofrecen mejores resultados cuando se acompañan de un abordaje psicoterapéutico. Grado de recomendación A.

Nuevas direcciones

- La terapia dialéctica es efectiva en pacientes con trastornos adictivos y trastorno límite de la personalidad comórbido. Nivel de evidencia 2.

3. TERAPIAS CENTRADAS EN LA FAMILIA

- Las intervenciones familiares en adolescentes con consumo de drogas aumentan el compromiso de los pacientes y las familias y la adherencia al tratamiento; reducen el uso de drogas post-tratamiento y mejoran el funcionamiento familiar y la normalización e incorporación social. Nivel de evidencia 3.
- Los tratamientos basados en la familia son eficaces en el abordaje de adolescentes con consumo de drogas. Grado de recomendación B.

Breve terapia familiar estratégica

- La Terapia Familiar Estratégica Breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes. Grado de recomendación A.
- La Terapia Familiar Estratégica Breve mejora la dinámica de funcionamiento familiar y los efectos persisten en el tiempo. Grado de recomendación B.
- La Terapia Familiar Estratégica Breve está especialmente indicada para las familias de adolescentes abusadores de drogas con mayor nivel de desestructuración. Grado de recomendación B.
- La Terapia Familiar Estratégica Breve centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de todo el núcleo familiar en la terapia. Grado de recomendación B.
- Las terapias individuales que tienen como diana la estructura familiar producen mejores resultados que las terapias individuales, que tienen como diana el cambio individual. Grado de recomendación B.

Terapia familiar multidimensional y multisistémica

- La terapia basada en la familia, sumada a programas de dispensación de metadona, mejora la retención, especialmente en pacientes con peor pronóstico inicial. Nivel de evidencia 1.
- La terapia familiar multidimensional muestra mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y grupo de iguales, además reduce el consumo de drogas durante el tratamiento. Nivel de evidencia 2.
- Los tratamientos basados en la familia con adolescentes, comparados con aquellos que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores. Nivel de evidencia 3.
- Consolidar una alianza duradera entre adolescente, profesional y familiares correlaciona con el éxito de la terapia. Nivel de evidencia 3.

Terapia conductual familiar y de pareja

- La terapia conductual de pareja, dirigida a mejorar las relaciones familiares, ayuda a incrementar las tasas de abstinencia. Nivel de evidencia 1.
- Con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas debe aplicarse terapia conductual familiar y/o de pareja. Grado de recomendación B.

5. TERAPIAS ANALÍTICAS Y PSICODINÁMICAS

- Las terapias de corte psicodinámico son efectivas para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Nivel de evidencia 4.

Terapia de soporte expresivo

- La terapia de apoyo expresiva aporta mejorías clínicas en pacientes de larga evolución. Nivel de evidencia 4.

Terapia interpersonal

- La Asociación Americana de Psiquiatría recomienda la terapia interpersonal en trastornos adictivos con un grado de recomendación C, igual que el resto de terapias psicodinámicas. Grado de recomendación C.

6. COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO INTEGRADO EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

- Los trastornos por abuso o dependencia de sustancias se acompañan, en un porcentaje variable pero elevado según los métodos diagnósticos empleados, por otros trastornos mentales y del comportamiento. La existencia de criterios para la clasificación de ambos trastornos (diagnóstico dual) determina una evolución y un pronóstico más complejo, que requieren, a su vez, un abordaje terapéutico más complejo. Nivel de evidencia 3.
- El tratamiento integrado para la patología dual es el más adecuado, ya que facilita la adherencia, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas. Grado de recomendación C.
- Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias. Grado de recomendación A.
- La terapia cognitivo-conductual ha mostrado su utilidad en adolescentes abusadores de alcohol con tendencia al suicidio. Nivel de evidencia 3.
- La terapia cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en el tratamiento de adolescentes con doble diagnóstico, con independencia de la psicopatología asociada. Nivel de evidencia 2.
- La terapia cognitivo-conductual, en solitario o en combinación con terapia farmacológica, produce cambios significativos en pacientes con trastornos del estado de ánimo, pero los logros decaen tras la fase de tratamiento. Nivel de evidencia 2.
- El manejo de contingencias ofrece mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual en la reducción del consumo de cocaína en el contexto de un programa de mantenimiento con metadona. Nivel de evidencia 2.
- La terapia dialéctica es eficaz en el tratamiento de sujetos con abuso de sustancias y trastorno límite de personalidad concurrente. Nivel de evidencia 3.
- Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas (por ej., intervenciones motivacionales) facilitan la reducción del consumo y la mejoría de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (por ej., personas sin hogar, inyectores en activo sin intención de abandono del consumo). Grado de recomendación B.

- La combinación de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares mejora la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con trastornos por abuso de sustancias. Grado de recomendación B.
- Diversas modalidades de tratamiento psicoterapéutico pueden mejorar la evolución de pacientes con abuso de sustancias y estrés postraumático concurrente. Nivel de evidencia 3.

EDITADO POR:



FINANCIADO POR:

