

Heroína, cocaína y drogas de síntesis

Elisardo Becoña Iglesias
Fernando L. Vázquez González



EDITORIAL
SINTESES

guías de intervención

psicología clínica

HEROÍNA, COCAÍNA Y DROGAS DE SÍNTESIS

ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
FERNANDO LINO VÁZQUEZ GONZÁLEZ



HEROÍNA, COCAÍNA Y DROGAS DE SÍNTESIS

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie:
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde

HEROÍNA, COCAÍNA Y DROGAS DE SÍNTESIS

**ELISARDO BECOÑA IGLESIAS
FERNANDO LINO VÁZQUEZ GONZÁLEZ**



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Elisardo Becoña Iglesias
Fernando Lino Vázquez González

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995811-7-0

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de los editores y de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Presentación

Capítulo 1. Introducción

- 1.1. El concepto de droga y drogodependencia
- 1.2. Prevalencia del consumo de drogas
- 1.3. El problema del consumo de drogas
 - 1.3.1. *Heroína*
 - 1.3.2. *Cocaína*
 - 1.3.3. *Drogas de síntesis*
- 1.4. Uso, abuso y dependencia de drogas
- 1.5. Intoxicación, síndrome de abstinencia y otros conceptos relevantes en drogodependencias
- 1.6. Problemas y patologías asociadas al consumo de drogas
- 1.7. Tipos de abordajes en drogodependencias
- Cuadro resumen
- Exposición de tres casos clínicos
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Etiología

- 2.1. Fase previa o de predisposición
 - 2.1.1. *Predisposición sociocultural*
 - 2.1.2. *Predisposición biológica*
 - 2.1.3. *Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia*
- 2.2. Fase de conocimiento
 - 2.2.1. *Ambiente, aprendizaje, socialización y expectativas*
- 2.3. Fase de experimentación e inicio al consumo
 - 2.3.1. *Factores de riesgo y de protección*
 - 2.3.2. *Disponibilidad de la sustancia*
 - 2.3.3. *Accesibilidad y precio de la sustancia*
 - 2.3.4. *Tipo de sustancia y percepción del riesgo de la misma*
 - 2.3.5. *Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones*
 - 2.3.6. *El estado emocional*
 - 2.3.7. *Habilidades de afrontamiento*
 - 2.3.8. *Prueba/no prueba de las sustancias disponibles*

- 2.4. Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia
- 2.5. Fase de abandono o mantenimiento
- 2.6. Fase de recaída
- Cuadro resumen
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación

- 3.1. Aspectos clave
- 3.2. Instrumentos de evaluación
 - 3.2.1. *Entrevistas*
 - 3.2.2. *Cuestionarios*
 - 3.2.3. *Autorregistros*
 - 3.2.4. *Pruebas psicofisiológicas*
 - 3.2.5. *Otras pruebas*
- 3.3. Diagnóstico y diagnóstico diferencial
 - 3.3.1. *Heroína*
 - 3.3.2. *Cocaína*
 - 3.3.3. *Drogas de síntesis*
- 3.4. Formulación del trastorno
- Cuadro resumen
- Exposición de la formulación clínica de los tres casos
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Tratamiento (I). Guía para el terapeuta

- 4.1. Objetivos del tratamiento de la dependencia a una droga
- 4.2. Dependencia de la heroína
 - 4.2.1. *Tipos de abordajes terapéuticos*
 - 4.2.2. *Objetivos*
 - 4.2.3. *Técnicas para los distintos objetivos del tratamiento de la dependencia de opiáceos*
 - 4.2.4. *Revisión crítica de los programas de intervención*
 - 4.2.5. *Problemas más habituales*
 - 4.2.6. *Exposición del caso: tratamiento y evolución del caso de dependencia de la heroína*
- 4.3. Dependencia de la cocaína
 - 4.3.1. *Objetivos*
 - 4.3.2. *Técnicas de tratamiento más habituales*
 - 4.3.3. *Consideraciones sobre el tratamiento farmacológico*
 - 4.3.4. *Revisión crítica de los programas de intervención*

- 4.3.5. *Eficacia de los distintos tratamientos*
- 4.3.6. *Programa de intervención: objetivos y técnicas para el tratamiento de la dependencia de la cocaína*
- 4.3.7. *Problemas más habituales*
- 4.3.8. *Exposición del caso: tratamiento y evolución del caso de dependencia de la cocaína*
- 4.4. Dependencia de las drogas de síntesis o de diseño
 - 4.4.1. *Objetivos*
 - 4.4.2. *Consideraciones sobre las intervenciones farmacológicas*
 - 4.4.3. *Revisión crítica de los programas de intervención*
 - 4.4.4. *Pautas para la reducción del riesgo de consumo*
 - 4.4.5. *Pautas para los padres*
 - 4.4.6. *Programa de intervención*
 - 4.4.7. *Exposición del caso: tratamiento y evolución de la persona consumidora de drogas de síntesis*

Cuadro resumen

Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Tratamiento (II). Guía para el paciente

- 5.1. Explicación resumida del problema
- 5.2. Objetivos y técnicas disponibles
 - 5.2.1. *Conozca su conducta*
 - 5.2.2. *El cambio es posible*
 - 5.2.3. *Todo problema tiene solución*
 - 5.2.4. *Busque apoyo*
 - 5.2.5. *Refuércese constantemente*
 - 5.2.6. *Afronte y venza el desánimo*
 - 5.2.7. *Descubra conductas alternativas*
 - 5.2.8. *Si ocurre una caída o recaída puede remontarla*
 - 5.2.9. *Si lo precisa, acuda a un profesional, a un centro de drogodependencias u otros servicios de su comunidad*
 - 5.2.10. *Ser feliz es más sencillo de lo que parece*

Cuadro resumen

Preguntas de autoevaluación

Lecturas recomendadas y bibliografía

Clave de respuestas

Presentación

El consumo de drogas es un fenómeno de gran relevancia en nuestro mundo actual. Es uno de los temas que preocupa a gran número de personas, especialmente a los padres de adolescentes, a los que tienen problemas de dependencia o a los que conocen a otras personas que consumen drogas en exceso o tienen dependencia de alguna de ellas.

El rango de las drogas psicoactivas es muy amplio, incluyendo las de tipo legal, como el tabaco y el alcohol, las de tipo ilegal, como la heroína, cocaína, hachís, drogas de síntesis, etc., y las que, utilizadas para fines curativos, pueden también ser usadas de forma abusiva (por ejemplo, la morfina), más bien por personas que no las tienen terapéuticamente indicadas para ese fin. De las anteriores son las legales las que producen el mayor grado de morbi-mortalidad. Sin embargo, a nivel de preocupación y de alarma social, son las drogas ilegales, y especialmente la heroína, la que ocupa el primer lugar. La falta de control ante la sustancia, organizar la vida en función de la misma, y tener que contar con mucho dinero para poder consumir la dosis que se precisa, con un coste elevado cuando el consumo es frecuente, llevan finalmente al individuo a sufrir múltiples problemas, tanto de tipo personal, como afectivo, familiar, laboral, legal, sanitario, social, etc.

El presente libro se centra en tres de las anteriores sustancias, la heroína, la cocaína y las drogas de síntesis. De ellas se presentarán sus características más relevantes, teorías explicativas, cómo evaluar a las personas que tienen dependencia de las mismas y cómo llevar a cabo el tratamiento. Con un sentido práctico se abordarán cada uno de los anteriores aspectos. Con ello esperamos conseguir que los lectores, sean terapeutas o estudiantes, tengan en sus manos un instrumento útil que puedan manejar con facilidad.

Tenemos que agradecer que a lo largo de la gestación de este libro varias personas hayan revisado partes del texto, aportado comentarios y sugerencias, discutido casos y técnicas de tratamiento, facilitando con ello que el libro sea más ágil y sencillo. De ellos queremos agradecer especialmente a Edilberto Alvarez Soto y María del Carmen Lorenzo, psicólogos clínicos, los cuales no solo nos han ayudado pacientemente en lo anterior sino que nos han aportado alguno de los casos que se exponen a lo largo del libro.

Finalmente, esperamos que este libro sea un grano de arena más que permita ayudar a las personas que tienen problemas de dependencia y que no quieren hacer un cambio o no saben cómo hacerlo. El capítulo final del libro les puede ayudar a ellos, o a las

personas más cercanas, a buscar ayuda o a intentar por ellos mismos los primeros pasos para comenzar a superar su problema.

Introducción

1.1. El concepto de droga y drogodependencia

Todos hemos escuchado hablar frecuentemente de las drogas. Todos también en un momento u otro hemos leído o expresado nuestra opinión sobre ellas. Es uno de los temas que más preocupan a la sociedad, el segundo actualmente, después del paro. No obstante, en los últimos años se ha hecho una gran labor educativa sobre las drogas que, junto al surgimiento de adecuados recursos terapéuticos, preventivos y de reincorporación social, permite ver hoy el problema de modo mucho más optimista que hace una o dos décadas.

Sin embargo, fuera del ámbito especializado, siguen estando presentes gran número de concepciones erróneas sobre las drogas. Unas por haber intereses en que se mantenga dicho desconocimiento, otras por la gran complejidad del problema y los múltiples abordajes que permite y, finalmente, por no siempre, o más bien escasamente, transmitir los medios de comunicación informaciones correctas en vez de otras sensacionalistas, inadecuadas, o descontextualizadas sobre esta problemática, sobre las distintas sustancias o sobre los consumidores.

Por ello, lo primero que se tiene que delimitar es qué se entiende por droga. La OMS define a una *droga* como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste y por *droga de abuso* cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral. Según esta definición de drogas se considera las que son de uso legal, como el tabaco y el alcohol, y las de uso ilegal, como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.

En la actualidad se utiliza con relativa frecuencia la palabra drogodependencia. La OMS definió este concepto en 1982 como “un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. Aunque en la actualidad no se habla técnicamente de drogodependencia, sino de dependencia a sustancias psicoactivas específicas, como un componente de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas. El término genérico de *trastornos por uso de sustancias psicoactivas*, según el DSM-IV, se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Existen varios tipos de drogas que se pueden agrupar en diversas categorías. Por

ejemplo, Shuckit (1995) las agrupa 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 (cuadro 1.1).

1.2. Prevalencia del consumo de drogas

La incidencia del consumo de drogas tiene una gran relación con la edad. Mientras que con frecuencia la población asocia el consumo de drogas con la heroína, la realidad es que en la adolescencia predomina el consumo de drogas legales, especialmente el alcohol y el tabaco, seguido a cierta distancia del hachís. Este hecho aparece reflejado en los últimos datos disponibles sobre consumo en España, que se obtuvieron a través de la encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas, realizada en 1997 por el Plan Nacional sobre Drogas, y la encuesta escolar sobre consumo de drogas de 1996. En la primera de estas dos encuestas se evaluó el consumo de drogas en la población general. Como se puede ver en el cuadro 1.2, la diferencia de consumos entre las drogas legales y las demás es abismal. Aquí claramente hay que diferenciar el daño para la salud individual (por ejemplo, el cáncer de pulmón en el fumador; la cirrosis hepática en la persona con dependencia al alcohol) de la enorme alarma social que produce el consumo de drogas ilegales, especialmente el consumo de heroína, muy relacionado con conductas delictivas para conseguir dinero, que realizan una parte de los adictos para mantener la adicción.

Cuadro 1.1. Clasificación de las drogas según Shuckit (1995)

Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, drogas ansiolíticas
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoles	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis
	Aerosoles, colas, tolueno, gasolina,

	disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen; atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fencididina (PCP)

Cuadro 1.2. Resumen de consumos a diario y en el último mes de las distintas drogas, población de 15 a 65 años

Sustancia	% consumo a diario	% consumo último mes	% consumo último año
Tabaco	32,9	40,7	45,0
Alcohol	12,9	60,7	77,7
Cannabis	0,9	4,0	7,5
Éxtasis	0,2	1,0	
Inhalables	0,06	0,16	
Base, basuco, crack		0,04	0,15
Cocaína	0,8	1,53	
Anfetaminas, speed		0,24	0,87
Alucinógenos	0,23	0,89	
Heroína	0,15	0,23	
Otros opiáceos		0,08	0,13

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas (1997).

Cuadro 1.3. Estudiantes de 14 a 18 años de edad que han consumido alguna vez en su vida distintas sustancias así como en los últimos 30 días junto a la edad media de inicio (1996)

Sustancia	% de consumo en los últimos 30 días	% de consumo alguna vez en su vida	Edad media de inicio del consumo
Alcohol	65,7	83,6	13,7
Tabaco	29,2	34,6	13,3
<i>Cannabis</i>	15,7	26,0	15,0
Tranquilizantes	2,2	5,9	13,8
Alucinógenos	2,6	6,5	15,4
Éxtasis y similares	2,2	5,1	14,9
Anfetaminas	2,4	4,9	15,5
Sustancias volátiles	1,2	3,3	13,1
Cocaína	1,5	3,2	15,7
Heroína	0,3	0,6	–

En la segunda encuesta sobre drogas, en la que se incluyó a jóvenes escolarizados entre 14 y 18 años, se detectó un nivel de consumo elevado en los últimos treinta días, así como una alta prevalencia de vida de consumo de drogas ([cuadro 1.3](#)). Al igual que lo que ocurría para la población general, las drogas legales son las que tienen una mayor relevancia. Se consumen mucho más que las demás, aunque en este grupo de edad el consumo de *cannabis* es muy elevado.

De las drogas existentes, como se puede observar, las más relevantes a nivel epidemiológico son el alcohol y el tabaco, que además son drogas legales. De las drogas ilegales la de mayor consumo es el *cannabis*. La heroína, sin embargo, es la que recibe mayor atención y a la que se le dedican mayores recursos terapéuticos entre las drogas ilegales. En los últimos años también ha cobrado un gran interés el abordaje terapéutico de la dependencia de la cocaína y de las drogas de síntesis, dado que el consumo de estas sustancias se ha incrementado vertiginosamente.

1.3. El problema del consumo de drogas

El consumo de drogas tiene una prevalencia importante, enorme en algunos casos. El interés por ellas reside no sólo en esta alta prevalencia, sino porque acarrea graves problemas a muchas de las personas que las consumen.

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es actualmente el principal problema de salud pública en los países desarrollados. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas produce cada año más muertes, enfermedades y discapacidades por enfermedades, accidentes coronarios y de tráfico, agresiones, etc., que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida. El coste económico que supone esta epidemia para

todas las administraciones públicas es enorme (aunque también reciben sus beneficios en forma de impuestos y ahorro en pensiones por años de vida perdidos), pero más importante aún es la morbi-mortalidad relacionada con el consumo de drogas.

Un análisis más minucioso y frío de los datos anteriores indicaría que el principal problema relacionado con las drogodependencias es el abuso y dependencia del alcohol, por los graves problemas personales, familiares y sanitarios que acarrea, junto a la dependencia de la nicotina, en este caso por la alta mortalidad que produce fumar cigarrillos. Se calcula que en España un 7,6% de la población es consumidora excesiva de alcohol (2.900.000 de personas) y un 4% dependientes del alcohol (1.600.000 de personas). Además, el tabaco produce la muerte prematura de 46.000 personas cada año. Claramente el coste económico, personal y social que producen estas drogas son enormes.

Pero el problema social más importante que observa la población ante el fenómeno de las drogodependencias se relaciona básicamente con la heroína. En la actualidad, en España unos 100.000 heroinómanos se encuentran en tratamiento, de los que aproximadamente la mitad están tratados con metadona. También en los últimos años destaca el incremento del consumo de *cannabis* y está aumentando fuertemente el consumo de nuevas sustancias, como ocurrió con la cocaína y, más recientemente, con las drogas de síntesis.

La edad de inicio de los consumidores de drogas de síntesis está entre los 19 y 20 años de media, aunque se encuentran casos antes de estas edades. Se asocian con frecuencia con el consumo de alcohol, *cannabis* y cocaína y a “salir de marcha”. Se observa que los hombres predominan sobre las mujeres y que suele ser una droga de jóvenes.

El consumo de heroína es más frecuente en los varones. La media de inicio al consumo se sitúa en los 20 años. Los consumidores de heroína se caracterizan por ser politoxicómanos: previamente a la heroína han probado y/o han sido dependientes de gran número de drogas legales e ilegales. En los últimos años los heroinómanos están pasando de consumir drogas administradas por vía intravenosa a otras vías (por ejemplo, fumada), que no comportan riesgos de contagio, VIH, hepatitis B, etc.

Otra droga predominantemente masculina es la cocaína. La edad media de inicio al consumo de esta sustancia es de 21 años. La prevalencia de consumo es mayor que la de la heroína. Hasta hace poco tiempo muchas personas tenían la percepción de que su consumo no conllevaba riesgo. Su uso está muy asociado a salir de noche, ir de fiesta y “aguantar” el mayor tiempo posible.

1.3.1. Heroína

La heroína es un opiáceo descubierto hace ya un siglo ([recuadro 1.1](#)). Hasta hace unos años se administraba fundamentalmente por vía intravenosa; hoy sólo lo hace de esta forma un 23%. 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.

Recuadro 1.1 ***Los opiáceos***

La heroína es un opiáceo y, como todos ellos, un derivado del opio (*Papaver somniferum*). La morfina es el principal alcaloide del opio, y ese nombre se le puso en honor de Morfeo, el dios del sueño. Tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor y, en la actualidad, es una terapéutica habitual en cánceres terminales. Es el mejor analgésico natural que se conoce.

Los primeros “morfinómanos” fueron fundamentalmente profesionales de la medicina. En las guerras, la aparición de la jeringa y su poder analgésico permitieron una rápida difusión de la misma. El control actual de la morfina hace que no sea una droga de abuso importante fuera de su administración terapéutica para el dolor

La heroína fue descubierta en 1874 en la empresa farmacéutica Bayer por el doctor Heinrich Dresser. Cuando se comercializó, a finales del siglo pasado, se decía de ella que era una sustancia cuyas cualidades no producían hábito, era fácil de usar y, curiosamente, era la única sustancia con la que se podía curar con rapidez a los morfinómanos. Además, al ser un derivado del opio, era eficaz para el tratamiento de la tos y de la disnea en asmáticos y tuberculosos. Durante los diez años en que estuvo comercializada su difusión fue enorme, incluso la heroína llegó a sustituir a la morfina en China. En la actualidad es la droga que acarrea más problemas sanitarios, de orden público y de alarma social.

Otro opiáceo es la *metadona*, en este caso sintético, que se utiliza como sustitutivo de la heroína en muchos programas de tratamiento. Igual ocurre con el *Laam*, otro opiáceo que se utiliza para el tratamiento de los heroínómanos.

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 tres a seis horas. Después de la misma hay un fuerte deseo de conseguir más droga para obtener esos efectos.

Hay que diferenciar la heroína blanca de la marrón. La blanca es soluble, es una sal; la marrón es base y para poder inyectarla es necesario mezclarla con limón. Gusta más la heroína blanca, siendo predominante, por ejemplo, en ciudades como Barcelona. El que exista un tipo u otro de heroína es importante para la vía de uso (inyectada, fumada).

La intoxicación por heroína tiene síntomas muy característicos, como una miosis muy intensa (pupilas en punta de alfiler), junto a otros como 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 desde que el individuo tenía que haberse administrado la dosis, sobre las ocho horas desde el último consumo. 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. 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 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, lo que produce una elevada mortalidad. Se producen numerosas muertes por sobredosis debidas 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 son claramente peligrosos para la salud.

También en los últimos años ha cobrado relevancia el preparado conocido como *speedball*, donde se mezcla heroína con cocaína, al ser ambas solubles. Este preparado es peligroso porque ambas sustancias actúan sinérgicamente deprimiendo la función respiratoria.

1.3.2. Cocaína

La coca se puede tomar en forma de hojas masticadas, polvos de clorhidrato de

cocaína para esnifar o inyectarse, y el *crack* para fumar o, como ya se ha dicho anteriormente, mezclada con heroína (*speedball*) (recuadro 1.2). En nuestro medio está comercializado el clorhidrato de cocaína, que es el que recibe realmente el nombre de cocaína. El modo más rápido de absorción de la cocaína es 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 casi-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, éste se da 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.

Recuadro 1.2 **¿Qué es la cocaína?**

La cocaína se extrae del arbusto de la coca (Erythroxylum coca). Se puede tomar en forma de hojas de coca y, en su estado manufacturado, su alcaloide cocaína o el subproducto crack. La cocaína propiamente dicha es clorhidrato de cocaína; el crack es pasta base de coca amalgamada con bicarbonato sódico.

En toda América del Sur el consumo de coca en forma de hojas masticadas es muy antiguo. Sus propiedades, como impedir la aparición del cansancio, eliminar la sensación de hambre, perder la sensación de frío y actuar como anestésico, tenían una enorme utilidad en muchas zonas donde el hombre vivía y vive a miles de metros de altitud sobre el nivel del mar. Los conquistadores españoles utilizaron mucho las hojas de coca para el control de los indios: les pagaban con ellas para así conseguir que trabajasen más y comiesen menos. Llegó a ser tan importante su consumo que se estableció una medida de distancia, la *cocada*, que era el tiempo que tardaba el indio en masticar una bola de hojas de coca de un punto a otro.

A mediados del siglo pasado Nieman y Wolter aislaron el alcaloide cocaína. Se utilizó inicialmente para el tratamiento de los morfinómanos con resultados desastrosos. Señalar aquí los estudios sobre la cocaína de Sigmund Freud, originalmente publicados en 1885, donde concluyó que su uso moderado “no perjudicaba al cuerpo”. El fracaso del tratamiento de su amigo Fleischl le afectó de forma considerable.

A principios de este siglo se produjo una epidemia de cocaína en Europa, que empezó a remitir a partir de la Convención del Opio de 1925. En los últimos años se está produciendo una introducción masiva de dicha sustancia. Muchos de sus consumidores creen que no tiene efectos o graves efectos en la salud, cuando realmente sí los produce.

Un derivado reciente de la coca es el *crack*. Se consume de forma fumada. Recibe su nombre del ruido que producen los cristales del mismo al romperlo, conocido también por “la cocaína de los pobres”, ya que es mucho más barata que la cocaína.

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 con otras drogas, el consumidor de cocaína suele serlo también de otras, con abuso o dependencia, como alcohol, hipnóticos o ansiolíticos, con el objetivo 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 querencia, 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 de síndrome. Este hecho se aduce con frecuencia como apoyo de la hipótesis de la automedicación. 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.

1.3.3. Drogas de síntesis

Estas sustancias, 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 (recuadro 1.3). 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.

Recuadro 1.3

¿Qué son las drogas de síntesis o de diseño?

Se engloban con la denominación de *drogas de síntesis* una serie de sustancias psicoactivas sintetizadas químicamente de forma ilegal, con una estructura química parecida a la de algunos fármacos que son o fueron utilizados en terapéutica. Pertenecen a varios grupos farmacológicos, aunque entre las drogas de síntesis destacan las de tipo anfetamínico. La de uso más común es el éxtasis (MDMA), que fue sintetizada en 1912 en Alemania como anorexígeno.

Este tipo de drogas se pueden obtener fácilmente en un laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias, teniendo múltiples posibilidades su fabricación, sin necesidad de sustancias naturales ni de productos químicos sofisticados sino de sustancias de fácil compra para combinar con la metanfetamina. Pueden llegar a tener un poder enorme y, además, ocupan muy poco espacio al ser algunos de estos productos muy concentrados.

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 tales como el alcohol, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos.

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

1.4. 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. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa 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, denominado *síndrome de dependencia*, según la CIE-10, se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas 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, aun 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 del resto de las características de la dependencia de lo que sucede en individuos no dependientes.

Según la CIE-10, para diagnosticar dependencia de una droga, se debe considerar: *a)* la evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de la sustancia durante los intentos de abandono de su consumo; *b)* el deseo de dejar de consumir; *c)* un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; *d)* evidencia de fenómenos de neuroadaptación como la tolerancia o la dependencia; *e)* si hay un consumo de drogas con la finalidad de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; *f)* el predominio de conductas de búsqueda de droga en decremento de otras prioridades importantes en la vida del individuo; y, *g)* un rápido resurgimiento de la dependencia después de un período de abstinencia.

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* 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 propensión 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 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 para la dependencia y el abuso de sustancias se muestran en los cuadros 1.4 y 1.5.

Cuadro 1.4.
Criterios para la dependencia de sustancias, según el DSM-IV

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

Cuadro 1.5.
Crterios para el abuso de sustancias, según el DSM-IV

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.

1.5. Intoxicación, síndrome de abstinencia y otros conceptos relevantes en drogodependencias

Junto a los conceptos de dependencia y abuso de sustancias hay otros conceptos de enorme relevancia en el campo de las drogodependencias. Dos de los más importantes son los de *intoxicación* y *síndrome de abstinencia*.

La *intoxicación* es un estado transitorio que sigue a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol, en el que se producen alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas. Los criterios diagnósticos del DSM-IV para la intoxicación por sustancias se exponen en el capítulo 3. Los síntomas van más allá de la mera intoxicación física, ya que con ella se consigue producir trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora.

Uno de los efectos más indeseables del consumo de drogas es el *síndrome de abstinencia*. Se produce cuando la persona manifiesta un estado de abuso o dependencia de una sustancia y deja de consumirla bruscamente o la dosis consumida es insuficiente. El reforzamiento negativo, que se produce por el alivio de ese estado cuando la persona toma la cantidad de droga necesaria para evitarlo, es el que induce las típicas conductas de búsqueda de la droga. La persona busca la droga con persistencia y, conforme transcurre el tiempo, la consecución de nuevas dosis se convierte en una parte básica y, a veces, la más importante de su vida.

En el caso de los opiáceos, se diferencia el síndrome de abstinencia agudo, el síndrome de abstinencia tardío y el síndrome de abstinencia condicionado. El *síndrome de abstinencia agudo* consiste en un conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos, que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. El síndrome de abstinencia agudo en consumidores de

opiáceos suele ser espectacular, pero poco peligroso, a diferencia de otros síndromes de abstinencia agudos, como ocurre con el del alcohol y el de los barbitúricos; son menos impactantes, pero muy peligrosos e incluso pueden conducir al sujeto a la muerte.

El *síndrome de abstinencia tardío* aparece de cuatro a doce días después del síndrome de abstinencia agudo. Se caracteriza por un conjunto de disfunciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo período de tiempo, meses o años, después de haber logrado la abstinencia.

El *síndrome de abstinencia condicionado* consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no toma droga, al exponerse a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo de la sustancia de la que era dependiente, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano. El sujeto experimenta períodos de gran ansiedad y miedo al revivir la situación que siguió a la abstinencia. Se incrementa el riesgo de que vuelva a usar droga con la finalidad de evitar esos efectos negativos que se producen en su organismo sin razón aparente. A este síndrome se le conoce popularmente con el nombre de *flash-back*.

La tolerancia, la vía de administración y la politoxicomanía son conceptos clave cuando hablamos de adicciones. La *tolerancia* es un 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. El proceso de metabolismo de la droga limita la duración de su efecto. La exposición iterativa ocasiona que la droga se metabolice con mayor rapidez y la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. Para obtener el mismo efecto anterior hay que aumentar la dosis y la frecuencia de administración de la misma.

Se conocen varios tipos de tolerancia. La *tolerancia cruzada*, que es un 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, por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina y viceversa, y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos. La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Así, también existe el fenómeno de la *dependencia cruzada*, que se refiere a la capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra. Por ejemplo, la metadona puede suprimir el síndrome de la abstinencia de la heroína y, los tranquilizantes, el del alcohol. De hecho, la mayoría de los métodos de desintoxicación se basan en el fenómeno de la dependencia cruzada.

Las drogas se pueden tomar a través de seis *vías de administración*: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y rectal. La vía pulmonar es la que permite que la droga llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso, la dosis y la frecuencia de consumo desempeñan un papel importante para pasar del uso al abuso y, finalmente, a la dependencia. En función de la vía de administración y del tipo de drogas, así será el

efecto más o menos inmediato de ellas y las consecuencias físicas y psicológicas que produzcan. La vía de administración más problemática es la intravenosa, especialmente en el caso de la heroína.

Por último, se habla de *politoxicomanía*, *poliadicción* o *uso de sustancias múltiples* cuando una persona con un diagnóstico principal de dependencia de una sustancia psicoactiva presenta al mismo tiempo dependencia de otra u otras sustancias. Por ejemplo, el consumidor de heroína que consume cocaína cuando escasea la primera o, el consumidor de cocaína, que toma con frecuencia alcohol o ansiolíticos para contrarrestar el efecto de la ansiedad. Los consumidores de heroína o *cannabis* también suelen consumir sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, etc. En la actualidad, éste es un fenómeno frecuente, fundamentalmente cuando el consumo principal es la heroína. El sujeto puede usar otras sustancias psicoactivas, bien porque no hay heroína disponible en un momento puntual, bien para contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia o también para incrementar los efectos de la misma.

1.6. Problemas y patologías asociadas al consumo de drogas

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio sociocultural (legales-ilegales, institucionalizadas-no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas) o con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas. Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto.

El DSM-IV considera 11 clases de sustancias: 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).

El consumo de sustancias psicoactivas puede producir un gran número de efectos y trastornos de tipo físico y mental. El DSM-IV considera que el consumo de drogas puede producir los siguientes trastornos clínicos: abuso, dependencia, intoxicación, síndrome de abstinencia (con y sin *delirium*), trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo u otros. Para algunas sustancias, como es por ejemplo la heroína, las consecuencias físicas son claras, especialmente cuando se inyecta con agujas usadas. En este caso, la persona se expone a contraer la hepatitis, la tuberculosis y el VIH o SIDA. En el [cuadro 1.6](#) se exponen los trastornos mentales inducidos por sustancias y, en el [cuadro 1.7](#), la problemática asociada al consumo de heroína. Los problemas médicos y legales derivados del consumo de heroína han provocado una gran alarma social, lo que a su vez ha facilitado la aparición de una amplia red de tratamiento. En la actualidad, la gran mayoría de las personas

dependientes de la heroína están en tratamiento, aunque no siempre se han conseguido resultados exitosos, ni se ha podido contener o disminuir de modo significativo la problemática de este consumo.

Cuadro 1.6. Trastornos mentales inducidos por sustancias, según el DSM-IV

-
-
- *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*).
-

Cuadro 1.7. Problemática asociada al consumo de heroína

-
-
- Psicopatología producida y asociada al consumo de heroína:
 - Trastornos por consumo de opiáceos: abuso y dependencia de opiáceos.
 - Trastornos inducidos por opiáceos: intoxicación y abstinencia.
 - Otros trastornos inducidos por opiáceos:
 - Trastornos psicóticos.
 - Trastornos del estado de ánimo.
 - Trastornos sexuales.
 - Trastornos del sueño.
 - El trastorno dual.
 - Los problemas médicos asociados al consumo de heroína.
 - Los problemas legales asociados al consumo de heroína.
-

1.7. Tipos de abordajes en drogodependencias

En el campo de las drogodependencias se consideran tres tipos de abordajes generales: la prevención, el tratamiento y la reinserción o reincorporación social.

La prevención es fundamental para que las personas no comiencen a usar drogas o, si ya las consumen, que las abandonen antes de que se hagan adictos. Los que ya lo son,

necesitan acudir a tratamiento para dejar su adicción, y una vez que lo consigan, evitar que recaigan. Pero de poco van a servir estas acciones si no se consigue que no aparezcan nuevos adictos o, al menos, que se mantenga en el mismo nivel o en un nivel inferior al actual el número de personas que se hacen dependientes a las distintas sustancias, esto es, al tabaco, al alcohol, a la heroína, a la cocaína, a la marihuana, a las drogas de síntesis, etc. La prevención es indispensable para evitar que el consumo de drogas se convierta en un problema social de gran magnitud.

La prevención se orienta de modo especial, en los jóvenes, a la prevención de las drogas legales, el tabaco y el alcohol, y, en ocasiones, al hachís y a las drogas de síntesis. Lo que se pretende es que no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias, o a retrasar la edad de inicio de la prueba y el posterior consumo regular, el abuso y la dependencia. La idea que subyace a todo ello es que si se previene el consumo de este tipo de drogas, impidiendo su uso o retrasando su inicio, se evitarán no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que producen las drogas legales, sino que también se impedirá que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína. Esto es lo que se conoce como *el fenómeno de la escalada*, ya que un porcentaje importante de usuarios de drogas legales terminarán consumiendo drogas ilegales.

Para la realización de un buen programa preventivo hay que partir de los factores de riesgo y de protección para una o varias sustancias. En la actualidad se dispone de adecuados programas preventivos, aunque se le sigue dando prioridad al tratamiento.

El tratamiento se ha desarrollado mucho en este campo, ante la gran alarma social que ha producido el fenómeno de las drogodependencias en los últimos años. Los próximos capítulos se orientan a la exposición de varios de ellos para la heroína, la cocaína y las drogas de síntesis.

Finalmente, la incorporación social es un paso fundamental para que la persona, una vez que ha superado su problema de adicción, pueda volver a integrarse de pleno derecho al sistema social, tanto a nivel laboral, como de incorporación al resto de las actividades de su medio. Es un aspecto crucial para finalizar el proceso de cambio.

Cuadro resumen

- Se considera una droga de abuso a toda sustancia que, tomada a través de cualquier vía de administración, altera el estado de ánimo, la percepción y el nivel de funcionamiento cerebral.
- El término genérico de *trastorno por uso de sustancias psicoactivas*, según el DSM-IV, se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en un organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos

incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

- Las drogas se pueden administrar a través de varias vías: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y rectal.
- La heroína es un derivado de la morfina y el principal opiáceo utilizado como droga de abuso. Tiene efectos similares a la morfina, salvo que con una dosis diez veces menor de heroína se obtienen efectos comparables.
- La cocaína es uno de los estimulantes naturales del sistema nervioso central más potentes que se conocen, que produce un grado elevadísimo de dependencia psicológica. Tomada en dosis altas o durante mucho tiempo puede provocar alteraciones psíquicas importantes.
- Las drogas de diseño son aquellas que han sido creadas en laboratorios a partir de otras drogas, especialmente las meta-anfetaminas. La más común es el “éxtasis”. Algunas pueden producir alucinaciones.

Exposición de tres casos clínicos

En los [recuadros 1.4, 1.5 y 1.6](#) se presentan, respectivamente, tres casos de personas con dependencias: de la heroína, cocaína y la de un consumidor de drogas de síntesis.

Recuadro 1.4

Caso de persona con dependencia de la heroína

Daniela, de 25 años de edad, acude a tratamiento a finales de 1995, acompañada de su madre. El motivo de consulta es que ve actualmente su situación como límite y requiere se le aplique un tratamiento urgente, ya que su otra alternativa al estado en que se encuentra es quitarse de en medio; esto es, suicidarse. Trabaja como chica de alterne para poder mantener su consumo, viviendo por su cuenta, fuera de la casa de sus padres.

Es la hija mayor, teniendo una hermana de 19 años y un hermano de 14. Ambos estudian. Sus padres se separaron cuando ella tenía 11 años. Su madre trabaja como empleada de hogar. Realizó estudios de FP aunque no los finalizó. Abandonó el hogar de su madre a los 18 años.

Comenzó fumando porros y consumo alcohol a los 13 años, poco tiempo después de que su padre les abandonase. A los 16 años la llevó su madre al psiquiatra. A esa edad bebía por las mañanas y se emborrachaba de vez en cuando. De los 16 a los 18 años dejó de fumar porros y beber alcohol en exceso, pero a los 18 años volvió de nuevo a consumir y a los 19 años comenzó a esnifar heroína. A los 20 años estuvo en una unidad asistencial donde se desintoxicó pero volvió a consumir al poco tiempo. A los 21 años quedó embarazada. Volvió a un centro de tratamiento, en donde estuvo poco tiempo, abandonándolo una vez que abortó. Siguió consumiendo heroína, conociendo a un chico que acababa de salir de la cárcel, también consumidor. Con él realizaban atracos a mano armada hasta que fue detenida, estando dos años en la cárcel. Luego siguió consumiendo y obteniendo el dinero para la droga de su trabajo en una barra americana.

En el momento de acudir a tratamiento consumía dos gramos diarios de heroína junto con cocaína desde hacía cuatro meses. Además, consumía alcohol habitualmente y fumaba cigarrillos diariamente.

En el momento de acudir a tratamiento tenía pendientes varios procesos penales por robos e intento de

homicidio. En uno de ellos le pedían ocho años de cárcel. Esto le presionaba mucho psicológicamente, de tal modo que pensaba que seguramente tendría que cumplir una larga condena en la cárcel.

Recuadro 1.5 ***Caso de persona con dependencia de la cocaína***

Juan tiene 26 años, es consumidor habitual de cocaína, y acude a consulta porque se siente mal, con una angustia permanente. Considera que tiene problemas importantes en su vida que lo están desbordando. Cree que ello es debido a un consumo excesivo de cocaína. Él ha concluido que tiene un desajuste emocional debido a ello. Desde hace dos meses no trabaja; dejó el trabajo que tenía desde hace cuatro años de administrativo en una empresa, para intentar ponerse bien, ya que no resistía en el mismo. Está quedándose sin dinero por lo mucho que le cuesta la cocaína.

Empieza a somatizar algunos problemas, como que tiene miedo de que se le pueda parar el corazón, perder el control físico y emocional, una gran angustia y miedo a que le pueda dar algo y que esté solo y, en suma, a morirse. Padece insomnio. En ocasiones tiene un fuerte bajón y se siente deprimido, especialmente cuando no puede consumir cocaína en la cantidad que desearía. Ha dejado de hacer deporte (jugaba al fútbol).

Consumió alcohol desde edades tempranas. Siempre se ha considerado tímido. Por ello, empezó fumando hachís en la adolescencia, a partir de los 16 años, pasándose pronto a la cocaína. De este modo esperaba verse desinhibido, especialmente cuando mezclaba cocaína con cerveza. Una vez tuvo un importante incidente con la cocaína. Tomó mucha durante varios días, se sintió mal de repente y a partir de ahí cree que le va a pasar algo, al tiempo que no es capaz de prescindir de ella. Esto le produce en ocasiones una gran ansiedad y mucho miedo. Estos síntomas han persistido en los últimos seis años. Además, esperaba que remitiesen al dejar el trabajo pero siguen igual. Los amigos con los que sale consumen tanto cocaína como otras sustancias, lo que le produce mucho miedo.

Es hijo único y vive con sus padres. Su padre, según él, toma mucha medicación para los nervios y está enfermo, habiendo conseguido la baja permanente a los 50 años. Su madre tiene una tienda de ropa y siempre es la que ha trabajado y mantenido a la familia.

Lleva saliendo desde hace tres meses con una chica, pero tiene problemas con ella por su vida desordenada. Ella le echa en cara que sale mucho con sus amigos y ha descubierto que tanto él como ellos consumen drogas abusivamente.

Se le diagnostica en el momento de acudir a tratamiento dependencia de la cocaína junto a trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia e insomnio.

Recuadro 1.6 ***Caso de persona consumidora de drogas de síntesis***

José, de 18 años, acude a tratamiento acompañado de su madre. Ésta ha descubierto que está consumiendo drogas y se siente muy preocupada por ello. Además, está llegando a casa con borracheras cada vez más frecuentes, especialmente los fines de semana.

Vive con su madre y con una hermana de 16 años. Tiene otros dos hermanos de 22 y 26 años que viven independizados. Sus padres se divorciaron hace cinco años. Su padre les pasa la pensión y su madre trabaja en unos grandes almacenes. Está estudiando 2.º de BUP como repetidor. Como tiene mucho tiempo

libre, pasa la mayoría de él divirtiéndose o bien trabajando cuando encuentra algo interesante. Entre el dinero que quita trabajando esporádicamente y el que le dan dispone de una gran cantidad para gastar al mes (entre 80.000 y 100.000 ptas.), de las cuales gasta de 25.000 a 30.000 en drogas. Ha probado todo tipo de sustancias, como alcohol, tabaco, porros, entre 12 y 14 años, junto a LSD, setas alucinógenas, cocaína y éxtasis. Estas dos últimas son las sustancias que consume más recientemente. La cocaína desde hace un año y el éxtasis desde hace seis meses. En un día de marcha normal bebe en abundancia, llegando con frecuencia a embriagarse, consume alguna vez por semana coca y éxtasis, siempre que sale de marcha, dos o tres pastillas. En la semana anterior había combinado cocaína con éxtasis. Para él con esas sustancias puede estar toda la noche de marcha con su novia. Ésta, a su vez, consume drogas como él, especialmente alcohol, tabaco, cocaína y éxtasis en las salidas de fin de semana. El último fin de semana, en el que salieron viernes y sábado, se embriagaron en ambas ocasiones, lo que hicieron igualmente en el fin de semana anterior. Por la semana, aunque bebe, no se embriaga. Para él, tanto con el alcohol como con las otras drogas consigue divertirse más y mejor, de ahí que le guste mucho colocarse, aparte de que con ellas afirma que se liga más y que las sensaciones, la música y los demás se ven de un modo especial, muy agradable y gratificante.

No asume que tenga problemas, ya que él consume lo que consume como hacen los demás. Afirma que tiene control sobre lo que consume y sabe donde están los límites. Consumiendo drogas lo pasa mejor y todos sus amigos, novia y gente que sale de marcha acaba emborrachándose porque así hay un mejor rollo.

Preguntas de autoevaluación

1. La sustancia adictiva que genera más mortalidad es:
 - a) El alcohol.
 - b) El tabaco.
 - c) La heroína.
 - d) La cocaína.
 - e) Los alucinógenos.

2. La droga ilegal más consumida en España es:
 - a) LSD.
 - b) Éxtasis.
 - c) *Cannabis*.
 - d) Cocaína.
 - e) Heroína.

3. El principal opiáceo utilizado como droga de abuso es:
 - a) Morfina.
 - b) Heroína.
 - c) Metadona.
 - d) Codeína.
 - e) Meperidina.

4. La vía de administración que permite que la droga llegue con más rapidez al cerebro es:

- a) Oral.
- b) Nasal.
- c) Intravenosa.
- d) Rectal.
- e) Pulmonar

5. El fenómeno en el que la morfina muestra un menor efecto de sedación en individuos que han desarrollado tolerancia a la heroína se conoce con el nombre de:

- a) Tolerancia cruzada.
 - b) Tolerancia reducida.
 - c) Tolerancia aguda.
 - d) Tolerancia condicionada.
 - e) Tolerancia conductual.
-

Etiología

Se han postulado un gran número de teorías para explicar el consumo de drogas. Las más importantes, más de treinta, se revisan en una reciente publicación (Becoña, 1999). Inicialmente éstas se centraban en un aspecto o en aspectos parciales para explicar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. En los últimos años los autores tienden a plantear teorías y marcos conceptuales más complejos en vistas a integrar toda la información existente sobre esta problemática.

En esa revisión, se expone un modelo que integra toda la información con validez empírica que se conoce actualmente. El objetivo de este modelo es ser *comprendido*, siguiendo una perspectiva *secuencial*. Por ello, considera las distintas etapas por las que pasa una persona respecto al conocimiento, contacto y consumo o no de una sustancia. Esto obliga a incluir una perspectiva evolutiva, tanto en el sentido evolutivo de la persona, en sus distintas fases, como en las distintas etapas del consumo que en gran parte se relacionan con la propia evolución física, psicológica, afectiva y social de esa persona.

A continuación se describe el modelo y las fases que contempla, que son las siguientes: previa o de predisposición; de conocimiento; de experimentación e inicio en el consumo; de consolidación (abuso y dependencia); y de abandono de la sustancia o mantenimiento y/o recaída ([figura 2.1](#)).

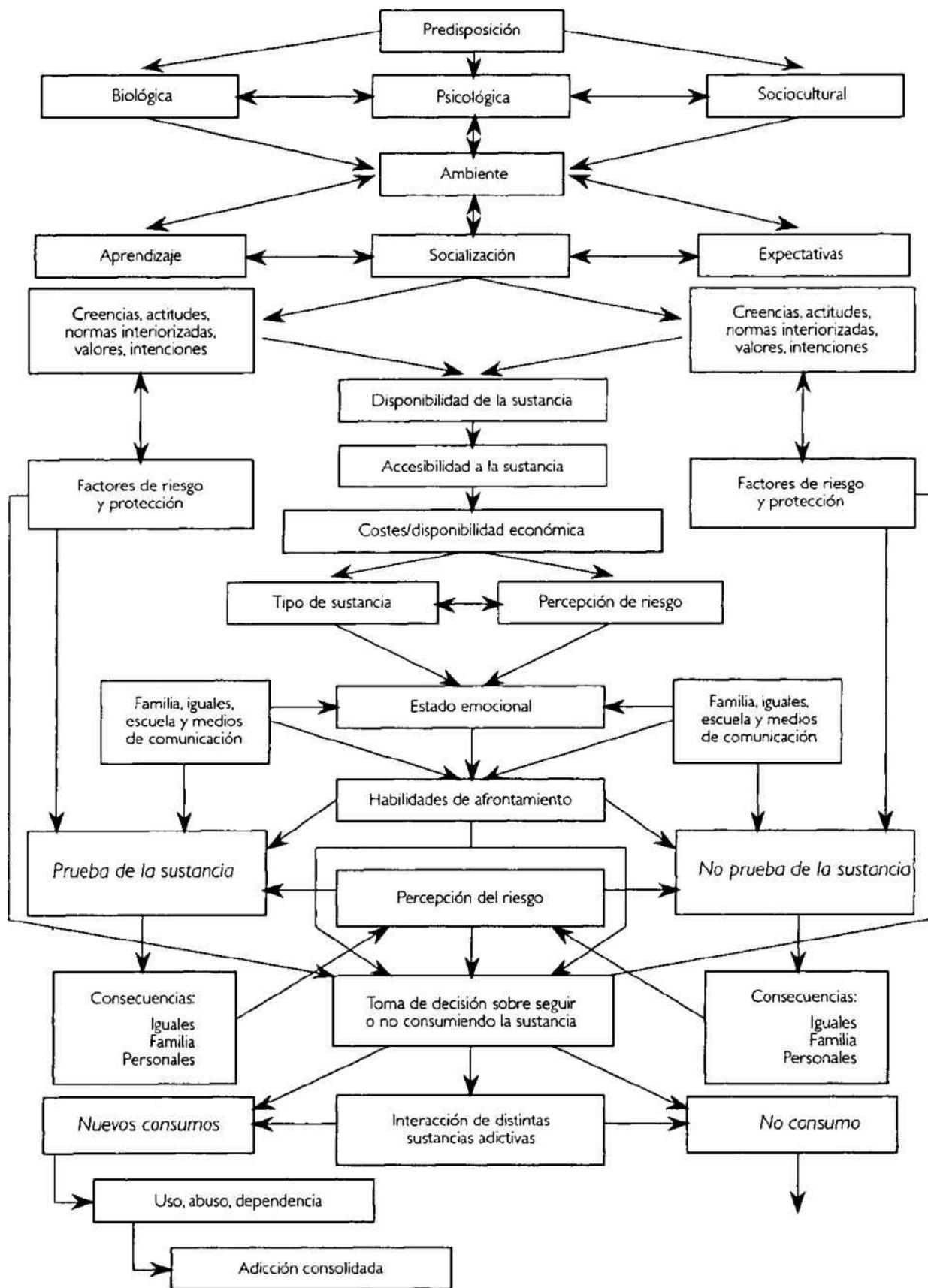


FIGURA 2.1. Modelo comprensivo y secuencial de las fases para el consumo de drogas en la adolescencia (Becoña, 1999).

2.1. Fase previa o de predisposición

Uno de los hechos que hoy es evidente es que hay una serie de factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas. Se les conoce por el nombre de *factores de predisposición*. Éstos están presentes en el momento en que la persona puede llevar o no a cabo el consumo, y se consideran factores previos o antecedentes al mismo, porque están presentes en muchos casos con varios años de antelación al inicio de la conducta adictiva, o incluso desde el nacimiento o los primeros años de vida. Hay factores de predisposición biológica, psicológica y sociocultural.

2.1.1. Predisposición sociocultural

El mundo actual se estructura en grupos sociales. Y, dentro del grupo social al que pertenece el individuo, sus creencias, expectativas y conductas se modulan por una historia previa que ha llevado a la constitución de una cultura específica en la interrelación mutua del hombre con su ambiente a lo largo del tiempo. Por tanto, el elemento cultural es de gran relevancia para poder comprender un fenómeno como el de las drogodependencias. Más aún, dentro del elemento cultural se incluyen los sistemas de producción de ese sistema social y su vida social, de ocio, etc. Por ello, todo lo relacionado con el comercio e intercambio de productos, manufactura, venta, publicidad, etc., tiene aquí su sitio. También en qué utilizamos el tiempo libre, con quién, etc. Todo esto tiene una gran relevancia en vistas al bienestar psicológico y social de los individuos. Si el individuo tiene una adecuación entre sí mismo y el mundo que le rodea, habrá una adecuación entre él y ese mundo, adecuación que puede relacionarse o no con consumos abusivos (por ejemplo, parece desadaptativo no fumar un puro en una boda siendo varón, al igual que no brindar con champán ante un acontecimiento importante). No tener en cuenta el aspecto sociocultural es sumamente difícil y lleva décadas, dado que hay que hacerlo mediante cambios legislativos, producir cambios en los líderes de la comunidad, cuando ello es posible, sin que creen reactancia en los afectados, en la esfera económica por dichos cambios y, finalmente, que los mismos sean aceptados por la población a la que van dirigidos. Es una de las medidas más efectivas de prevención, cuando se puede llevar a la práctica, pero al mismo tiempo de las más difíciles de implantar.

En los últimos años, a través del comercio, las sociedades fueron expuestas a sustancias previamente desconocidas para ellas. Al ser vulnerables, en esas sociedades se han adoptado formas de uso de drogas que parecen inicialmente seguras y deseables, pero que luego no ocurría así. Pero no sólo nuevas formas de drogas se expanden a lo largo de todo el mundo, sino que también han ido surgiendo nuevos métodos para su

administración, haciéndola más fácil, rápida y segura. Así, fumar, esnifar, chupar e introducir por el recto sustancias produce un efecto más rápido de la droga que simplemente tragarla o beberla. Además, una parte importante y saneada de la economía de muchas regiones del mundo depende de su comercio, como son los casos de Brasil para el café, Carolina del Norte y del Sur para el tabaco, Escocia en el Reino Unido y el estado de Kentucky en Estados Unidos para el *whisky*, el triángulo del oro asiático con el opio, la India con el té, junto a las regiones andinas para la cocaína y varios estados norteamericanos para el *cannabis*. Más cercano a nosotros se puede hablar de Francia, Italia y España para el vino.

Por todo ello, las medidas que se adopten para evitar el consumo de drogas estarán abocadas al fracaso si no hay un buen conocimiento sociocultural y de las sustancias habituales en la cultura o grupo social en cuestión, su evolución histórica, las medidas que se han tomado a lo largo de la misma, el éxito o fracaso que han tenido y la relación entre creencias y valores culturales y drogas. También se debe tener en cuenta si el consumo de drogas está “ritualizado”, por tanto, es parte de la cultura y no un elemento distorsionador de la misma. Desafortunadamente, en la sociedad actual se ha pasado de un uso ritualizado de algunas sustancias, normativizado y controlado socialmente durante décadas o siglos, a un uso abusivo, descontrolado, en vistas a satisfacer nuevas necesidades en una sociedad tan compleja como la actual.

2.1.2. Predisposición biológica

Algunos estudios han mostrado la existencia de algunos elementos de predisposición biológica para distintas sustancias. Cuando esto ocurre, lo que es más infrecuente que frecuente, la predisposición puede tener una base genética. La explicación con base genética sólo afecta a un número reducido del total de las personas que tienen problemas de adicción. Es importante insistir en esto porque a veces se pretende buscar, o reducir, la explicación de un fenómeno tan complejo como es el de las drogodependencias a un fenómeno simple, que realmente no explica más que una pequeña parte.

La importancia de buscar sustratos biológicos y modelos neuroquímicos para las distintas drogas reside en que, si se encuentran, se pueden utilizar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro.

La predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido ampliamente estudiada en el caso del alcohol, y en menor grado en las otras drogas. Los estudios en animales apoyan una vulnerabilidad genética, tanto para el alcohol como para las otras drogas. Pero aún así, el ambiente constituye el determinante principal de la exposición a las mismas. Y, en los seres humanos, de modo mucho más importante que en otras especies animales.

Cuadro 2.1. Resultados de los estudios de adopción en donde se analizan factores genéticos y ambientales

- Los estudios muestran que la predicción del abuso o dependencia de drogas se relaciona con:
 1. Un problema de alcohol en sus padres biológicos.
 2. Tener familiares biológicos con problemas antisociales predecía la personalidad antisocial, la cual a su vez estaba altamente correlacionada con el abuso de drogas.
 3. Un efecto ambiental, tal como un padre adoptivo con problemas de alcohol o de conducta antisocial, separación o divorcio, predecía el incremento del abuso de drogas en los adoptados.
 - Los efectos ambientales son independientes de los efectos genéticos.
 - Se han sugerido respecto a los factores genéticos en el abuso de drogas:
 1. Un efecto directo, desde los padres biológicos alcohólicos hacia sus hijos.
 2. Un efecto indirecto, desde los padres biológicos antisociales hacia su descendencia, que son antisociales y que, como una parte de su conducta antisocial, se ven envueltos en el uso y abuso de sustancias.
 3. El factor ambiental de una familia adoptiva con distintos trastornos.
-

En distintos estudios realizados con familias se hallaron altos porcentajes de uso de drogas en las mismas para los opiáceos y la cocaína. Los estudios con gemelos llegan a conclusiones semejantes. Sin embargo, los factores ambientales suelen explicar más parte de la varianza que los genéticos. En el [cuadro 2.1](#) se exponen los resultados de distintos estudios de adopción sobre este tema.

2.1.3. Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia

En la predisposición psicológica, o elementos psicológicos de la persona que van a marcar sus acciones futuras, los tres elementos centrales que se pueden diferenciar respecto a la conducta que va a emitir esa persona, son el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia. Sin aprendizaje no hay conducta y, en el ser humano, no hay vida. La persona se moriría si no fuese capaz de poner en marcha cualidades mínimas de aprendizaje del tipo más simple, las incondicionadas o biológicamente dadas. A partir de ellas se va produciendo, en función de la madurez biológica del individuo, los distintos procesos de aprendizaje en la esfera motórica, el lenguaje, la memoria, las habilidades, etc. Mediante el mismo se desarrolla la persona, su personalidad, teniendo también un papel destacado la inteligencia, o la capacidad o la habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y desenvolverse adecuadamente en su propio ambiente.

Hoy se considera que dentro de los factores no farmacológicos del abuso de drogas, la explicación básica es conductual, empezando porque los datos observables son conducta. Y, las variables independientes que determinan el abuso, sean de tipo químico, económico, social o histórico, lo que hacen es dar cuenta de la conducta de ingestión de drogas, tales como iniciación a las drogas, búsqueda de drogas, persistencia en el

consumo, dejar de consumirlas y recaída. Esta explicación unificada puede lograrse mediante los principios del aprendizaje.

A su vez el genotipo y el ambiente influyen a la personalidad del sujeto y a su conducta desde el nacimiento. Sin embargo, son tres variables que interactúan entre sí a lo largo de la vida. Aunque el componente genético es relativamente fijo, el ambiente y la personalidad son variables, cambiables e incluso manipulables, dado que tenemos cierta capacidad de elección de unos u otros ambientes (por ejemplo, si decidimos cambiar de ciudad de residencia). Esta variabilidad es la que explica, por ejemplo, el que haya diferencias de unos a otros hermanos e incluso entre hermanos gemelos. De este modo se consigue que el componente genético tenga sólo una importancia relativa en el desarrollo de la persona, aunque tampoco hay que dejar de considerarlo junto a los otros dos componentes.

La personalidad es el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa. Lo que se pretende con el conocimiento de la misma es saber cómo es la persona y, a partir de ahí, poder interpretar y predecir su conducta. Pero la personalidad está igualmente influenciada por la situación y por el resto de las variables anteriores.

Finalmente, hay que considerar a la inteligencia, o capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y de funcionar adecuadamente en el ambiente. Es un elemento básico de la persona. Mediante ella se va produciendo el aprendizaje y de modo mutuo el aprendizaje permite su desarrollo, al tiempo que ambos, junto a los otros elementos interactuantes (biología y cultura), conforman lo que es la persona. Aunque hasta no hace mucho no se le daba la suficiente importancia a la inteligencia dentro de las teorías explicativas en drogodependencias, la introducción de los factores de riesgo y de protección han favorecido su consideración. A lo largo de la vida, no sólo en la infancia temprana, la acumulación de conocimientos es importante, así como las ganas de aprender, las habilidades de solucionar problemas, la observación metódica del ambiente para sacar conclusiones adaptativas para uno mismo, las expectativas ante la vida, etc.

2.2. Fase de conocimiento

Distintas sustancias psicoactivas están presentes en nuestro mundo social de modo frecuente y así lo han estado en las pasadas décadas, o incluso durante siglos, como son un claro ejemplo las drogas legales, el alcohol y el tabaco, en nuestro medio. Pero el que estén presentes éstas y otras drogas no implica que desde su nacimiento una persona vaya a tener un contacto directo con ellas. Su contacto y su conocimiento va a depender de la disponibilidad, si es el caso, en su casa o en los lugares donde se relaciona con otros desde la infancia, del interés que surja por ellas en un momento del tiempo, habitualmente en la adolescencia, y de si los propios familiares le inducen a su consumo en un momento determinado del tiempo.

La fase evolutiva tiene mucha relación con el conocimiento y posterior prueba de las distintas drogas. Por los datos disponibles, concretamente la encuesta escolar realizada por el Plan Nacional sobre Drogas (1997), se sabe que la edad media de inicio para las distintas drogas está entre los 13 y los 16 años. Estos datos pueden ser engañosos porque se está hablando de edades medias. Nótese que ya se encuentra en la citada encuesta que a los 14 años, por ejemplo, en los últimos 12 meses un 8,3% ha consumido *cannabis*, un 1% éxtasis y un 0,4% cocaína. Con ello se sabe que hay una edad media de inicio para este grupo de jóvenes de 14 a 18 años, pero que el conocimiento de estas sustancias suele estar en estas edades o, más bien, ya en edades anteriores.

El conocimiento hoy de las distintas drogas procede tanto de la familia, como de los medios de comunicación, de sus profesores o de otros adultos. El fenómeno de las drogas está tan generalizado que el conocimiento sobre las mismas es amplio. La adolescencia es el período por excelencia asociado al consumo de drogas, o al inicio de su consumo. Y, en la adolescencia, lo normal es la transgresión más que la institucionalización. Ello se ve reflejado en los tipos de consumo, como por ejemplo cuando se bebe alcohol en la calle más que en el bar. También en los últimos años se ha incrementado de modo importante el uso de drogas como una forma recreativa más, o una forma de aguantar mejor la diversión.

Conforme la persona va avanzando en edad y en deseo de autonomía, el conocimiento de las drogas no sólo será pasivo, obtenido de otros, sino que pasará a ser activo. Aunque ello está facilitado hoy en día por múltiples factores, el hecho de salir sin sus padres, con amigos, encontrar una gran facilidad para el consumo de distintas drogas, especialmente las legales, favorece el que el joven desee conocer más sobre las mismas y sobre otras de las que escucha hablar o sabe de su existencia. Y, dentro de ese conocimiento, es normal que en muchos casos ocurra la prueba.

2.2.1. Ambiente, aprendizaje, socialización y expectativas

A) Ambiente

El ambiente es el lugar físico en el que la persona vive e interacciona con los demás. Incluye tanto su lugar físico donde reside y vive, como su lugar social, tal como su edificio, barrio y ciudad. Claramente el ambiente se enmarca dentro de un medio sociocultural, aunque el individuo vivencia el ambiente como su mundo real.

El ambiente es de gran relevancia porque es el lugar físico en donde la persona lleva a cabo su vida cotidiana. La predisposición sociocultural, biológica y psicológica en un ambiente determinado va a permitir a lo largo del tiempo que un individuo tenga unas características propias que lo diferenciarán de los otros. La interacción del ambiente con el aprendizaje, el proceso de socialización y las expectativas, en interacción mutua, va a ser importante en cada uno de los momentos de la vida del ser humano. A su vez hay que indicar que el ambiente es mudable como lo son igualmente la mayoría de las otras

variables que estamos considerando.

El ambiente familiar es uno de los más relevantes para la evolución del individuo. Se refiere al lugar de interacción entre él y los restantes miembros de su familia. La diversidad de ambientes determina distintos comportamientos y es un elemento crucial para el proceso de socialización. Contextos como el escolar, referido al tipo de escuela a la que va el joven, así como el barrio en el que vive, también influirán en el proceso de socialización y en el modo de comportarse posteriormente.

B) Aprendizaje

Ya se ha apuntado previamente el papel del aprendizaje como un elemento esencial de la predisposición psicológica. En este caso, el aprendizaje lo que hace es interaccionar a un tiempo con las otras variables del ambiente y la socialización, lo que facilitará crear las expectativas de un modo o de otro. Como se comentaba allí, la interacción es continua y, conforme la persona se va desarrollando a lo largo de su vida, el proceso de aprendizaje es fundamental para conformar a la persona como tal persona en interacción con el resto de las variables. El aprendizaje, al igual que la socialización, no finalizan nunca. El ambiente, así como las expectativas, puede matenerse estable o ser cambiante.

Véase el siguiente ejemplo. Los opiáceos pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos, pero también pueden hacerlo como reforzadores negativos. En este último caso se relaciona con la náusea, típico componente aversivo de la conducta de autoadministración. Este componente aversivo desaparece con la continua administración de opiáceos, manifestándose de nuevo con todas las características de un reforzador positivo, una vez establecida la dependencia física. Al dejar de consumir la sustancia, aparece de forma impredecible el síndrome de abstinencia, que se puede evitar volviendo de nuevo a consumir. Por tanto, esta conducta (consumo) es reforzada negativamente e incrementa su probabilidad de ocurrencia, al eliminar el estado aversivo generado por el síndrome de abstinencia. De este modo, el opiáceo, al actuar como reforzador negativo, mantiene la conducta de búsqueda y de autoadministración de la droga, no por el estado positivo que genera en el organismo, sino para aliviar el estado de aversividad; esto es, para aliviar el síndrome de abstinencia.

En el consumo de opiáceos existen muchos reforzamientos condicionados asociados a la búsqueda, posesión y consumo de la droga. Así, por ejemplo, una vez que la dosis de droga está disponible para inyectarse, ésta sirve de reforzador condicionado para la conducta de preparación y de estímulo discriminativo para localizar la vena e inyectarse. En general, un estímulo que está asociado con una conducta determinada en una cadena de respuestas, puede llegar a funcionar como un reforzador condicionado para aquellas conductas que le preceden, al mismo tiempo que sirve como un estímulo discriminativo para la siguiente conducta en la secuencia. Además, dado el papel que desempeñan los programas de reforzamiento intermitentes para establecer cadenas de conducta, los reforzadores condicionados adquieren una gran importancia.

C) Socialización

Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad o tribu. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. Es lo que permite hacer a un individuo miembro de su cultura. El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la vida, aunque su mayor importancia se produce en el período que va de la niñez a la adolescencia.

Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de la misma, luego en la escuela, seguido por los compañeros y los medios de comunicación. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que éste no finaliza hasta que la persona muere, aunque adquiere su mayor relevancia en los primeros años y en la adolescencia. Mediante la socialización el individuo construye lo que se llama el *autoconcepto*, el cual a su vez permite a lo largo del tiempo servir como modo de filtro e integración ante los impactos del ambiente. El autoconcepto es esencial para el desarrollo de una personalidad integrada, tener claros los roles, distinguir el yo real del yo ideal, etc. Los factores que influyen en el autoconcepto del niño son: las percepciones de los otros, como padres o compañeros; la autoevaluación o análisis de los pros y contras personales, la imagen personal, la percepción de la salud y el sentido del vigor; los valores sociales, las expectativas y las nociones de lo ideal; y, las experiencias del yo en el mundo.

La socialización primaria lo que pretende básicamente es internalizar la realidad. El individuo nace, pero en función de cada sociedad va a internalizar uno u otro sistema social. Dicha socialización se realiza mediante un aprendizaje cognitivo y con una fuerte carga emocional. La identificación es un proceso importante aquí, junto al aprendizaje de roles, su lugar en el mundo y la ubicación social concreta. El lenguaje es el elemento que facilita todo lo anterior. Así internaliza el mundo de sus padres.

En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño. La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su ductilidad es mayor. En ocasiones la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años el niño va siendo modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes. Además, los padres son los que eligen el lugar donde viven o donde llevan viviendo desde hace generaciones sus antepasados por haber nacido allí. Además, controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos. De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, primero, y luego del adolescente, lo que va a marcar el modo en que va a ser adulto.

Se ha encontrado que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a cómo son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de

afecto y aprobación que tienen con sus hijos. El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros casos pueden ser activos, sociables y creativos; algunos pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres autoritativos son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos.

Todos los niños se relacionan desde la infancia con otros niños; en la adolescencia unos adolescentes con otros; y, en la vida adulta fundamentalmente unos adultos con otros. Este tipo de contactos contribuyen al desarrollo y al enriquecimiento personal. En los últimos años, con los grandes cambios que se han producido, especialmente a nivel laboral, que llevan a que frecuentemente ambos padres trabajen fuera de casa, los niños pasan cada vez más tiempo en la guardería cuando son pequeños y luego en el vecindario con otros niños (iguales).

Las funciones que cumplen los iguales son múltiples: proporcionan oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuyen a establecer valores sociales, sirven de normas con las que los niños se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional. Los iguales refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales. Los iguales, además, pueden o no aceptar a un niño. El rechazo se asocia con desobediencia, hiperactividad y acciones destructivas. Por el contrario, el niño aceptado suele ser socialmente competente, simpático, servicial y considerado. Esto está a su vez modulado por el entorno social, por la interacción niño-progenitor y con las características de los padres. Parece que las experiencias que tienen los niños en la interacción con sus padres es de gran relevancia en determinar cómo éstos van a relacionarse con sus iguales.

El papel de la escuela ha cobrado gran relevancia en los últimos años tanto como transmisora de conocimientos como en su función socializadora. La escuela es, además, uno de los lugares donde se transmiten los valores aceptados socialmente, como es característica en nuestro medio la transmisión de valores democráticos y otros asociados a los mismos.

Actualmente en los países occidentales el número de horas que los niños pasan delante del televisor es alto. Hoy es claro que la televisión es un elemento más en el proceso de socialización en nuestra cultura. Especialmente su impacto se aprecia en la conducta agresiva y violenta, cuando el niño tiene modelos entre su familia y amigos agresivos o con conductas antisociales.

D) Expectativas

Las expectativas son las creencias sobre un estado futuro de acontecimientos. Como tales, las expectativas representan los mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro. Cada acción deliberada que hace la persona se basa en asunciones (expectativas) sobre cómo el mundo funciona y reacciona en respuesta a su acción. Por tanto, todas las expectativas están derivadas de las creencias o, lo que es lo mismo, de nuestros conocimientos y esquemas sobre el mundo. Las creencias proceden de tres fuentes: de la experiencia directa con los objetos que subyace a una parte importante de nuestro conocimiento; mediante la comunicación por parte de otras personas (experiencia indirecta); y de otras creencias. Las prioridades de las expectativas son las de certidumbre, accesibilidad, explicitidad e importancia, estando todas interrelacionadas entre sí.

Son muchos los estudios que se han hecho donde se ha encontrado que las personas creen de acuerdo a sus expectativas más que a los resultados de su conducta. Se sabe también que tipos específicos de expectativas pueden tener un gran impacto sobre el procesamiento de la información y sobre la conducta. Por tanto, una expectativa es un elemento cognitivo de la persona que le permite anticipar o esperar un evento particular. Ello le lleva a actuar en función de ese resultado que desea esperar para conseguirlo. A nivel empírico ello puede evaluarse mediante la evaluación cuantitativa y subjetiva del resultado esperado de una conducta probable, junto a la evaluación posterior de la ejecución.

En el tema de las drogas en los adolescentes, como dice Funes (1996), para ellos son más importantes las expectativas ante las drogas que los efectos que ellas realmente producen. De ahí que considere que las expectativas son a menudo más problemáticas que la sustancia en sí.

2.3. Fase de experimentación e inicio al consumo

2.3.1. Factores de riesgo y de protección

Hoy se sabe que existen toda una serie de factores de riesgo que aumentan significativamente la probabilidad de consumir drogas y, por el contrario, existen unos factores de protección que impiden significativamente que se consuman distintas drogas. Es imprescindible considerarlos, además de tener una gran cantidad de información sobre los mismos, con vistas a realizar diseños de programas preventivos adecuados.

Existen también factores de riesgo en el desarrollo que hay que tener en cuenta ([cuadro 2.2](#)).

2.3.2. Disponibilidad de la sustancia

Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén disponibles para los posibles consumidores. Si están disponibles es posible o no el consumo. Si no están disponibles el consumo es difícil o puede llegar a ser imposible. Pero, además, como producto, tiene que tener unas propiedades para que sus potenciales compradores y consumidores lo acepten y se conviertan en un elemento más de consumo. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto, medio y largo plazo, precio, entre otras, son algunas razones a considerar para ello. De hecho, la especie de “multinacionales” que se dedican a comercializar las distintas drogas lo tienen bien en cuenta. También suelen tener en cuenta que el producto ocupe poco espacio, sea fácilmente transportable, tenga efectos potentes pero no mortales, produzca una gran adicción y el precio se adecúe a la capacidad adquisitiva de un número suficiente de personas para poder mantener el negocio en un país o zona concreta. En caso contrario no obtendrían grandes beneficios y no les compensaría el negocio.

Cuadro 2.2. Factores de riesgo en el desarrollo

<i>Tipo de factor</i>	<i>Factores de riesgo</i>
Constitucionales	<ul style="list-style-type: none"> – Influencias hereditarias y anomalías genéticas. – Complicaciones prenatales y durante el nacimiento. – Enfermedad y daños sufridos después del nacimiento. – Alimentación y cuidados médicos inadecuados.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> – Pobreza. – Malos tratos, indiferencia. – Conflicto, desorganización, psicopatología, estrés. – Familia numerosa.
Emocionales interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> e– Patrones psicológicos tales como poca autoestima, inmadurez emocional, temperamento difícil. – Incompetencia social. – Rechazo por parte de los iguales.
Intelectuales académicos	<ul style="list-style-type: none"> y– Inteligencia por debajo de la media, trastornos del aprendizaje. – Fracaso escolar.

- Ecológicos
- Vecindario desorganizado y delincuencia.
 - Injusticias raciales, étnicas y de género.
-

- Acontecimientos de la vida no normativos
- Muerte prematura de uno de los progenitores.
 - Estallido de una guerra en el entorno inmediato.
-

Fuente: Adaptado de Coie *et al.* (1993) y Wicks-Nelson e Israel (1996).

La disponibilidad es una cuestión de mercado que no siempre se considera en su justa medida. Además, hay una gran información sobre este tema porque es la clave del mantenimiento, junto a otras, del alto consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) en España.

2.3.3. Accesibilidad y precio de la sustancia

A pesar de que la disponibilidad de una sustancia es de suma importancia, es insuficiente si ello no va unido a una buena accesibilidad de la misma, y si no tiene un precio adecuado. De nada sirve que haya disponibles 10 toneladas de cocaína en un almacén cuando no es posible ponerla en el mercado, para que sea accesible a los consumidores y éstos tengan el suficiente dinero para poder comprar una dosis que les produzca los efectos psicoactivos deseados. Los puntos de venta adquieren aquí una enorme relevancia. Como es bien sabido, tanto en las drogas legales, a través de estancos, bares, cafeterías, discotecas, etc., como ilegales a través de narcotraficantes, traficantes, camellos, consumidores, etc., se ha creado una amplia red de distribución. El precio es otra cuestión importante. Actualmente, el coste por dosis es medio o alto, pero accesible para muchas personas si se considera una dosis o pocas dosis. El problema surge cuando la persona precisa varias dosis diarias o varias dosis al mes; en este caso puede surgir un problema de falta de dinero para conseguir comprar la droga. En el [cuadro 2.3](#) se exponen los precios que se pagan actualmente por las dosis de distintas drogas.

El consumo de drogas se asocia con otro tipo de conductas, especialmente con la conducta antisocial. Ello facilita el que si no se dispone de dinero, sea más fácil intentar conseguirlo por medios ilícitos, como el robo, la extorsión, la amenaza, etc.

Cuadro 2.3. Precios de las distintas drogas en España

	Precio dosis	Precio gramo
Heroína	1.600 ptas.	12.700 ptas. (h. blanca)
Cocaína	2.000 ptas.	10.000 ptas.
Éxtasis	2.400 ptas.	
Speed	1.350 ptas.	3.850 ptas.

Fuente: PNSD (1998).

2.3.4. Tipo de sustancia y percepción del riesgo de la misma

Desde hace unos años se sabe, mediante distintos estudios realizados en toda la población, que la percepción del riesgo sobre una sustancia es importante, dado que se consumen menos aquellas drogas que se perciben como más peligrosas. Esta percepción del riesgo varía claramente de unas a otras drogas, como son igualmente distintos los consumos en función de una u otra sustancia.

A pesar de todo lo dicho, lo cierto es que hay disponible poca información sobre los factores reales, encontrados empíricamente, que explican el que las personas incrementen o disminuyan su percepción del riesgo sobre las distintas sustancias. Lo que sí se conoce con certeza es que a mayor percepción del riesgo sobre una sustancia concreta menor consumo y viceversa. Por ello, cuando el joven tiene una baja percepción del riesgo sobre una sustancia la probabilidad de consumo es mayor. De los datos de consumo de las drogas en España en jóvenes de 14 a 18 años, se puede sacar una idea aproximada sobre la percepción del riesgo de las distintas drogas, ya que éste es inverso a los niveles de consumo de cada una de ellas.

2.3.5. Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones

Respecto al consumo de drogas, las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores intenciones que se tengan sobre las distintas drogas van a ser un elemento predictor de la prueba o no de ellas y de su posterior consumo o abstinencia. Se asocian claramente a los factores de riesgo y protección y son otro elemento más fruto de la socialización de la persona, de sus procesos de aprendizaje y de sus expectativas.

Las creencias son la información que tiene un sujeto sobre un objeto, enlazando un objeto con un atributo; las actitudes, que se definen como la predisposición aprendida a responder de una manera favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado; las normas interiorizadas, que son aquellas que conducen al individuo a seguir un curso u otro de acción según lo que esperan personas relevantes para él; un valor es una constelación de actitudes centrales en el modo de estructurar el mundo el individuo y,

una intención conductual, es el resultado de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva en donde el individuo piensa llevar a cabo una acción o conducta que se le adecúa a las mismas, siendo por tanto un buen predictor de la conducta. Estos elementos son fundamentales para que la persona llegue finalmente a realizar o no una conducta. Las creencias, actitudes y normas interiorizadas tienen aquí un papel importante para la predicción de la intención conductual, que es el elemento previo a la conducta.

2.3.6. El estado emocional

Hoy se dispone de evidencia clara de que el estado emocional se asocia en ocasiones al consumo de sustancias. Se han descrito distintos estados específicos, como la relación entre estados de ánimo o trastornos psicopatológicos y consumo de sustancias, sintomatología psiquiátrica, etc. Los trastornos duales están en ocasiones unidos al consumo abusivo de sustancias o a estados emocionales específicos de una persona, tanto cuando tiene un problema psicopatológico asociado o cuando está en un estado normal, pero ante una situación problemática para la que utiliza las drogas en vistas a solucionar dicha situación a corto plazo. Resulta valioso hacer distinciones entre fuentes (psiquiátrica o trastornos por uso de sustancias), si es posible, y entre las posiciones a lo largo del continuo temporal de cada trastorno (antecedente, concomitante o mantenimiento). Estas condiciones pueden indicar tipos específicos de intervenciones.

2.3.7. Habilidades de afrontamiento

A lo largo de la vida la persona va adquiriendo habilidades para afrontar las distintas situaciones que se le presentan, tanto las habituales que ha vivido con otras personas que le han guiado, como las nuevas ante las que nunca antes había sido expuesto. La persona que a lo largo de su vida ha adquirido habilidades adecuadas, las denominadas habilidades de afrontamiento, podrá superar los problemas que se le vayan presentando de modo exitoso. En el caso de las drogas, hay personas que podrán elegir consumirlas o no, por tener adecuadas habilidades de afrontamiento y poder decidir en un sentido o en otro. Habrá otras personas que ante la carencia de habilidades de afrontamiento ante problemas concretos de su vida, cambios evolutivos, novedad, etc., probarán las mismas y, ante el descubrimiento de un modo de solventar parcialmente sus problemas (por ejemplo, timidez, estrés, depresión, etcétera), la sustancia se convertirá en dicha habilidad de afrontamiento, al tiempo que con ello impide desarrollar adecuadamente las habilidades que se precisan para funcionar eficazmente en la vida.

2.3.8. Prueba/no prueba de las sustancias disponibles

Todas las variables anteriores en interacción llevan finalmente a una persona a

probar o no una determinada sustancia. Si no la prueba, esas variables siguen ahí presentes, favoreciendo el que las pruebe en un momento posterior (riesgo) o aumentando la probabilidad de que no las pruebe (protección). Si la prueba, lo que puede ocurrir es que sea una simple prueba por las consecuencias negativas que le acarree, o bien siga consumiendo por las consecuencias positivas que traiga consigo. Al tiempo, el resto de las variables siguen actuando sobre la persona y sobre la sustancia.

Si continúa la prueba de una determinada sustancia se irán produciendo en un período de tiempo más o menos largo los efectos psicofarmacológicos de esa sustancia, como sus efectos psicoactivos, tolerancia, síndrome de abstinencia si deja de usarla, etc. No se debe olvidar también la interacción que puede existir entre distintas sustancias psicoactivas. Aquí también desempeñan un papel primordial los procesos de aprendizaje, junto a los restantes factores ya comentados.

2.4. Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia

El elemento fundamental que va a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo. En función de las mismas, la persona decidirá continuar o no consumiendo esa sustancia. Las consecuencias estarán en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo. Sus iguales pueden o no aceptar su conducta; pueden reforzarla o castigarla. Es de gran importancia si el consumo se ha producido con ellos. A nivel de su familia, ésta puede tolerar o aceptar el consumo o puede estar en desacuerdo, criticarlo, censurarlo o castigarlo. Finalmente, las consecuencias que el consumo produzca en la propia persona son también de suma importancia. La persona notará directamente el efecto, positivo o negativo, beneficios o problemas que ve en ello, etc. El que no consume evalúa las consecuencias en los iguales, la familia y en sí mismo. En función de todo esto y de la percepción del riesgo de la sustancia, una vez que la conoce, le llevará a seguir o no consumiendo la misma o, en caso de no consumir, a seguir sin consumir, o hacer intentos o pruebas de consumo en el futuro.

En este proceso se debería tener en cuenta la interacción entre distintas sustancias e incluso entre otras adicciones sin sustancias, por la necesidad de considerar en conjunto la conducta de esa persona, más que en sus componentes independientes. Se sabe también que el estado emocional es una importante variable en este momento para que se mantenga o no el consumo y se pueda producir un incremento cuantitativo del mismo, pasando del uso, al abuso y a la dependencia, o incluso pasando a consumir otro tipo de drogas más potentes. Cuando ya se está en una fase de dependencia y se ha mantenido en el tiempo, entonces se puede afirmar que la persona está en una fase de adicción consolidada.

2.5. Fase de abandono o mantenimiento

Cualquier conducta discurre a lo largo de un continuo temporal, en el que la persona puede seguir realizando la misma, o dejar de hacerla, si sus consecuencias son más negativas que positivas. De ahí que entre los consumidores de las distintas drogas, unos dejarán de consumirla después de una o varias pruebas, otros después de un período corto o largo de consumo, y otros consumirán ininterrumpidamente durante muchos años o a lo largo de toda la vida. Serían los que están en la fase de mantenimiento del consumo.

De los que abandonan, el motivo puede ser por causas externas o por causas internas. Las causas externas pueden ser la presión familiar, de los amigos, novia, social, sanitaria, etc., para que abandone el consumo de esa sustancia concreta. De tipo interno, cuando la persona decide dejar de hacer un consumo por los problemas que le acarrea, sean de tipo personal, físico, afectivo, familiar, social, etc. El tratamiento para que la persona deje de consumir cobra aquí su máxima importancia para conseguir la abstinencia y el mantenimiento de la misma a largo plazo.

2.6. Fase de recaída

La adicción consolidada puede considerarse como una conducta aprendida difícil de extinguir. De ahí que las personas que llegan a niveles de adicción consolidada (dependencia), habitualmente después de varios años de consumo, cuando deciden dejar la sustancia y lo consiguen, con frecuencia recaen. En este caso, el abandono de esa sustancia puede considerarse un proceso a lo largo de una camino de recaídas. Con ello la persona abandona la sustancia, recae, vuelve a abandonarla y vuelve a recaer, hasta que se mantiene este proceso a lo largo del tiempo o bien en un punto consigue la abstinencia. Se estaría hablando en este caso de las fases clásicas de tratamiento y de la posterior de rehabilitación.

Cuadro resumen

- En el campo de las drogodependencias se han propuesto un amplio número de teorías. Una característica de la mayoría de ellas es centrarse en un solo aspecto o en aspectos parciales para explicar el consumo de drogas. En los últimos años hay un interés por plantear teorías y marcos conceptuales más complejos.
- Indistintamente de la edad de la primera prueba con las drogas, y antes de caer en la adicción, la persona pasa a través de una serie de etapas que configuran el proceso por el cual llega a ser adicto y, posteriormente, puede dejar de serlo. Son las de fase previa o de predisposición, de conocimiento, de experimentación e

inicio en el consumo, de consolidación (abuso y dependencia), de abandono y de mantenimiento de la abstinencia *versus* de recaída.

- Hay una serie de factores (individuales, familiares y sociales) que facilitan que los adolescentes sean más vulnerables al consumo de drogas (factores de riesgo), mientras que otros disminuyen la probabilidad de consumo (factores de protección). Entre los factores de riesgo se incluyen la falta de seguridad, inmadurez, la no valoración de uno mismo, tener actitudes y creencias favorables hacia las drogas, el comportamiento antisocial (por ejemplo, fracaso escolar desobediencia, cometer actos delictivos), etc. Algunos de los factores de protección son la madurez, la responsabilidad, un adecuado autoconcepto, tener actitudes de rechazo hacia las drogas, tener modelos en los padres o personas importantes que no consumen drogas, la integración social de la familia, el tener un grupo de amigos que no consumen drogas, etc.

Preguntas de autoevaluación

1. Los factores que disminuyen la probabilidad de consumir drogas se les denomina:
 - a) Factores de inhibición.
 - b) Factores de facilitación.
 - c) Factores de protección.
 - d) Factores de riesgo.
 - e) Factores conductuales.

2. La pobreza se considera un factor de riesgo de tipo:
 - a) Constitucional.
 - b) Familiar.
 - c) Emocional o interpersonal.
 - d) Ecológico.
 - e) Acontecimiento de la vida no normativo.

3. Uno de los factores que pueden influir en la fase de experimentación e inicio al consumo es:
 - a) La predisposición biológica.
 - b) La predisposición psicológica.
 - c) El aprendizaje.
 - d) La socialización.
 - e) La disponibilidad de la sustancia.

4. La predisposición o vulnerabilidad biológica se ha estudiado ampliamente en el problema del consumo de:
 - a) Tabaco.

- b)* Alcohol.
- c)* Solventes.
- d)* Heroína.
- e)* Cocaína.

5. La droga que los jóvenes perciben con un mayor riesgo es:

- a)* El tabaco.
 - b)* El alcohol.
 - c)* El hachís.
 - d)* La heroína.
 - e)* La cocaína.
-

3.1. Aspectos clave

Una de las tareas más importantes para un clínico en el abordaje de cualquier conducta adictiva es la de evaluar y establecer diagnósticos funcionales que valgan para la planificación del tratamiento. El marco de referencia para esto es la *evaluación conductual*. La evaluación conductual de los problemas de adicción, en este caso la heroína, cocaína y drogas de síntesis, designa el proceso de recogida de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio. La evaluación conductual es un proceso continuado a lo largo de toda la intervención que tendrá como objetivos: 1) identificar las conductas que integran el problema adictivo y las variables que están controlando su aparición; 2) establecer los objetivos que se quieren lograr con la intervención; 3) suministrar información relevante para la selección de las técnicas de tratamiento más apropiadas en cada caso; y 4) valorar de manera precisa los resultados de la intervención.

La evaluación conductual, por ser un proceso que se desenvuelve a lo largo de la intervención terapéutica, permite distinguir diversas fases sucesivas: 1) evaluación de las conductas que constituyen el problema y de las variables que lo mantienen; 2) formulación de hipótesis explicativas del problema adictivo. Estas hipótesis explicativas incluirán la historia de aprendizaje del problema, en función de los diferentes factores implicados en la génesis y el mantenimiento de la adicción, así como los principales factores relacionados o facilitadores de la abstinencia, y aquellos que será necesario modificar para cumplir los objetivos; 3) establecimiento de los objetivos terapéuticos; 4) selección de las técnicas de intervención; y 5) valoración de los resultados de la intervención. La evaluación conductual debe establecerse a dos niveles:

1. *Evaluación específica*. Se refiere a la evaluación de la amplitud y de las circunstancias del consumo de drogas: el tipo de drogas utilizadas, las dosis consumidas, la vía de administración, los momentos de consumo máximo y las circunstancias en que tiene lugar. Para ello, como se expondrá en el siguiente epígrafe, se utilizan distintos tipos de instrumentos de evaluación.
2. *Evaluación de otras conductas relacionadas con el consumo de drogas*. Estas otras conductas problemáticas suelen ser causas y consecuencias del consumo, en este caso, de la heroína, cocaína o drogas de síntesis. Conviene prestar atención a las áreas que se describen en el [cuadro 3.1](#). La decisión de la pertinencia de la intervención en alguna de esas áreas dependerá de la intersección de los siguientes dos factores: 1) interés por el bienestar global de

la persona; y 2) previsión de que estos comportamientos problema puedan ser facilitadores y actuar como estímulos antecedentes del consumo de drogas.

Cuadro 3.1. Áreas para evaluar relacionadas con las conductas adictivas

-
-
- Condiciones físicas y estado de salud general, atendiendo de modo especial a las enfermedades más frecuentes: SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis, etc.
 - Grado de cohesión familiar y social.
 - Situación económica. La evaluación de esta área puede sugerir la necesidad de elaborar un programa terapéutico para desarrollar habilidades profesionales y de búsqueda de empleo, o ayudar al paciente a encontrar un tipo de vida y una fuente de ingresos legales que sean incompatibles y alternativos a los beneficios obtenidos con la compraventa de droga.
 - Situación ante la ley. Variable de gran influencia sobre la motivación para participar en un programa terapéutico, que ha de ser estratégicamente utilizada dentro del programa de intervención.
 - Condiciones psicológicas y repertorio de conductas del sujeto. Aquí se prestará atención a todos aquellos comportamientos problemáticos, frecuentes en los toxicómanos, que pueden ser causantes y resultantes del consumo de drogas: ansiedad, depresión, distorsiones cognitivas, trastornos del sueño, déficit en habilidades sociales y disfunciones sexuales.
-

3.2. Instrumentos de evaluación

Al diseñar un sistema de evaluación, el clínico puede elegir entre entrevistas clínicas, entrevistas estructuradas y no estructuradas, autoinformes, etc. El número y tipo de instrumentos a utilizar depende del criterio clínico profesional.

3.2.1. Entrevistas

El objetivo de la entrevista es reunir información general sobre el motivo de consulta y las condiciones personales y contextuales del paciente. En el [cuadro 3.2](#) se presenta un modelo para obtener la información necesaria en vistas a conceptualizar la problemática del drogodependiente. La aplicación de esta entrevista clínica debe complementarse con técnicas adicionales de evaluación (por ejemplo, cuestionarios, informes de otras personas, análisis de orina).

Debido a la delicada naturaleza de la información que se obtiene en la entrevista, es especialmente importante conseguir la confianza del individuo y clarificar el principio de confidencialidad antes de empezar. Pueden plantearse dificultades especiales a causa de la revelación de delitos criminales por parte del sujeto, o por situaciones en las que se solicita un informe desde los tribunales. En el inicio de la entrevista se piden datos relativos a las variables sociodemográficas como el nombre, el sexo, la edad, fecha de nacimiento, estado civil, estudios realizados, nivel socioeconómico y situación laboral. A

continuación se pide información general sobre el motivo de consulta y las condiciones personales y contextuales del paciente. Cuando un drogodependiente acude a un profesional suele haber una serie de motivos que le inducen a ello. Generalmente el sujeto viene a consulta por presión de los familiares, de otras personas o de instancias legales, siendo menor el número que viene por su propia decisión. Por lo tanto, después del saludo inicial, es necesario invitar al paciente a que exprese las razones que lo llevaron a buscar ayuda. Se pueden hacer preguntas tales como: “¿por qué decidió buscar ayuda profesional?” o “¿qué le hizo venir?”. La contestación a este tipo de preguntas proporcionará al terapeuta los primeros indicios sobre el motivo de consulta y sobre qué áreas va a ser necesario profundizar en la evaluación posterior.

Cuadro 3.2. Información para recoger durante la entrevista

- *Datos sociodemográficos*

Nombre:

Dirección:

Teléfono de contacto:

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro (especificar):

Estudios realizados: Primarios Medios Universitarios Otro (especificar):

Profesión:

Ingresos económicos mensuales totales:

- *Motivos de consulta (¿Por qué decidió buscar ayuda profesional?)*

- *Identificación de las sustancias de consumo*

- Remisión por sustancia específica (¿por qué cree usted que le enviaron aquí?)

- Desconocimiento de sustancias de consumo:

- De las siguientes, ¿qué sustancias consume usted?

Alcohol

Tabaco

Café

Cannabis

Cocaína

Anfetaminas

Drogas de

síntesis

Alucinógenos

Opiáceos	<input type="checkbox"/>
Inhalantes	<input type="checkbox"/>
Fenciclidina	<input type="checkbox"/>
Sedantes	<input type="checkbox"/>
Hipnóticos	<input type="checkbox"/>
Ansiolíticos	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

- *Consumo* (centrarse en la sustancia que represente el mayor problema)
 - ¿Qué edad tenía cuando usó por primera vez esta sustancia?
 - ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo la sustancia?
 - ¿Cuál fue el último día que la consumió?
 - ¿Cómo ingiere la sustancia? (Vía de administración)
 - ¿Con qué frecuencia la consume?
 - ¿Cuál es la dosis total?
 - (1) ¿Alguna vez notó que empezaba a necesitar consumir mucha más cantidad de sustancia o la misma cantidad le hacía menos efecto que antes? Sí No
 - (2) ¿Alguna vez cuando intentó interrumpir o disminuir el consumo de la sustancia, sintió algún tipo de malestar físico y/o psicológico? Sí No
 - ¿Alguna vez consumió la sustancia para evitar alguno de esos malestares? Sí No
 - (3) A menudo, ¿ha tenido períodos en los que consumió esta sustancia en mayor cantidad o por mucho más tiempo del que se proponía? Sí No
 - (4) ¿Alguna vez ha querido interrumpir o disminuir el uso de esta sustancia? Sí No
 - ¿Fue siempre capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes? Sí No
 - (5) ¿Alguna vez ha pasado un período en que se dedicaba mucho tiempo a buscar o consumir esta sustancia o a recuperarse de sus efectos? Sí No
 - (6) ¿Alguna vez ha suspendido o disminuido en gran medida actividades como deportes, trabajo, estar con amigos o familiares para conseguir o consumir esta sustancia? Sí No
 - (7) ¿Alguna vez ha tenido problemas de salud como una

- sobredosis, tos persistente, convulsiones, infecciones, Sí No
 hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra
 lesión como resultado del consumo de esta droga?
- ¿Continuó consumiendo esta sustancia después de saber Sí No
 que le causaba problemas de salud?
- ¿Alguna vez ha tenido problemas emocionales o Sí No
 psicológicos como resultado de usar esta sustancia?
- ¿Continuó utilizando la sustancia aun después de saber que Sí No
 le causaba estos problemas emocionales?

• *Historia de adquisición del problema*

- ¿Qué variables influyeron en el inicio de la drogodependencia?
- ¿Qué variables influyeron en el desarrollo de la drogodependencia?
- Especificar cómo se ha producido el fenómeno de la escalada en las distintas drogas consumidas
- Analizar los cambios de conducta producidos como consecuencia del consumo de drogas (a nivel personal, familiar, laboral, interpersonal, etc.)
- Factores de predisposición social a la drogodependencia (fracaso escolar, consumo temprano de drogas, etc.)

• *Antecedentes del consumo*

- Describir estímulos asociados al consumo (personas, lugares, objetos, estados de ánimo desagradables, etc.)

• *Consecuencias del consumo*

- Describir las consecuencias del consumo a corto plazo en la esfera personal, interpersonal, laboral, etc. (positivas y negativas)
- Describir las consecuencias del consumo a largo plazo en la esfera personal, interpersonal, laboral, etc. (positivas y negativas)

• *Autocontrol*

- ¿En qué situaciones y contextos el sujeto tiene control?
- Recursos utilizados para reducir el consumo (estrategias cognitivas, conductuales, etc.)
- Comportamiento respecto al consumo (administración de dinero, guardar dosis, distribuir la compra a lo largo del día, retrasar el consumo aún teniendo la dosis, consumo indiscriminado, lugares destinados al consumo, etc.)
- Atribuciones del éxito de la abstinencia en esas situaciones

- *Área de tiempo libre*

- Estilo de vida actual y anterior al consumo de drogas
- Horas de dedicación
- Estructuración, organización y planificación del tiempo de ocio

- *Cambios en las actividades*

- Intereses, aficiones y actividades antes de consumir la droga
- Intereses, aficiones y actividades actualmente

- *Exploración somática*

- *Exploración psicopatológica*

Cuadro 3.2. continuación

- *Area familiar*

- ¿Con quién vive?
- Nombre, edad y profesión de cada uno de ellos
- Evolución de la relación familiar antes y después del consumo
- Tipo de relación que mantiene con cada miembro de la familia
- Relación entre el resto de los miembros de la familia
- Problemas de adicción en los miembros de la familia

- ¿Qué aspectos de la familia favorecen y dificultan la intervención
 - Otros datos (separaciones, conflictos, agresiones, etc.)
-

- *Área social*

- Evaluación de habilidades sociales del paciente en relaciones interpersonales (aceptar la crítica sin valoración de amenaza; establecer compromisos sociales y cumplirlos; discutir de forma no agresiva, entender la posición del otro; saber decir “No”; iniciar, mantener y terminar una conversación; manejo adecuado de situaciones; etc.)

Cuadro 3.2. continuación

- *Área laboral*

- Historia laboral del sujeto
 - Hábitos de trabajo
 - Movilidad laboral
 - Cualificaciones profesionales
 - Intereses profesionales
-

- *Área financiera*

- ¿Cuánto gastó la última semana en droga?
 - ¿Cuál es la cantidad usual que gasta cada semana?
 - ¿Cómo mantiene económicamente su hábito?
 - Deudas
-

- *Área legal*

- Delitos y relación con las drogas
 - Detenciones y estancias en prisión
 - Causas pendientes
-

Nota: Los números entre paréntesis nos indican que si la persona contesta afirmativamente a tres o más de los ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses es indicio de que tiene un trastorno de dependencia de sustancias.

Una vez descritos los motivos de consulta es necesario obtener información contextual sobre las condiciones individuales y ambientales del paciente. Por lo general, se le explica la importancia de tener más información sobre él y su ambiente. Lo primero es identificar las sustancias de consumo (heroína, cocaína, drogas de síntesis, otras). Es un hecho confirmado que, por ejemplo, el heroínómano es un politoxicómano. Si el paciente ha sido remitido por consumir una sustancia específica, el clínico debe centrarse en la remisión: “¿qué puede decirme sobre ello?”, “¿por qué cree usted que ha sido enviado aquí?”. La entrevista se centrará en el problema más grave, sea o no una sustancia; si así fuera, se pregunta sobre el tiempo de consumo, la vía de administración, frecuencia de uso, dosis total diaria, los momentos de consumo máximo, criterios para la dependencia, las circunstancias en que tiene lugar y las consecuencias del consumo, etc. Además, de una evaluación específica, en la que se valoren la amplitud y las circunstancias del consumo de la sustancia, es interesante prestar atención a otras áreas del individuo (familiar, social, financiera, legal, etc.). Si el problema principal fuese otro, convendría evaluar esas otras conductas problemáticas que pueden ser causa o consecuencia del consumo de la sustancia.

Además de utilizar una entrevista clínica como la que se ha expuesto, existen otras semiestructuradas o estructuradas para la recopilación de datos sobre el consumo y otras áreas del comportamiento. Proporcionan menos espacio para explorar de forma espontánea los problemas de los pacientes, pero suponen una forma fiable para elicitación de información diagnóstica y disminuir la probabilidad de omitir cuestiones sobre signos o síntomas importantes. Dos de estas entrevistas merecen una atención especial. La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (*Structured Clinical Interview, SCID*) (First *et al.*, 1995), que es una entrevista clínica que facilita el diagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias y de otros trastornos psiquiátricos. El índice de Severidad de la Adicción (ASI) (McLellan *et al.*, 1980, 1992), cuya 5.^a edición ha sido traducida al castellano por Guerra (1994, 1999), facilita una evaluación multidimensional de los pacientes con trastornos relacionados con sustancias; se valora la severidad del problema con las drogas y la severidad de los problemas médicos, laborales y financieros, legales, familiares y sociales y psiquiátricos que experimente el paciente. El ASI se puede utilizar también para la comprobación de los efectos del tratamiento y los cambios en el funcionamiento del paciente.

3.2.2. Cuestionarios

El empleo de cuestionarios es algo frecuente antes, durante o después de la entrevista con el objetivo de identificar el abuso o la dependencia. Quizás el más conocido es el *test de evaluación para el consumo de drogas (Drug Abuse Screening*

Test, DAST) de Skinner (1982,1994); es una adaptación del MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) para detectar problemas de abuso de drogas y para la evaluación del tratamiento. Ofrece un índice cuantitativo de la medida en que se padecen problemas o consecuencias por el abuso de drogas. Su cumplimentación requiere aproximadamente cinco minutos. La última versión del DAST está formado por 20 ítems en forma de pregunta con dos opciones de respuesta (Sí o No) (cuadro 3.3). El sujeto debe rodear con un círculo aquella que mejor se adapte a sus circunstancias. En dos ítems, el 4 y el 5, se puntúa la respuesta negativa (No = 1 y Sí = 0). En los 18 ítems restantes, la respuesta “Sí” tiene un valor igual a 1 y la respuesta “No” igual a 0. La puntuación total de la prueba se obtiene sumando todos los ítems. La mayoría de los pacientes con problemas de alcohol u otras drogas puntúa 5 o más en la escala. Es importante examinar el contenido de los ítems que puntúan 1 para identificar los problemas específicos que tiene el sujeto (por ejemplo, problemas familiares, laborales, etc.).

En el caso de la heroína también se puede utilizar *el cuestionario de severidad de la dependencia a opiáceos (Severity of Opiate Dependence Questionnaire, SOPQ)* (Sutherland *et al.*, 1986), que es una adaptación del SAQD (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*). Este cuestionario 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 droga. También se recoge información sobre datos demográficos y acontecimientos relevantes en la evolución individual del consumo de heroína, la tolerancia y la sensación subjetiva de estar enganchado.

Cuadro 3.3. Test de evaluación para el consumo de drogas, DAST

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de sustancias (por ejemplo, heroína) durante los últimos 12 meses. Si hace más de un año que ha dejado de consumir drogas y en estos momentos no consume, recuerde el período anterior en el cual consumía. Lea cuidadosamente cada pregunta y rodee con un círculo la respuesta “Sí” o “No” según sea su caso. Por favor conteste a todas las preguntas. Si tiene dudas con alguna pregunta, elija la respuesta que más se aproxime a su caso.

<i>Pregunta</i>	<i>Respuesta</i>	
1. ¿Ha consumido otras drogas que no sean las recetadas por razones médicas?	SÍ	NO
2. ¿Ha abusado de drogas de prescripción?	SÍ	NO
3. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	SÍ	NO
4. ¿Puede pasar una semana sin consumir drogas?	SÍ	NO
5. ¿Es siempre capaz de interrumpir el consumo de drogas cuando quiere?	SÍ	NO
6. ¿Ha tenido pérdida de memoria o ha experimentado alteraciones perceptivas (<i>flashbacks</i>) como consecuencia de consumir drogas?	SÍ	NO
7. ¿Se ha sentido alguna vez mal por su abuso de las drogas?	SÍ	NO
8. ¿Se quejan sus padres, pareja o amigos a causa de su consumo de drogas?	SÍ	NO
9. ¿Ha creado alguna vez su consumo de drogas problemas entre usted y sus padres o su pareja?	SÍ	NO
10. ¿Ha perdido alguna vez amigos debido a su consumo de drogas?	SÍ	NO
11. ¿Ha desatendido alguna vez a su familia o no asistió a su trabajo a causa de su consumo de drogas?	SÍ	NO

12. ¿Ha tenido alguna vez problemas en el trabajo a causa de su consumo de drogas?	SÍ	NO
13. ¿Ha perdido alguna vez un trabajo a causa del consumo de drogas?	SÍ	NO
14. ¿Se ha metido en alguna pelea cuando estaba bajo la influencia de las drogas?	SÍ	NO
15. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales para conseguir drogas?	SÍ	NO
16. ¿Ha sido arrestado alguna vez por posesión de drogas?	SÍ	NO
17. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo de drogas?	SÍ	NO
18. ¿Ha tenido problemas médicos a causa de su consumo de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	SÍ	NO
19. ¿Ha ido alguna vez a pedir ayuda por un problema de drogas?	SÍ	NO
20. ¿Ha estado alguna vez en tratamiento por consumo de drogas?	SÍ	NO

Una variable crucial en la evaluación del drogodependiente es conocer *la motivación del paciente para el cambio*. Prochaska *et al.* (1994) propusieron seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización. En el estadio de *precontemplación*, el drogodependiente no considera que su conducta sea un problema y no tiene intención de dejar de consumir en los próximos seis meses. En el estadio de *contemplación*, el adicto empieza a contemplar su conducta como un problema, busca activamente información y se plantea seriamente la posibilidad de dejar de usar la sustancia en los siguientes seis meses. En el estadio de *preparación*

para la acción el paciente se encuentra preparado para la actuación terapéutica, ya ha tomado la decisión de dejar de consumir en un futuro inmediato (dentro de los siguientes 30 días). En el estadio de *actuación o acción*, el drogodependiente dejó de consumir y se mantiene abstinentes seis meses. Si el paciente lleva un período superior a seis meses sin consumir droga entonces estará en la etapa de *mantenimiento*. Si el ex-adicto no recae en cinco años pasaría al último estadio, el de *finalización*, donde se puede considerar la total desaparición del problema; el paciente manifestaría una ausencia del deseo de consumir droga en cualquier situación que se le presente (el nivel de tentación es cero) y la confianza en no volver a consumir en todas las situaciones problemáticas es del cien por cien.

Uno de los principales problemas en el campo de las adicciones es que la mayoría de los drogodependientes no siguen un proceso lineal de cambio desde el estadio de precontemplación al de finalización, sino que la evolución suele ser en espiral. Por tanto, la *recaída* es un fenómeno que se produce con una elevada frecuencia. Se entiende la misma como el abandono de la abstinencia en el estadio de acción o mantenimiento, que implica una regresión cíclica del sujeto a los estadios iniciales de precontemplación o contemplación.

La implicación clínica que se desprende de este modelo es la necesidad de evaluar la etapa en que se encuentra el paciente, en vistas a conocer su motivación para el cambio y así optar por el tratamiento más adecuado, que permita optimizar lo máximo posible los beneficios de la intervención terapéutica. Los pacientes en diferentes estadios deben recibir diferentes tipos de tratamiento. De no ser así, lo más probable es que el paciente muestre un determinado nivel de resistencia al cambio; a mayor discrepancia es más probable que presente un mayor nivel de resistencia.

Una gran proporción de personas que demandan tratamiento para el uso de sustancias tiene también otros problemas como trastornos de ansiedad y depresión. Es posible que haya que realizar una evaluación de estos problemas para determinar si es necesario un tratamiento adicional. Un instrumento que puede ser de gran utilidad para esto es el *SCL-90*. Es un cuestionario de autoinforme clínico multidimensional, que sirve para valorar los síntomas psicopatológicos y el malestar psicológico de la población normal y la población psiquiátrica. No es una medida de personalidad, excepto de forma indirecta, en el sentido de que ciertos tipos y trastornos de personalidad pueden manifestar un perfil característico en las dimensiones de los síntomas primarios. Proporciona índices de severidad psicopatológica en nueve dimensiones específicas de psicopatología y, además, permite conocer no sólo la incidencia de síntomas durante la última semana sino también su intensidad.

El SCL-90 consta de 90 ítems que se puntúan e interpretan en términos de nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y tres índices globales de malestar: Índice General Sintomático (IGS); índice Positivo de Síntomas Estresantes (IPSE); Total de Síntomas Positivos (TSP). Estos tres índices se han desarrollado y añadido para proporcionar más flexibilidad en la

evaluación general del estatus psicopatológico del paciente. Los tres indicadores reflejan distintos aspectos del trastorno psicológico. La administración de este cuestionario debe hacerse una vez que el paciente haya superado el síndrome de abstinencia y lleve abstinentemente entre dos y cuatro semanas; de lo contrario, las alteraciones psicopatológicas que experimente el paciente pueden ser consecuencia del uso de la droga. Por ejemplo, en el caso de los cocainómanos pueden encontrarse cuadros psicóticos inducidos por el consumo de cocaína, que no se diferencia de una auténtica psicosis paranoide. La única diferencia es que en el cuadro inducido por cocaína los síntomas son transitorios y generalmente desaparecen al cabo de 2-5 días sin consumir droga.

3.2.3. Autorregistros

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. Los autorregistros son unas hojas a modo de diarios que rellena el propio sujeto en relación con el consumo, las circunstancias antecedentes (hora, lugar, compañía, actividad realizada, pensamientos) y las consecuencias del consumo (dinero gastado, efectos experimentados, etc.).

Los datos de los autorregistros pueden ser más exactos que la información procedente de la entrevista, siempre y cuando se completen inmediatamente antes y después del consumo, ya que no están sujetos a las posibles distorsiones de la memoria producidas por el paso del tiempo. Sin embargo, pueden presentarse al menos tres tipos de problemas que pueden alterar la calidad de los datos autoobservados: 1) que el paciente no cumplimente el autorregistro con regularidad; 2) la dificultad de registrar el consumo de la sustancia en algunas circunstancias (por ejemplo, con sus amigos); y 3) el autorregistro puede producir un efecto reactivo, especialmente si se anota el uso de la sustancia antes de consumirla. En el primer caso, si se sospecha de esa posibilidad, el clínico debe anticiparse y pedirle al paciente que rellene el autorregistro en momentos específicos (por ejemplo, a la hora de comer, antes de irse a dormir). En el segundo caso, hay que planificar estrategias alternativas de cómo registrar los restos del consumo (por ejemplo, las pastillas que quedan). En el tercer caso, se pueden minimizar los efectos reactivos haciendo el registro después de que se produzcan los consumos. La exactitud de los datos autorregistrados también se mejora si el terapeuta comprueba de forma periódica los mismos.

Los autorregistros no sólo son recomendables para anotar el consumo y las circunstancias del mismo, sino que se pueden utilizar para evaluar otros muchos aspectos. Por ejemplo, se pueden realizar registros de pensamientos automáticos, de las actividades diarias, del deseo de consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis, etc.

3.2.4. Pruebas psicofisiológicas

Actualmente existen diversas pruebas de que los estímulos asociados a las drogas pueden desencadenar respuestas fisiológicas y “deseos irresistibles” en los consumidores, mientras que no se observan esas respuestas en los consumidores ante estímulos neutros. Por tanto, se puede analizar el nivel de adicción en un drogodependiente mediante una evaluación psicofisiológica, con la cual se podrá determinar la influencia que dichos estímulos condicionados tienen para desencadenar el deseo subjetivo de la droga y la recaída. El procedimiento para llevar a cabo este tipo de evaluación consta de dos fases: preparación y aplicación. En la etapa de preparación se especifican: *a)* medidas psicofisiológicas (temperatura periférica, respuesta electrodérmica y tasa cardiaca); *b)* medidas subjetivas: deseo o querencia de la droga, síndrome de abstinencia y respuestas agonistas; *c)* elaboración de una jerarquía de estímulos relacionados con el consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis (compraventa, preparación y ritual de administración) y de distintos estímulos neutros. En la etapa de aplicación, se procede de acuerdo a la siguiente secuencia: *a)* se establece una línea base de una duración aproximada de cinco minutos, en la que se evalúan las distintas reacciones subjetivas y psicofisiológicas a varios estímulos neutros; *b)* se procede a la presentación de un estímulo relacionado con el consumo de la droga (por ejemplo, preparación) y se evalúan de nuevo las variables subjetivas y psicofisiológicas; y *c)* se repite este procedimiento durante una o dos veces más y, posteriormente, se vuelve a realizar durante el tratamiento para llevar a cabo la terapia de exposición.

3.2.5. Otras pruebas

En vistas de que los pacientes pueden proporcionar información inexacta en la entrevista clínica, en los cuestionarios y en los autorregistros, es necesario recoger información de personas significativas y tomar medidas fisiológicas.

A) Entrevistas con personas significativas

Siempre que sea posible, el terapeuta debe tener una entrevista con los miembros de la familia u otras personas allegadas que conozcan y tengan contacto frecuente con el paciente. Es recomendable que estas personas no tengan problemas con el alcohol u otras drogas. La información de varias personas puede aumentar sustancialmente la validez de la evaluación. La fiabilidad de los autoinformes aumentará solamente con el hecho de que el paciente sepa que su información será contrastada con la que proporcionen otras personas. Es probable que la familia u otras personas significativas no conozcan muchos detalles sobre el consumo de sustancias (por ejemplo, cantidad, frecuencia), pero la mayoría de las veces proporcionan información muy valiosa sobre los cambios

comportamentales del sujeto o los problemas relevantes derivados del consumo de drogas. La implicación de este tipo de personas, especialmente la familia, en las primeras etapas de la evaluación facilitará posteriormente el apoyo de las mismas en el tratamiento.

B) Pruebas biológicas

Aun entendiendo que la información proporcionada por el paciente es veraz, es recomendable utilizar pruebas biológicas para corroborar la información autoinformada durante la evaluación, el tratamiento y el seguimiento. 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 uno a tres días en la mayoría de las drogas) (cuadro 3.4), estando lógicamente en función de la dosis administrada y la vía de administración empleada. Los análisis de orina no sólo tienen una finalidad meramente evaluativa, sino que también tienen una utilidad terapéutica, que consiste en: 1) proporcionar un indicador objetivo para el paciente, al terapeuta y a la familia de la evolución del tratamiento, y 2) reforzar la habilidad del paciente para resistir y afrontar el deseo de las drogas. Se dispone de varios métodos para detectar drogas en orina. El más práctico y sensible para un uso clínico rutinario es la técnica de *enzimoinmunoensayo*, con la que se puede detectar de forma fiable la presencia en orina de casi todas las drogas hasta 72 horas después de la última dosis. Las muestras de orina se pueden recoger de forma continua (por ejemplo, cada dos o tres días en el transcurso del tratamiento) o de forma intermitente (por ejemplo, cuando se den circunstancias especiales que incrementen la probabilidad de recaída) o de forma aleatoria.

Cuadro 3.4. *Tiempos de detección de sustancias de abuso en orina*

<i>Sustancia</i>	<i>Dosis (mg)</i>	<i>Tiempo de detección en orina</i>
Heroína	10	1-4 días
Cocaína	250	8-48 horas
Anfetaminas	30	1-120 horas

Es importante recordar que resultados positivos en los análisis de orina sólo indican un uso reciente de drogas; no indican necesariamente abuso o dependencia. Es recomendable que cuando una prueba salga positiva se realice de nuevo para elevar la

fiabilidad. Si el terapeuta cree que el resultado de la prueba es un falso negativo, se debe repetir con un nuevo método y en un laboratorio diferente.

3.3. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

3.3.1. Heroína

Como hemos visto anteriormente, la heroína es el opiáceo semisintético ilegal más extensamente consumido. En el DSM-IV se incluyen dos trastornos por consumo de opiáceos, la *dependencia de opiáceos* y el *abuso de opiáceos*, y varios *trastornos inducidos por opiáceos* (por ejemplo, intoxicación por opiáceos, el trastorno psicótico inducido por opiáceos, *delirium* por intoxicación de opiáceos). Para diagnosticar con el DSM-IV dependencia de opiáceos y el abuso de opiáceos se siguen los criterios generales propuestos para la dependencia y el abuso de sustancias expuestas en el capítulo 1.

En el DSM-IV en la definición de la *intoxicación por opiáceos* se incluyen la presencia de cambios comportamentales desadaptativos y algunos síntomas físicos específicos del consumo de opiáceos (cuadro 3.5). En general, la presencia de un estado de ánimo alterado, retardo psicomotor (inhibición psicomotora), somnolencia, lenguaje farfullante, disminución de la memoria y la atención en la presencia de otros indicadores de un consumo reciente de opiáceos sugieren un diagnóstico de intoxicación por opiáceos. El DSM-IV toma en consideración la especificación “con alteraciones perceptivas”.

Cuadro 3.5. Criterios para el diagnóstico de intoxicación por opiáceos

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
- C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:
 - 1. Somnolencia o coma.
 - 2. Lenguaje farfullante.
 - 3. Deterioro de la atención o de la memoria.
- D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar FI 1.04 si con alteraciones perceptivas.

La *abstinencia de opiáceos* en el DSM-IV viene definida por un patrón de signos y síntomas contrarios a los efectos agonistas agudos ([cuadro 3.6](#)). En la mayoría de los sujetos que son dependientes de drogas de acción corta como la heroína, las reacciones derivadas del no consumo empiezan aproximadamente 6-8 horas después de la última dosis. Las primeras horas del síndrome de abstinencia se caracterizan por dolor muscular, bostezos, sudoración profusa y lagrimeo. Treinta y seis horas después de inyectarse heroína por última vez, los síntomas aumentan en gravedad y pueden aparecer contracciones musculares, calambres, escalofríos que alternan con sudoración y un aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea. Normalmente tienen lugar también náuseas o vómitos, diarreas y perturbaciones del sueño. Los síndromes de abstinencia más intensos duran unas 72 horas y, posteriormente, van disminuyendo gradualmente en los siguientes 5 a 10 días.

Cuadro 3.6. Criterios para el diagnóstico de abstinencia de opiáceos

- A. Alguna de las siguientes posibilidades:
 - 1. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos.
 - 2. Administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos.

 - B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del criterio A:
 - 1. Humor disfórico.
 - 2. Náuseas o vómitos.
 - 3. Dolores musculares.
 - 4. Lagrimeo o rinorrea.
 - 5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
 - 6. Diarrea.
 - 7. Bostezos.
 - 8. Fiebre.
 - 9. Insomnio.

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

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

Hay varios trastornos que pueden ser *inducidos por opiáceos*, además de la intoxicación y la abstinencia: *delirium* por intoxicación, trastorno psicótico inducido, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual y trastorno del sueño. Como puede verse en el [cuadro 3.7](#), en el que se expone un resumen de criterios diagnósticos del DSM-IV

para los trastornos inducidos por sustancias, éstos se diagnostican en lugar de intoxicación o de abstinencia de la sustancia en cuestión, sólo cuando los síntomas exceden de lo que habitualmente se asocia con el síndrome de intoxicación o de abstinencia y cuando presentan la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Cuadro 3.7. Resumen de criterios diagnósticos del DSM-IV para los trastornos inducidos por sustancias

-
-
- A. Presencia del síntoma psiquiátrico particular.
 - B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2):
 - 1. Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias.
 - 2. El consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.
 - C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno mental no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno mental no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (por ejemplo, alrededor de un mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psiquiátrico no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Especificar si:

- De *inicio durante la intoxicación*: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia.
 - De *inicio durante la abstinencia*: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante cuatro semanas o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.
-

3.3.2. Cocaína

Hoy día se reconoce que la cocaína produce un claro patrón conductual de abuso y dependencia en un determinado porcentaje de consumidores. El DSM-IV describe dos trastornos por consumo de cocaína, la *dependencia de la cocaína* y el *abuso de cocaína* y varios *trastornos inducidos por la cocaína*, como la intoxicación, el trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, el trastorno de sueño, etc. Al igual que para los opiáceos, el DSM-IV utiliza los criterios generales para la dependencia de sustancias y

para el abuso de sustancias para diagnosticar *dependencia de cocaína* y *abuso de cocaína* (ver cuadros del capítulo 1). Clínicamente y en la práctica, se puede sospechar de dependencia o abuso de cocaína en pacientes que manifiestan cambios inexplicables en sus personalidades. Cambios comunes asociados con el uso de cocaína son la irritabilidad, la capacidad deteriorada para concentrarse, una conducta compulsiva, insomnio severo y pérdida de peso. Los compañeros de trabajo y los familiares pueden notar una incapacidad general y creciente para llevar a cabo las tareas esperadas relacionadas con el trabajo y con la vida familiar. El paciente puede mostrar nueva evidencia de un aumento en las deudas o incapacidad para pagar facturas a tiempo a causa de las grandes sumas de dinero usadas para comprar cocaína. Los abusadores de cocaína se ausentan con frecuencia del trabajo o de situaciones sociales cada 30-60 minutos para encontrar un sitio apartado en el cual puedan esnifar más cocaína. Debido a los efectos vasoconstrictores de la cocaína, sus usuarios casi siempre desarrollan congestión nasal y, a veces, intentan automedicarse con pulverizadores descongestionantes.

El DSM-IV especifica los criterios para el diagnóstico para la *intoxicación por cocaína* (cuadro 3.8), haciendo énfasis en los signos y síntomas físicos y conductuales del consumo de la cocaína. Altas dosis de cocaína producen una serie de síntomas entre los que se incluyen agitación, irritabilidad, juicio deteriorado, conducta sexual potencialmente peligrosa e impulsiva, agresión, un incremento generalizado de la actividad psicomotora y, potencialmente, síntomas de manía. Los principales síntomas físicos asociados son la taquicardia, la hipertensión y la midriasis. Los criterios diagnósticos del DSM-IV tienen en cuenta la especificación de la presencia de alteraciones perceptivas. Si las alucinaciones están presentes en la ausencia de juicio de realidad intacto, el diagnóstico apropiado es un trastorno psicótico inducido por cocaína con alucinaciones.

Cuadro 3.8. Criterios para el diagnóstico de intoxicación por cocaína

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.
- C. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
 - 1. Taquicardia o bradicardia.
 - 2. Dilatación pupilar.
 - 3. Aumento o disminución de la tensión arterial.
 - 4. Sudoración o escalofríos.
 - 5. Náuseas o vómitos.
 - 6. Pérdida de peso demostrable.

7. Agitación o retraso psicomotores.
 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas.
 9. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F14.04 si con alteraciones perceptivas.

El DSM-IV ha establecido los criterios diagnósticos para *la abstinencia de la cocaína* (cuadro 3.9). Después de dejar de consumir cocaína o después de la intoxicación aguda, aparece una depresión caracterizada por disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, hipersomnolencia, y algunas veces, agitación. Con un consumo leve o moderado, estos síntomas duran unas 18 horas. Con un consumo elevado, los síntomas pueden prolongarse durante una semana, alcanzando su punto álgido entre los dos y cuatro días después de interrumpir el consumo. En algunos pacientes este síndrome se puede prolongar durante varias semanas o meses. Los síntomas de abstinencia pueden estar también asociados con ideación suicida. Durante el período de abstinencia el deseo de cocaína (*craving*) puede ser muy intenso, dado que la persona sabe que tomando cocaína puede aliviar los síntomas molestos del síndrome de abstinencia. Las personas que experimentan el síndrome de abstinencia suelen tomar alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Cuadro 3.9. Criterios para el diagnóstico de abstinencia de cocaína

- A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
 - B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen pocas horas o días después del criterio A:
 1. Fatiga.
 2. Sueños vívidos y desagradables.
 3. Insomnio o hipersomnia.
 4. Aumento del apetito.
 5. Retraso o agitación psicomotores.
 - C. Los síntomas del criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
 - D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican por la presencia de otro trastorno mental.
-

Al igual que para el caso de la heroína u otras sustancias, en el DSM-IV se incluyen manifestaciones adicionales *inducidas por cocaína*, que semejan otros trastornos psiquiátricos: *delirium* por intoxicación por cocaína; trastorno psicótico inducido por cocaína, trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, trastorno de ansiedad inducido por cocaína, trastorno sexual inducido por cocaína y trastorno del sueño inducido por cocaína. Los criterios diagnósticos para estos trastornos son semejantes a los expuestos para la heroína. Estos trastornos se diagnostican en vez del diagnóstico de intoxicación o abstinencia de cocaína sólo cuando son excesivos respecto a lo que se observa en un síndrome de intoxicación o abstinencia característico de la cocaína y requieren atención clínica de modo independiente. En estos casos no es necesario realizar un diagnóstico adicional de intoxicación o abstinencia de sustancias. En vez de eso puede estar indicada la especificación con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia.

3.3.3. Drogas de síntesis

En los últimos años ha aparecido toda una nueva serie de sustancias conocidas como “drogas de diseño” o “drogas de síntesis”, siendo la mayoría de ellas de tipo anfetamínico. Como ya señalamos en el capítulo 1, en nuestro medio la más utilizada es la 3,4-metilendioximetfetamina (MDMA) conocida como “éxtasis”. Este tipo de sustancias tiene efectos neuroquímicos sobre los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico y, aunque predominan los efectos estimulantes, tampoco son extraños los efectos alucinógenos, aunque los problemas de desorientación y las distorsiones perceptuales son menores que las de los alucinógenos clásicos (por ejemplo, LSD). En el DSM-IV el MDMA se incluye en los trastornos por consumo de alucinógenos, sin embargo, la MDMA se comporta más como una droga de tipo anfetamínica. Por lo tanto, la consideraremos como un trastorno por consumo de anfetaminas. En el DSM-IV los criterios para *el abuso y dependencia de anfetaminas* son los que se aplican a los trastornos por consumo de sustancias (ver cuadros del capítulo 1). Los patrones de consumo y el curso para la dependencia de anfetamina son similares a los de la cocaína, aunque los efectos de las anfetaminas son más prolongados y, en consecuencia, el consumo es menos frecuente que en el caso de la cocaína en los cocainómanos. El consumo puede ser crónico u episódico.

En el DSM-IV los diagnósticos para la *intoxicación por anfetamina* (cuadro 3.10) aparecen como una entidad independiente, pero prácticamente son los mismos que para la intoxicación por cocaína. El DSM-IV tiene en cuenta la especificación de la presencia de trastornos perceptuales. Si el juicio de realidad no está intacto está indicado un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por anfetamina con comienzo durante la intoxicación. Los síntomas de intoxicación por anfetamina se resuelven en su mayor parte después de 24 horas y, en general, remiten en su totalidad después de 48 horas.

Cuadro 3.10. Criterios para el diagnóstico de intoxicación por anfetamina

- A. Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (por ejemplo, metilfenidato).
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o afectividad embotada; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines:
 - 1. Taquicardia o bradicardia.
 - 2. Dilatación pupilar
 - 3. Tensión arterial aumentada o disminuida.
 - 4. Sudoración o escalofríos.
 - 5. Náuseas o vómitos.
 - 6. Pérdida de peso demostrable.
 - 7. Agitación o retraso psicomotores.
 - 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas.
 - 9. Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F1 5.04 si con alteraciones perceptivas.

El “bajón” (*crash*) después de la intoxicación de anfetaminas puede estar asociado con ansiedad, temblores, estado de ánimo disfórico, letargia, fatiga, pesadillas, dolores de cabeza, sudoración profusa, calambres musculares, calambres estomacales y hambre insaciable. Los síntomas de abstinencia alcanzan su punto álgido a los dos o cuatro días y suelen desaparecer en una semana. El problema más grave de la abstinencia de anfetaminas es la depresión, que puede ser especialmente grave después del consumo continuado o de altas dosis de anfetaminas y que puede resultar en una ideación o conducta suicida. Los criterios diagnósticos del DSM-IV para *la abstinencia de anfetaminas* especifican como uno de los criterios el que el paciente presente un estado de ánimo y dos o más cambios fisiológicos ([cuadro 3.11](#)).

Cuadro 3.11. Criterios para el diagnóstico de abstinencia de anfetamina

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del criterio A:

1. Fatiga.
 2. Sueños vívidos, desagradables
 3. Insomnio o hipersomnia
 4. Aumento del apetito.
 5. Retraso o agitación psicomotores.
- C. Los síntomas del criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.
-

Al igual que para el caso de la heroína y la cocaína, en el DSM-IV se listan una serie de trastornos adicionales *inducidos por anfetamina: delirium* por intoxicación por anfetamina; trastorno psicótico inducido por anfetamina, trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina, trastorno de ansiedad inducido por anfetamina, trastorno sexual inducido por anfetamina y trastorno del sueño inducido por anfetamina. La pauta principal para diagnosticar un trastorno inducido por anfetamina es cuando los síntomas definitorios de esos trastornos psiquiátricos son excesivos con respecto a lo que se observa en la intoxicación o abstinencia de anfetaminas y su gravedad demanda atención clínica.

3.4. Formulación del trastorno

La formulación clínica se caracteriza por la enumeración de aquellas variables más relevantes que puedan explicar el proceso mediante el cual cada individuo ha aprendido su adicción. Por tanto, debe servir de guía para decidir sobre el tipo de tratamiento más eficiente, es decir, aquel con la mejor razón coste-beneficio, en un paciente determinado. Además, permite identificar y ordenar los múltiples determinantes del comportamiento, a nivel general, y la diversidad de interacciones entre procesos psicológicos básicos que dan como resultado el trastorno adictivo. La formulación clínica es una hipótesis que contiene tres elementos: 1) identifica la relación funcional entre todos los problemas que presenta el paciente; 2) explica por qué se han desarrollado estas dificultades conductuales; y, 3) proporcionan predicciones sobre posibles respuestas del paciente ante situaciones estimulares futuras. Mediante la formulación conductual se integra y conjuga toda la información obtenida de manera objetiva y descriptiva a lo largo del proceso de evaluación, enumerado previamente, para poder inferir y comprender las relaciones existentes en la problemática de cada drogodependiente.

La formulación clínica se asienta en el *el análisis funcional*. Se entiende por análisis funcional la identificación de las variables antecedentes o consecuentes que controlan una conducta y el establecimiento de las relaciones entre esas variables y dicha conducta. Los

elementos que componen un análisis funcional son cuatro: 1) los estímulos antecedentes de la respuesta (E); 2) las variables del organismo (O); 3) la respuesta o respuestas (R); y 4) los estímulos consecuentes de las respuestas (C). En la [figura 3.1](#) aparece el esquema general que se debe seguir para realizar un análisis funcional, que en este caso se va a referir a la conducta de consumir heroína, cocaína o drogas de síntesis.

Los *estímulos antecedentes de las respuestas* son aquellos estímulos que guardan una relación funcional comprobable con la respuesta (desencadenan o facilitan el consumo de cada una de las drogas de abuso), en este caso consumir heroína, cocaína o drogas de síntesis. Son de dos tipos: externos e internos. Los externos pueden ser *situacionales y contextuales o ambientales*. Los primeros son señales o situaciones que por razones de aprendizaje señalan la ocasión para el consumo diario de la sustancia (por ejemplo, el parque del barrio, el coche, el servicio de una discoteca que frecuente). Los segundos, hacen referencia a los valores, expectativas, creencias, etc., de la comunidad en la que vive el paciente en relación al consumo de drogas (por ejemplo, disponibilidad de droga, tráfico de drogas en el barrio en el que vive el sujeto). Los internos son los producidos por el propio sujeto (por ejemplo, deseo de consumir droga, aburrimiento).

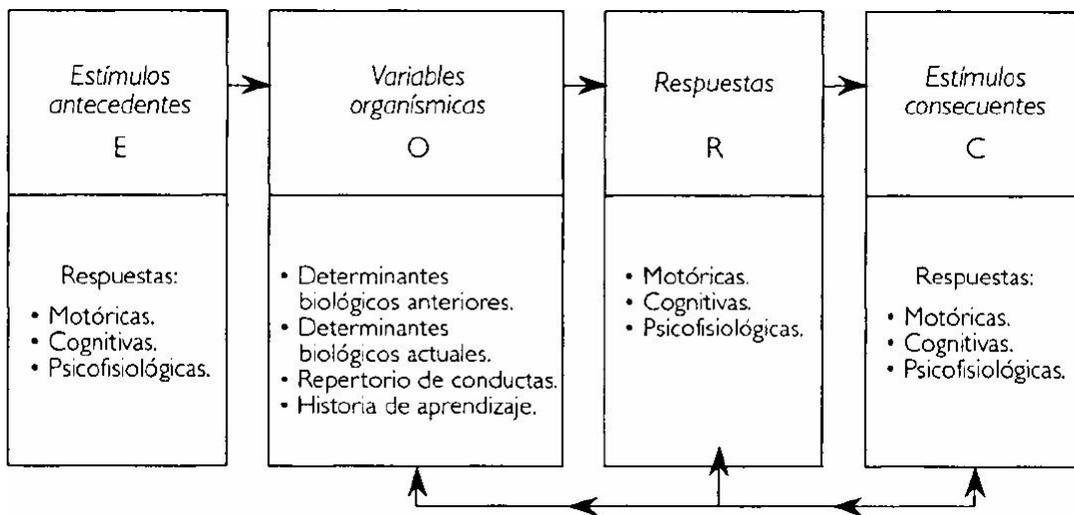


FIGURA 3.1. Elementos del análisis funcional.

Las *variables del organismo* influyen sobre la propia respuesta de consumir la sustancia. Dentro de las variables orgánicas se incluyen: 1) los determinantes biológicos anteriores, 2) los determinantes biológicos actuales, 3) los repertorios de conductas existentes en el organismo, y 4) la información almacenada en la interacción del organismo con el ambiente, también denominada historia de aprendizaje. Los determinantes biológicos anteriores incluyen los factores hereditarios, los prenatales y los perinatales. Los determinantes biológicos actuales incluyen factores como las enfermedades transitorias, los estados de privación, saciación y fatiga, así como los estados producidos por la ingestión de medicamentos, drogas o alcohol. Como ejemplo de ello, dentro de los determinantes biológicos anteriores de consumir heroína, cocaína o

drogas de síntesis, se ha hipotetizado que algunos pacientes que desarrollan trastornos por abuso de drogas lo harían porque sufren trastornos genéticos endógenos con sustrato biológico que, directa o indirectamente, los conduce al consumo de sustancias como una forma de autotratamiento. Respecto a los determinantes biológicos actuales, se han encontrado algunos factores que median la relación entre los estímulos antecedentes indicados con el consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis. Así, se conoce que estas sustancias modulan el afecto, la memoria, el aprendizaje, el rendimiento, etc. También, dentro de las variables del organismo, tiene importancia el repertorio de conductas existentes en el mismo o, lo que es lo mismo, si el organismo puede o no emitir esa conducta. Excepto en situaciones de enfermedad grave, anestesia, estado de sueño, etc., el organismo, el consumidor de heroína, cocaína o drogas de síntesis, puede emitir la conducta, aunque para dicha emisión precisa que estas sustancias estén presentes.

Una variable a la que siempre se le ha dado gran importancia a nivel del organismo es la referida a la información que éste tiene almacenada a lo largo de su interacción con el ambiente, también denominada *historia de aprendizaje*. Aquí se incluyen las variables de hábito, las variables situacionales y las variables situación-persona que llevan a consumir drogas en situaciones, ambientes, con determinadas personas, etc. También a consumir drogas a unas horas y no a otras, a controlarse en mayor o menor grado en el consumo, etc.

Dentro del análisis funcional de la conducta el elemento central es la respuesta o respuestas que analizamos, en este caso *la conducta de consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis*. Hablar de respuesta y de conducta es equivalente. Las respuestas se analizan teniendo en cuenta distintas dimensiones (motora, cognitiva y psicofisiológica), que interaccionan entre sí. La dimensión motora se caracteriza por la pauta específica de consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis (tipo de droga, forma de consumo, vía de administración, cantidad, gasto diario, etc.) y la conducta de búsqueda (roba, cómo y dónde obtiene la droga). El sistema cognitivo de la respuesta abarca la conducta verbal, tanto sea interna como externa, así como la representación de imágenes. La conducta verbal externa se refiere a los contenidos del lenguaje hablado referido a la conducta en estudio, en este caso al consumo de drogas; la interna incluye las expectativas que tiene el paciente sobre los efectos de las drogas, el estilo atribucional, los pensamientos automáticos antes, durante y después de consumir, las creencias irracionales (por ejemplo, cuando el paciente cree que está curado una vez pasado el síndrome de abstinencia), la autoimagen (cómo se ve a sí mismo, cómo le ven los demás y cómo le gustaría verse), etc. El sistema psicofisiológico atañe a las respuestas fisiológicas que se experimentan durante la conducta de búsqueda y antes, durante y después de la conducta de autoadministración.

Por tanto, para el conocimiento de la conducta del drogodependiente es necesario tener en cuenta los tres sistemas de respuesta y su interrelación. También es necesario delimitar de cada respuesta la frecuencia, intensidad y duración con que se produce. Esto se puede hacer fácilmente a través de la observación o autoobservación. También, el

análisis de las respuestas permite saber si la conducta se lleva a cabo con exceso o con defecto. Evidentemente en el caso del consumo de drogas es con exceso, aunque dicho nivel varía en función de la frecuencia, intensidad y duración de cada consumo.

El último componente del análisis funcional se refiere a los *estímulos consecuentes* de las respuestas, que como su misma palabra indica son los estímulos que siguen a las respuestas y que harán en el futuro que la probabilidad de su aparición aumente (refuerzos) o disminuya (castigos). En uno u otro caso puede ser debido bien a las consecuencias externas, o bien a las respuestas del propio organismo. Por tanto, las consecuencias del consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis pueden ser positivas y negativas. Es importante hacer un análisis de las mismas a corto y a largo plazo, ya que cambian en función de la dimensión temporal en que las situemos. Así, por ejemplo, cuando un heroinómano está en su fase inicial, las consecuencias son de tipo positivo (efectos reforzantes de la sustancia). A medida que se va consolidando el hábito las consecuencias negativas son más destacables (por ejemplo, aparición de infecciones, pérdida de trabajo).

En conclusión, el análisis funcional será el método que nos ayude a organizar la información recogida y a comprender la conducta de consumo de heroína, cocaína o drogas de síntesis como para cualquier otra conducta, así como para la formulación del caso, la planificación del tratamiento, su implantación y el análisis de los resultados.

Una vez que el terapeuta ha realizado la evaluación clínica se le explican al drogodependiente las conclusiones finales a las que se ha llegado y se especifican de forma negociada (clínico-paciente) los objetivos para la intervención terapéutica. En algunas ocasiones no coinciden, por lo que se recomienda llegar a un acuerdo antes de iniciar un programa de intervención. Es bastante común encontrarse con que el objetivo del paciente no es la abstinencia, meta que sería la ideal en la mayoría de las ocasiones.

Cuadro resumen

- La evaluación conductual de los problemas de adicción, en este caso, de la heroína, cocaína y drogas de síntesis, designa un proceso de recogida de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio.
- La entrevista es el instrumento más utilizado para reunir información sobre la conducta de consumo y las variables que la mantienen.
- Existen varias entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas para la recogida de datos sobre el consumo y otras áreas del comportamiento. Las dos más conocidas son la *entrevista clínica estructurada* del DSM-IV (*Structured Clinical Interview*, SCID) y el *índice de severidad de la adicción*.

- El empleo de cuestionarios es algo frecuente antes, durante o después de la entrevista. El más utilizado es el *test de evaluación para el consumo de drogas* (DAST). En el caso de la heroína también se puede utilizar el *cuestionario de severidad de la dependencia de opiáceos* (SODQ). El SCL-90 es un cuestionario apropiado para evaluar la presencia de otros problemas psiquiátricos.
- En vistas de que los pacientes pueden proporcionar información inexacta es necesario recoger información de personas significativas y realizar urinoanálisis.
- El *análisis funcional* será el método que ayude a organizar la información recogida y a comprender la conducta de consumo de heroína, cocaína, drogas de síntesis u otras drogas o cualquier otro problema de conducta, así como para la formulación del caso, la planificación del tratamiento, su implantación y el análisis de resultados.

Exposición de la formulación clínica de los tres casos

En los casos expuestos en el capítulo I se les realizó la entrevista clínica, se les aplicaron varios de los cuestionarios descritos en el capítulo, pruebas de urinoanálisis y autorregistros para obtener información. Con ello se elaboró el análisis funcional y la formulación del caso, la cual se muestra en los [recuadros 3.1, 3.2 y 3.3](#), donde aparecen las variables más relevantes relacionadas con el consumo de las distintas sustancias y cómo se abordará el tratamiento.

Recuadro 3.1 ***Formulación del caso de heroína***

En el caso de Daniela habían estado presentes distintas situaciones antecedentes que le habían facilitado el comienzo del consumo, como el poco afecto que recibió de niña y de adolescente, por los problemas que tuvieron entre sí los padres, y abandonar prematuramente el hogar y llevar una vida donde la soledad y la carencia de afecto siempre estuvo presente. Las drogas le sirvieron para superar inicialmente estos problemas (porros, exceso de alcohol). Conforme fue pasando el tiempo, continuó dependiendo de éstas y de otras nuevas sustancias, como la heroína. Al carecer de suficientes habilidades para afrontar la vida se fue introduciendo en una carrera sin salida (prostitución, “tráfico”, atracos a mano armada, aborto).

Como aspectos positivos destaca que en los últimos cinco años acudió en dos ocasiones en busca de ayuda y esta era la tercera vez. En esas ocasiones previas había logrado algunos objetivos pero había vuelto a recaer. Se veía en una situación de “tocar fondo” y pedía ayuda para salir del mismo. También tenía ahora de nuevo el apoyo de su madre, de la que había estado alejada en los años previos.

Su cadena de consumo era clara: ante la dependencia de la heroína consumía y ante el síndrome de abstinencia de la misma buscaba la sustancia para volver a consumir utilizando todos los medios, legales e ilegales, para conseguirla. Al encontrarse mal, y ante la falta de perspectiva de futuro, la heroína cumplía un papel funcional y adaptativo en su vida.

El objetivo del tratamiento se va a orientar a dejar de consumir o reducir su consumo, la adquisición de nuevas habilidades para afrontar una vida normal y encauzar los déficit que viene arrastrando en estos años previos. Dada la gravedad que plantea, el primer objetivo será su normalización lo más rápidamente posible y la retención en el tratamiento, para poder hacer una intervención a más largo plazo.

Recuadro 3.2

Formulación del caso de cocaína

Juan comenzó a consumir cocaína para desinhibirse, al considerarse tímido. Previamente había consumido alcohol desde edades tempranas, así como hachís desde los 16 años. Lo que más le gustaba era la combinación de cocaína con cerveza. Sin embargo, su sentido de inocuidad de la cocaína cambió cuando tuvo un consumo abusivo de la misma, se sintió mal y a partir de ahí notó toda una serie de síntomas somáticos, a partir de cuyo momento somatiza más que antes y con una alta frecuencia. Esto le acarrea una gran ansiedad y, actualmente, también tiene asociado al consumo de cocaína el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia, aparte de padecer insomnio, como probables consecuencias del propio consumo. Tiene un enorme miedo a tener un ataque cardíaco.

El trabajar disponer de dinero, y ser la cocaína un modo de solucionarle varios de sus problemas, han facilitado su consumo a lo largo de los años previos.

Tiene antecedentes familiares de trastorno mental, como ocurre con su padre (depresión maniaco-depresiva). Es hijo único, y su madre le ha prestado siempre atención, pero considera que su timidez ha sido siempre un problema.

Cuando acude a tratamiento asume que la cocaína es la responsable de sus actuales problemas y se ve incapaz de dejarla por sí mismo. Además, se ha agrabado su situación porque desde hace dos meses dejó su trabajo y empieza a quedarse sin dinero, tiene problemas con una chica con la que sale desde hace poco, y empieza a tener miedo cuando sale con sus amigos, que son importantes consumidores de cocaína.

Tiene un problema de dependencia de la cocaína asociado con otros trastornos, probablemente debidos a dicho consumo. El tratamiento se va a orientar a que deje de consumir cocaína, deje de tener problemas de ansiedad, problemas de angustia y adquiera habilidades suficientes para poder llevar a cabo una vida normal, como búsqueda de un nuevo trabajo, tener una relación adecuada con la chica con la que sale, mejores relaciones con sus padres, abandono de sus amigos consumidores, etc.

Recuadro 3.3

Formulación del caso de la persona que consume drogas de síntesis

En el caso de José, su consumo de drogas de síntesis está asociado a las salidas nocturnas y a la diversión. Igualmente consume otras sustancias como alcohol, emborrachándose de vez en cuando. Todo ello se ve facilitado por disponer de gran cantidad de dinero para una persona de su edad, 18 años. Es la presión externa, en este caso de su madre, la que lo obliga a acudir a tratamiento, aunque él considera que no tiene ningún problema de dependencia y que consumiendo drogas lo pasa mejor cuando sale a divertirse.

Ha probado un gran número de sustancias (por ejemplo, LSD, setas alucinógenas, cocaína), pero el consumo que se detecta como problema es el exceso de consumo de alcohol y el consumo de éxtasis: desde hace seis meses, dos pastillas cuando sale a divertirse. También en ocasiones consume cocaína.

Su consumo no es excesivo, y está en la línea de lo que muchos jóvenes consumen los fines de semana. De ahí la dificultad de que acepte que tiene un problema y que debe llevar a cabo un tratamiento. Considera que su consumo es el “normal” en las personas que salen de marcha. Además, afirma que tiene control sobre lo que consume. Es, claramente, la presión de su madre la que lo ha traído a tratamiento. Sin ella, no acudiría.

Aparte del consumo excesivo de alcohol, y de distintas drogas de modo esporádico, no tiene otros problemas, excepto que los estudios le van mal, pero por contra trabaja de vez en cuando en trabajos eventuales y va teniendo unos ingresos aceptables para la edad que tiene.

El tratamiento se va a orientar a que deje de consumir o a que haga un consumo de un modo menos

Preguntas de autoevaluación

1. El instrumento más utilizado para reunir información sobre las conductas de consumo y las variables que la mantienen es:
 - a) El cuestionario.
 - b) La entrevista.
 - c) El autorregistro.
 - d) La escala.
 - e) El autoinforme.

2. Uno de los cuestionarios más utilizados para detectar problemas de abuso de drogas y para la evaluación del tratamiento es:
 - a) El DAST
 - b) El MAST.
 - c) El MALT.
 - d) El SODQ.
 - e) El SAQD.

3. Cuando el drogodependiente considera que su conducta no es un problema se incluye dentro del estadio de:
 - a) Mantenimiento.
 - b) Acción.
 - c) Preparación para la acción.
 - d) Contemplación.
 - e) Precontemplación.

4. En las personas con un problema adictivo, el SCL-90 se debe administrar:
 - a) En la segunda semana de la fase de evaluación.
 - b) Una semana antes de que haya comenzado el tratamiento propiamente dicho.
 - c) Dos o cuatro días después de que haya comenzado la fase de desintoxicación.
 - d) Después de que haya superado el síndrome de abstinencia y lleve abstinentes entre 2-4 semanas.
 - e) La semana siguiente a comenzar la fase de deshabituación.

5. Aquellos estímulos que guardan una relación funcional con la conducta de consumo se les conoce por:

- a) Estímulos antecedentes.
- b) Estímulos consecuentes.
- c) Estímulos organísmicos.
- d) Estímulos exteroceptivos.
- e) Estímulos interoceptivos.

Tratamiento (1). Guía para el terapeuta

4.1. Objetivos en el tratamiento de la dependencia a una droga

Son muchas las distintas sustancias a las que las personas pueden adquirir dependencia. En este capítulo únicamente se expondrán tres de las drogas ilegales más importantes actualmente, la heroína, la cocaína y las drogas de síntesis.

En cualquier intervención terapéutica con una persona dependiente de sustancias hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento ([cuadro 4.1](#)). Éstos van graduados en función de la propia dependencia; esto es, poco se puede hacer con una intervención psicológica si la persona está intoxicada cuando acude a consulta; o, poco se puede hacer para intentar que mejore su estilo de vida saludable si no conoce medidas adecuadas para hacerlo.

El primer objetivo del tratamiento es que la persona con una dependencia asuma que precisa tratamiento. Tanto en las drogas legales como en las ilegales hay un proceso de negación de muchos de los adictos a las mismas. La drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consumen o no tienen suficiente dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento hace que las graves consecuencias que suelen acompañar a éste impidan al principio asumir el problema. Aparte, por los procesos de cambio, se sabe que la persona tiene que pasar por distintas fases antes de asumir que tiene que hacer un cambio.

Cuadro 4.1. *Esquema general de los objetivos a conseguir en el tratamiento de cualquier dependencia*

-
-
1. Reconocimiento por parte de la persona de que tiene un problema.
 2. Evaluar adecuadamente el problema de dependencia y otros posibles asociados.
 3. Desintoxicarlo de la sustancia.
 4. Deshabituarlo psicológicamente.
 5. Entrenarlo en prevenir la recaída.
 6. Cambiar a un estilo de vida saludable.
-

Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar va a solicitar distintos tipos de ayuda. Y es entonces de gran importancia hacerle ver claramente que precisa

ayuda, que tiene que cambiar su conducta de consumo por las graves y evidentes consecuencias que le está produciendo, pero que la persona consumidora no ve en ese momento (por ejemplo, que lo han despedido del trabajo, que ha tenido que abandonar los estudios, que tiene conflictos familiares, que lo ha detenido la policía, que tiene que ingresar en prisión, que sus relaciones sociales han cambiado y ahora se relaciona sólo con amigos consumidores, etc.).

Superada la fase de negación del problema o minimización del mismo, hay que delimitar claramente el problema por el que acude, factores relacionados y otros problemas que ha causado la dependencia. Ésta es la fase de evaluación, que ya se ha expuesto en el capítulo anterior.

Dentro ya del tratamiento, éste se va a orientar inicialmente a que la persona consiga la abstinencia. Aquí va a variar el abordaje según se trate de una persona dependiente de la heroína o de la cocaína o drogas de síntesis, como se verá más adelante. Hoy, en la dependencia de la heroína, junto a los programas orientados a la abstinencia hay también los programas de reducción de daños, fundamentalmente los de mantenimiento de metadona.

En el caso de la heroína la desintoxicación cobra una gran relevancia, por estar presente en las personas dependientes a la misma tanto la dependencia física como la psicológica. Para la primera, se desintoxica al organismo mediante una interrupción brusca o paulatina de la sustancia. En la cocaína y drogas de síntesis lo más importante es la dependencia psicológica, de ahí que la deshabitación psicológica se convierta en el aspecto esencial en ellas.

Conseguida la desintoxicación o, lo que es lo mismo, que la persona deje de consumir la sustancia, se pasa al proceso de deshabitación psicológica. Éste es el proceso más largo y complejo del proceso adictivo, con la excepción de cuando la persona está en un programa de mantenimiento con metadona, en cuyo caso ambos procesos van en paralelo.

La deshabitación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia sea capaz de afrontar la abstinencia. Por ello, se le entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y en reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas. Ésta es una de las partes más complejas de todo el proceso dado que las personas que acuden a tratamiento en ocasiones llevan un buen número de años consumiendo. Además, muchos han descubierto que cuando se encuentran mal pueden ponerse mejor rápidamente consumiendo drogas. De ahí la relevancia que tiene el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo para el consumo. Las drogas producen efectos inmediatos. Entre el consumo y su efecto pasan pocos segundos. Hay también una gran disponibilidad de ellas y la persona sabe cómo acceder a las mismas. Entrenarla adecuadamente en que adquiera habilidades para vivir sin drogas, que se encuentre bien subjetiva y anímicamente y que tenga apoyo en su ambiente, son algunas de las claves del éxito de un tratamiento. No se debe olvidar que las drogas consiguen no sólo un efecto inmediato, sino que por el consumo previo se han hecho claramente reforzantes. Hay que buscar alternativas de

refuerzo para el individuo y para que pueda contraponer las consecuencias negativas del consumo (ya que cuando es adicto sólo ve las positivas) a las ventajas que tiene no consumir a nivel personal, familiar, social, etc.

Dado que sabemos que la recaída es algo íntimamente unido a la dependencia de cualquier sustancia, sea tanto de tipo legal como ilegal, entrenar al paciente en prevenir la recaída es un elemento de gran relevancia una vez superadas las fases anteriores. Desde el modelo de Marlatt y Gordon y los desarrollos hechos a partir del mismo, con técnicas efectivas para que la persona no recaiga, la prevención de la recaída se ha convertido en un componente más del tratamiento. Con él podemos conseguir que la persona se mantenga abstinentes y si recae pueda volver de nuevo a la abstinencia, o volver a la misma en el menor tiempo posible.

Finalmente, si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. Aunque ello es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, especialmente en los adictos a opiáceos, y va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. Cuando conseguimos un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia, entonces es más probable y fácil conseguir mantener la abstinencia tanto a corto como a largo plazo. El análisis de la comorbilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados al consumo de drogas puede ser uno de los factores que faciliten el mantenimiento de la abstinencia.

4.2. Dependencia de la heroína

4.2.1. Tipos de abordajes terapéuticos

Son múltiples los objetivos que se proponen con una persona que acude a tratamiento por dependencia de la heroína. Es uno de los abordajes más complejos y a la vez completos por la red asistencial específica de la que se dispone en España para el tratamiento de las drogodependencias, que en la práctica se reduce casi exclusivamente al tratamiento de las personas dependientes de la heroína. El motivo de que sea un abordaje completo también viene dado por la complejidad del problema, las dificultades del tratamiento a nivel práctico, la demanda social de que estas personas estén estabilizadas y por el surgimiento hace unos años de la epidemia del SIDA, que ha llevado a un cambio importante en los abordajes terapéuticos en los últimos años, con la introducción masiva de los programas de reducción de daños y específicamente de los programas de mantenimiento con metadona.

Para tener más claros los objetivos que se propone conseguir en una persona dependiente de opiáceos, como se muestra en el [cuadro 4.2](#) y se desarrolla en el punto siguiente, en este apartado se expondrán brevemente los distintos tipos de abordajes

terapéuticos de que se dispone hoy para las personas dependientes de la heroína. Esto permitirá comprender mejor los abordajes específicos que se llevan a cabo desde la esfera psicológica, tal como se describe en el punto siguiente, aunque sin perder de vista las características de este tratamiento. Aunque a continuación se exponen los programas separadamente, realmente la persona suele estar en uno o más a un tiempo (por ejemplo, desintoxicación y prevención de recaídas).

Cuadro 4.2. *Principios generales que se deben tener en cuenta para el tratamiento de una persona dependiente de sustancias psicoactivas*

-
- Las personas dependientes de una droga son heterogéneas y deben ser tratadas como tales (especificidad).
 - Los resultados del tratamiento deben ser multidimensionales (cubrir las áreas de empleo, legal, psicológica, social, médica, psiquiátrica, etc.).
 - La dependencia de una droga es un trastorno crónico caracterizado por la recaída.
 - Ninguna forma de tratamiento es universalmente efectiva (habitualmente es más eficaz la combinación del tratamiento psicológico y el farmacológico).
 - Los tratamientos con mayor nivel de apoyo empírico no siempre son los más utilizados.
-

Fuente: Carroll (1998).

A) La desintoxicación

En la adicción a opiáceos hay una clara dependencia física. El abandono de la sustancia trae consigo el síndrome de abstinencia. Por ello, uno de los primeros objetivos cuando una persona ha decidido realizar un tratamiento es desintoxicarse de la heroína y de otras sustancias que pueda estar consumiendo.

Hay actualmente varios tipos de desintoxicación: la ambulatoria y la hospitalaria y, dentro de ésta, las clásicas (7-10 días), las cortas y las ultracortas. En la ambulatoria, el paciente realiza la desintoxicación en su casa una vez que el médico le ha proporcionado los fármacos para superar el síndrome de abstinencia de opiáceos cuando el paciente deja de consumirlos. En la desintoxicación hospitalaria el proceso se hace bajo supervisión médica mediante la suspensión del consumo de heroína y la dispensación de fármacos para evitar el síndrome de abstinencia. Más actualmente, las desintoxicaciones cortas y ultracortas se realizan bajo sedación. Se precisa la colaboración de los servicios de cuidados intensivos o de anestesia, donde se requiere un anestesista, y suele hacerse mediante intubación y control de la vía aérea. Se provoca la inducción brusca del síndrome de abstinencia mediante un antagonista opiáceo, al tiempo que se utilizan fármacos que producen una alta sedación. Se controla continuamente al sujeto para evitar efectos secundarios al procedimiento y los efectos agudos del síndrome de abstinencia. Este tipo de desintoxicación puede hacerse en 24 o 48 horas.

La elección del tipo de desintoxicación dependerá de los objetivos que se marque el

adicto y el equipo que lo trata y la viabilidad de la misma. No debe olvidarse, asimismo, si el paciente sólo tiene dependencia de la heroína o también de otras sustancias, en cuyo caso hay que proceder a desintoxicarlo de todas ellas.

Como la desintoxicación es un simple paso del proceso de abandono de la sustancia, ésta suele ser solicitada desde un centro de drogodependencias, cuando se hace a nivel hospitalario. Ya desintoxicado (libre de opiáceos) vuelve al centro de drogodependencias para comenzar el proceso de deshabituación psicológica y de reinserción social.

La desintoxicación parte del hecho de que una persona es dependiente de una sustancia y que para que pueda superar su dependencia física es necesario "limpiarlo" de todo resquicio de ella. Si la persona deja de consumir bruscamente la sustancia se produce el síndrome de abstinencia de opiáceos. Dado que éste es uno de los motivos para la búsqueda de la droga o para no abandonar el consumo, conseguir que la persona deje de "necesitar" fisiológicamente la sustancia es un paso importante para el abandono de la misma. El síndrome de abstinencia de opiáceos se caracteriza por la aparición inmediata o en unos días de humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio. Estos signos provocan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro en las áreas social, laboral y otras. El miedo al síndrome de abstinencia a los opiáceos o el propio síndrome de abstinencia es el responsable en muchos casos del mantenimiento de la dependencia. Superarlo se convierte pues en el primer paso para la recuperación del adicto a opiáceos.

Las desintoxicaciones comenzaron a realizarse en los años setenta, generalizándose en los ochenta. Se realiza precipitando el síndrome de abstinencia a opiáceos y controlando mediante medicación el mismo. Mediante un antagonista opioide, la naloxona, o un agonista alfa-2-adrenérgico, la clonidina, es posible mitigar el síndrome de abstinencia de opiáceos, utilizándose también benzodiazepinas y neurolépticos. Este proceso dura de 7 a 10 días.

Dado que después de la desintoxicación física va a pasar a un programa de tratamiento, se sugiere que ya se vaya preparando a la persona en esos días mediante intervenciones como consejo de salud, apoyo psicológico, terapia farmacológica, apoyo social, orientación familiar, urinoanálisis y actividad deportiva.

B) Programas libres de drogas

El objetivo inicial de un tratamiento para el abuso de sustancias es la abstinencia. Los denominados programas libres de drogas pretenden este objetivo. Sin embargo, en la dependencia de opiáceos esto no siempre es posible, de ahí que sea uno de los posibles tipos de programas disponibles. El otro gran conjunto de programas, los conocidos como de reducción de daños, lo que pretende es mejorar los problemas asociados al consumo y reducir en la medida de lo posible el mismo.

Los programas libres de drogas son de tipo ambulatorio y pueden durar desde meses

hasta años, especialmente si también se incluye la comunidad terapéutica como un elemento más del programa. Lo más habitual es que el paciente acuda a tratamiento una o dos veces por semana a lo largo de un período de tiempo que oscila de tres meses a un año. El tratamiento individual se complementa con el grupal y familiar. Se utiliza un gran número de técnicas terapéuticas y se adecuan las mismas a cada paciente.

Un programa libre de drogas puro sería aquel en el que no se utiliza ningún tipo de farmacoterapia específica como apoyo del resto de las actividades terapéuticas. Esto lo diferencia claramente de aquellos otros que utilizan algún fármaco concreto, como es por ejemplo en el caso de los programas de mantenimiento con opiáceos. Desde un punto de vista psicológico sería mejor superar la dependencia física sin utilizar farmacoterapia sustitutiva, dado que ésta puede ser reforzante, prolongando más en el tiempo el proceso de cambio. Sin embargo, cada vez se utilizan más distintos fármacos como apoyo en los programas libres de drogas cuando es necesario y para tratar la comorbilidad asociada que tienen muchos pacientes. La realidad muestra que, bien utilizados, distintos fármacos (bien los sustitutivos u otros) son una ayuda inestimable para la consecución de la abstinencia.

Este tipo de programas se recomienda como el tratamiento de elección para aquellos pacientes que: 1) no consumen derivados opiáceos; 2) aquellos que consumen opiáceos, pero que todavía no han desarrollado una dependencia a los mismos; 3) pacientes con dependencia a opiáceos que no presentan un deterioro significativo a nivel físico, psicológico y social, que no han estado anteriormente en tratamiento y que cuentan con un apoyo familiar y social adecuado; 4) pacientes que no tienen trastornos psicopatológicos u orgánicos graves; y 5) pacientes que están suficientemente motivados para lograr la abstinencia.

Un programa libre de drogas persigue varios objetivos. El objetivo básico es la eliminación de la adicción, abuso o consumo de aquellas drogas que usa el paciente, la prevención del consumo de drogas en el medio social en el que se desenvuelve (familia, iguales), resolver aquellos problemas personales, familiares, sociales, etcétera, y la consecución de un nivel de salud adecuado. Las terapias cognitivo-conductuales han demostrado que son muy eficaces para lograr la mayoría de estos objetivos.

Lo habitual es que el paciente se comprometa con el terapeuta, ya sea de forma verbal o escrita, a seguir una serie de reglas y pautas durante el proceso de cambio. Las reglas que son comunes a la mayoría de esta especie de contrato son: *a)* comprometerse a cumplir aquellas normas que se consideren básicas para el buen funcionamiento de este tipo de programas; *b)* acudir a las citas que se programen; *c)* seguir las instrucciones dadas por el terapeuta; *d)* realizar análisis de droga en orina para comprobar la ausencia de consumo cuando el terapeuta lo juzgue oportuno; y *e)* las medidas que se adoptarán en caso de que el paciente transgreda las normas impuestas.

C) Programas de mantenimiento con metadona

De la planta del opio se obtienen varios derivados, como la morfina, la heroína, la codeína, etc. Estos son opiáceos naturales. Pero también hay otros opiáceos, que se pueden obtener en el laboratorio, los llamados opiáceos sintéticos o semisintéticos. Entre éstos, y por su utilización terapéutica con adictos a opiáceos, destacan la metadona y, más recientemente, el Laam.

La metadona se sintetizó en los años cuarenta, comercializándose años después ([recuadro 4.1](#)). Produce, como los otros opiáceos, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia al dejar su consumo. Su vida media es de unas 15 horas, aunque llega habitualmente a las 24 horas debido a la presencia de otros metabolitos activos.

Recuadro 4.1

La metadona

La metadona es una sustancia blanca, cristalina y amarga, de origen sintético, que actúa como agonista opiáceo produciendo un efecto depresor sobre la actividad del SNC de forma semejante a la morfina. Tiene una buena absorción intestinal y una vida media plasmática de 13 a 55 horas, de ahí que pueda ser utilizada como una terapia útil en programas de mantenimiento de personas dependientes de opiáceos.

La principal ventaja de la metadona radica en que se toma por vía oral, lo que hace que su consumo pueda adecuarse a las necesidades del adicto ([cuadro 4.3](#)). Y, más importante, al ser un opiáceo con el que se consiguen efectos semejantes a los de la heroína, sin necesidad de ser inyectada, se evitan los riesgos para la salud inherentes a esta vía de administración; por ejemplo, transmisión de enfermedades por compartir jeringuillas, aparición de enfermedades por consumir una sustancia adulterada mediante sucesivos cortes con sustancias nocivas para la salud, deterioro físico y psíquico por los efectos de la sustancia y el estilo de vida asociado a ella, etc. Además, en la actualidad, la clara potenciación de los programas de mantenimiento con metadona permite el fácil acceso a los mismos, a diferencia del pasado, por parte de los adictos a opiáceos. Con ello se pretende conseguir que se reduzca totalmente o de modo importante el consumo de heroína, al estar consumiendo metadona y, con ello, se reduzcan los riesgos asociados a su consumo.

Cuadro 4.3. Algunas ventajas que tienen los programas de mantenimiento con metadona

-
-
- Buena retención de los pacientes en tratamiento.
 - Reduce el consumo de heroína.
 - Reduce el riesgo de compartir jeringuillas y, con ello, el riesgo de ser infectado por el VIH.
 - Mejora la calidad de vida de los adictos.

- Facilita el que también participen en otro tipo de programas, como los educativos, psicoterapéuticos, psicosociales, de reinserción, etc.
 - Puede ser utilizado con pacientes ambulatorios y con pacientes en régimen de internamiento en prisión (el 54% de la población reclusa española es drogodependiente).
-

Otra ventaja de la metadona es que sus efectos secundarios no son muy importantes, aunque los hay ([cuadro 4.4](#)). Por ejemplo, su toxicidad a nivel hepático es escasa, aunque su uso crónico produce una disminución de la libido, eyaculación retardada y en ocasiones dificultades de la erección.

Además, tiene la ventaja de que en mujeres gestantes no tiene graves problemas para el feto, aunque este nacerá dependiente de la metadona (en caso de consumir heroína nacerá también dependiente de la heroína y con el síndrome de abstinencia fetal). Si este es el caso, hay que cuidar de modo especial el momento del nacimiento y las semanas posteriores de vida del recién nacido.

Cuadro 4.4. *Algunos inconvenientes que tienen los programas de mantenimiento con metadona*

- Incremento del consumo de cocaína.
 - Incremento del consumo de sedantes.
 - La larga duración de los mismos (cronificación).
 - Efectos secundarios de la sustancia.
-

Los programas de mantenimiento con metadona fueron creados a mediados de los años sesenta por Dole y Nyswander. Se basaron en que los cambios en el metabolismo de los adictos creaban una verdadera necesidad de droga que persistía mucho tiempo después de la abstinencia, y que sólo podía ser satisfecha con opiáceos. Utilizaron para ello metadona para controlar la dependencia física de la heroína dado que ella no produce euforia ni síntomas de abstinencia acusados, tiene tolerancia cruzada con otros opiáceos, es de acción duradera (24 horas), barata, con pocos efectos secundarios y se puede administrar por vía oral. Poco a poco, ante el incremento del número de adictos a la heroína en los países desarrollados, en la década de los años sesenta y setenta, y ante el fracaso o escaso éxito de los programas de tratamiento orientados en exclusiva a la abstinencia, y con el surgimiento del VIH y saber que su transmisión en adictos se producía por el uso compartido de jeringuillas, se van desarrollando, expandiendo y luego generalizando los programas de mantenimiento con metadona ([recuadro 4.2](#)).

En España se pusieron en marcha los programas de mantenimiento con metadona a

mediados de los años ochenta. Hoy, de los aproximadamente 100.000 adictos a la heroína en tratamiento, 56.000 están en programas de mantenimiento con metadona a lo largo de 900 centros dispensadores por toda la geografía nacional. A lo largo del tiempo, los criterios para acceder a estos programas se han ido flexibilizando, especialmente al mostrarse que con ellos aumenta la retención de los pacientes en tratamiento, reducen el consumo de heroína, se reduce el riesgo de compartir jeringuillas y, con ello, el riesgo de ser infectado por el VIH, mejora la calidad de vida de los adictos, etc. Con ello se ha logrado también una mejor adherencia de los adictos a otro tipo de programas, como los educativos, psicoterapéuticos, psicosociales, de reinserción, etc.

Recuadro 4.2

Descripción de cómo se lleva a cabo el tratamiento con metadona

Cuando se ha decidido que una persona puede entrar en un programa de mantenimiento con metadona se le hace la prueba de la naloxona. Esta sustancia es un antagonista opiáceo que provoca el síndrome de abstinencia de los opiáceos. Si éste ocurre, una vez administrada dicha sustancia al paciente, se podrá concluir que la persona es adicta a los opiáceos y, por tanto, una candidata potencial para un programa de mantenimiento con metadona.

La determinación de la dosis ha de ser individualizada, teniendo en cuenta la historia adictiva del paciente. Se suele comenzar por 20-40 mg/día con correcciones de +/- 5-10 mg diarios hasta alcanzar el nivel de tolerancia y establecer la dosis adecuada de mantenimiento, que será aquella en que los efectos deseados se estabilicen, que suele oscilar entre 60-100 mg/día por vía oral.

La dosis se proporciona en un centro de drogodependencias, donde el paciente tiene que acudir diariamente. El médico o la enfermera se encargan de dársela. Durante los fines de semana será un familiar del paciente el que se responsabilice de las dosis y de que el paciente las tome. Aleatoriamente, se comprueba mediante urinoanálisis que no consume heroína u otras sustancias.

Se procura que las personas que están en este programa participen también en distintas intervenciones de salud, desde las más breves (consejo de salud de unos minutos) hasta las más intensivas (tratamiento psicológico semanal o varias veces por semana). Suele ser habitual incluir intervenciones paralelas del tipo de revisiones médicas, tratamiento para problemas físicos, entrenamiento en prácticas higiénicas y de salud, prevención de contagio de enfermedades infecciosas, tratamiento psicológico, intervenciones sociales, etc.

El objetivo intermedio de un programa de mantenimiento con metadona es que se pueda pasar a la persona dependiente de opiáceos, en una fase posterior a un programa de mantenimiento con naltrexona o a un programa libre de drogas. Esto es posible cuando la persona ha mejorado en varias esferas de su vida.

Algunos de los inconvenientes más importantes de los programas de mantenimiento con metadona son el incremento en una parte de ellos del consumo de cocaína o sedantes para conseguir la euforia, que ahora no pueden conseguir con la heroína, y que no produce la metadona. Se ha sugerido que la metadona aumenta las propiedades reforzantes de la cocaína. Esto explicaría la alta tasa de uso de cocaína en adictos a heroína tratados con metadona. También suele incrementarse el consumo de alcohol y la ingesta de comida y líquidos.

Recientemente también se dispone del Laam. Esta sustancia es también un opiáceo

derivado de la metadona pero que tiene como principal diferencia, y ventaja respecto a la metadona, que tiene una vida media más larga, de unas 72 horas. Esto facilita acortar el número de tomas semanales, pasando de una toma diaria de metadona a tres tomas de Laam a la semana. En este momento el Laam está en fase de difusión en España.

D) Programas con antagonistas opiáceos

El fundamento teórico de la utilización de antagonistas opiáceos procede de un psicólogo conductual, de Wikler, basándose en los principios del condicionamiento. Para Wikler un modo de extinguir el deseo de heroína sería bloquear el efecto eufórico que produce la misma, ya que los estímulos ambientales asociados al consumo de esa droga pueden desencadenar en el paciente síntomas molestos que remedan el síndrome de abstinencia de la heroína y que generan el deseo inmediato de consumir opiáceos (abstinencia condicionada). La recaída de un toxicómano, hasta ese momento abstinentes, precipita el restablecimiento de viejos patrones de conducta y el uso cada vez más compulsivo de la heroína. En este sentido, la idea es que la utilización de antagonistas opiáceos, que anularían el efecto de la heroína, impide tanto la euforia como los efectos asociados al consumo de heroína, favoreciendo de esta manera la extinción del reflejo condicionado y la consiguiente desaparición del deseo intenso de drogas.

Partiendo del principio anterior, se han venido utilizando distintos antagonistas opiáceos, fundamentalmente la naloxona y la naltrexona. La naloxona se utiliza hoy poco en programas de antagonistas opiáceos por su corta vida media, siendo la naltrexona la más utilizada (recuadro 4.3). Sin embargo, la naloxona tiene la ventaja de poder ser utilizada para precipitar el síndrome de abstinencia de opiáceos en poco tiempo en aquellas personas dependientes a ellos. No debe olvidarse que en ocasiones se encuentra que personas que dicen ser dependientes de opiáceos no lo son. La dependencia física va a depender del nivel de pureza de la droga, ingestas de la misma (dosis/día), cantidad ingerida, metabolización, etc.

Recuadro 4.3

Características de la naltrexona

La naltrexona se toma por vía oral. No produce efectos secundarios indeseados relevantes. Su mecanismo de acción consiste en fijarse a los receptores opiáceos del cerebro y desplazar a los agonistas opiáceos (por eso se le llama antagonista). Al ocupar los receptores opiáceos bloquea también el efecto de los opiáceos que se administren posteriormente. Por ello, si la persona es dependiente de opiáceos y toma naltrexona, ésta le producirá un síndrome de abstinencia agudo.

Una dosis de 50 mg de naltrexona bloquea los efectos de la heroína durante 24 horas, 100 mg durante 48 horas y 150 mg durante 72 horas. La dosis inicial suele ser de 50 mg diarios de lunes a viernes y 100 mg el sábado. Después de varias semanas se le aumenta la dosis y la toma menos días por semana (por ejemplo, dos tomas semanales: 150 mg los lunes y 200 mg los jueves).

Las fases del tratamiento con naltrexona reciben el nombre de inducción (de pocos días a varias

semanas), estabilización (2-6 semanas) y mantenimiento (de seis semanas a una duración indeterminada).

Algunos de los efectos secundarios que pueden aparecer con la ingestión de naltrexona son: problemas de sueño, náuseas, calambres abdominales, angustia, laxitud, dolores articulares, dolores musculares, cefalea, pérdida de peso y disminución del apetito. Pueden confundirse con los síntomas del síndrome de abstinencia y hay que monitorizarlos para evitar el riesgo de recaída. Estos síntomas desaparecen después de varias semanas de consumo de naltrexona.

El antagonista de los opiáceos de la naltrexona es de tipo competitivo, por lo que si la persona se administra altas dosis de opiáceos pueden éstos llegar a desplazar a los antagonistas de los receptores y sufrir una intoxicación por sobredosis. Debido a este peligro, debe advertírsele de este riesgo si pretende intentar contrarrestar el efecto antagonista mediante el consumo de grandes dosis de opiáceos. Igualmente, dado que interactúa con distintos fármacos utilizados en anestesiología, se recomienda que la persona lleve permanentemente junto a su documentación una tarjeta explicativa donde indique que está a tratamiento con naltrexona.

Un elemento básico de un tratamiento con naltrexona es que se aplique un tratamiento psicológico paralelo para que la persona mantenga la abstinencia y no recaiga. Además, este tipo de programa es menos aceptado que el de metadona. De ahí que hay que añadirle todos aquellos recursos disponibles para mantener la abstinencia de la persona, siendo fundamental su motivación. El apoyo de su ambiente, familia y pareja también es de gran importancia para el mantenimiento de la abstinencia.

Está claro que para que una persona lleve a cabo un programa de tratamiento con naltrexona tiene que estar bien motivada. Las personas idóneas para un tratamiento de este tipo son: 1) heroinómanos motivados para una desintoxicación previa; 2) adictos abstinentes tras su estancia en un hospital, comunidad terapéutica o cárcel, donde han conseguido la abstinencia, y desean prevenir la recaída; 3) profesionales sanitarios adictos a opiáceos; 4) los que pueden perder el trabajo si siguen consumiendo heroína; 5) los que consiguen la reducción o exención de una pena mediante la abstinencia de opiáceos; y 6) pacientes que desean interrumpir el programa de tratamiento con mantenimiento de metadona.

E) Unidad de día

La unidad de día es un recurso asistencial de gran relevancia para las personas dependientes de opiáceos, a medio camino entre la unidad asistencial y la comunidad terapéutica. En la comunidad terapéutica la persona vive 24 horas al día a lo largo de varios meses. En la unidad asistencial se le proporciona tratamiento, pero no más de una hora diaria a la semana, en el mejor de los casos. En cambio, en la unidad de día, el paciente dispone de un mayor tiempo terapéutico y no se le aparta de su medio, ya que va a dormir a su casa. Se puede hacer un tratamiento más intensivo, más estructurado, pueden organizar mejor su tiempo libre y es de gran utilidad como un medio idóneo para prevenir la recaída. Las personas que participan en la unidad de día tienen que estar

abstinentes de la heroína o en programas de mantenimiento con metadona o naltrexona (cuadro 4.5).

En la unidad de día, si hablamos de régimen de ingreso, se diría que es parcial. Hay un horario estable de actividades, con atención psicosocial estable y programada diariamente, que es intensiva y prolongada en el tiempo, que ayuda a mantener integrada a la persona en la comunidad o grupo terapéutico. Al no estar totalmente desvinculado de su ambiente se favorece su integración social y se facilita la participación de su familia en la rehabilitación.

Un día típico en una unidad de día implica un período muy estructurado, durante unas 4 a 12 horas diarias, de 3 a 7 días a la semana. Durante este tiempo los usuarios participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, grupos de encuentro y otros grupos terapéuticos, consejo y terapia individual, actividades recreativas, etc. La interacción entre estas actividades educativas, terapéuticas y sociales constituye la esencia de la unidad de día.

Cuadro 4.5. *Perfil del drogodependiente con mayores posibilidades de permanecer más tiempo en tratamiento en una unidad de día*

-
- Mayor nivel educativo.
 - Buena situación laboral.
 - Pareja estable.
 - Estar casado.
 - No tener antecedentes familiares de consumo de drogas.
 - Empezar más tarde a consumir hachís.
 - Haber consumido heroína inyectada.
 - Tener juicios pendientes.
-

Fuente: Secades y Menéndez (1996).

F) Programas de prevención de recaídas

En los últimos años se han ido incorporando a todo tipo de recursos, sean ambulatorios, unidad de día o comunidad terapéutica, y dentro de todas las orientaciones teóricas, los programas de prevención de recaídas. Sin embargo, estos programas tienen un origen cognitivo-conductual, a partir de Marlatt en los años ochenta y en su modelo propuesto en 1985 en su libro sobre prevención de recaídas, que sigue siendo hoy el referente en este tema.

Los programas de prevención de recaídas surgen cuando se constata a nivel empírico, en los estudios de seguimiento, que de las personas que consiguen la abstinencia al final del tratamiento, a largo plazo, la mayoría han recaído y están de nuevo consumiendo. Se encontró que el mayor riesgo de recaída estaba en el período comprendido entre el final del tratamiento y 90 días después, en un momento en que los

afectados están expuestos a estímulos relacionados con las drogas, sin el apoyo estructurado que les ayude a resolver sus conflictos, problemas, estados emocionales, etc., y para el que no habían sido entrenados. A partir de este conocimiento, se asume que la respuesta terapéutica no puede centrarse sólo en el tratamiento para el logro de la abstinencia, sino también para que la persona no recaiga más adelante, una vez que ha logrado la abstinencia.

De ahí que la respuesta terapéutica debe ser específica y de acuerdo a un modelo integral que ponga énfasis en el trastorno psicoconductual, ya que es la dependencia psicológica la que explica la tendencia a la cronicidad y a la recaída de estos pacientes. El proceso de romper con la adicción es difícil, complejo y largo. Una persona necesita más tiempo para su cambio del que ocupa el tratamiento. Sería un error dar por concluido un proceso de cambio cuando el adicto ha dejado de consumir. Pronto surgirán las primeras crisis. El desarrollo de estrategias específicas para afrontar y resolver estas primeras crisis es fundamental.

En el punto posterior, donde se describen las técnicas específicas para objetivos concretos, se exponen las técnicas de prevención de la recaída.

G) Comunidad terapéutica

El internamiento en una comunidad terapéutica es un tipo de abordaje especial dentro del tratamiento de la dependencia de opiáceos. Significa en la práctica un aislamiento del mundo cotidiano, del ambiente, del adicto para enmarcarse en un lugar donde lo que prima es lo terapéutico. Allí todas las actividades que se hacen durante varios meses se orientan a la adquisición de hábitos para una vida normal sin sustancias. Entra en la comunidad abstinentes, saldrá abstinentes y se espera que fuera de ella pueda vivir sin drogas. Como en la unidad de día, dentro de la comunidad terapéutica se llevan a cabo casi todos los programas que se han ido exponiendo.

Bajo el principio general de una vida sin drogas, hay distintos enfoques en las comunidades terapéuticas. Los hay de tipo profesional o no profesional, con distintas orientaciones o filosofías terapéuticas, dependientes de organismos públicos o privados, con paso directo de la comunidad a la sociedad o con elementos intermedios del paso de una a otra, lugar de ubicación, tipo de normas, etc.

En España destacan dos tipos de ellas. El primero lo constituyen las comunidades terapéuticas de la red pública dedicada al tratamiento de drogodependientes, existentes en las comunidades autónomas; el segundo, las comunidades terapéuticas del Proyecto Hombre. También existen otras, pero de menor importancia.

Una característica esencial, como filosofía de las comunidades terapéuticas, es que son programas libres de drogas. En ellas no se puede consumir heroína, ni otras drogas ilegales (por ejemplo, cocaína, hachís), ni alcohol, permitiéndose únicamente el consumo de tabaco (habitualmente un paquete de cigarrillos diario). Se excluyen, de lo que se consideran drogas, los psicofármacos para el tratamiento de otros problemas que pueda

padecer el individuo. También empieza a extenderse el número de comunidades terapéuticas donde las personas están tomando metadona.

La vida en la comunidad terapéutica se inscribe en el concepto de "comunidad", de pertenencia a la misma. Por ello, la persona se tiene que integrar tanto en las labores cotidianas para la supervivencia de la misma (por ejemplo, cuidados del jardín, de los cultivos, trabajos de mantenimiento, comida, talleres ocupacionales, actividades, etc.), como para la rehabilitación terapéutica (terapia individual, de grupo, etc.). Dado su carácter cerrado, la vida en la misma exige adaptación y aceptación de sus normas, que están claramente especificadas por escrito. Todo ello implica una intervención intensiva a lo largo de un día completo. Conforme la persona va avanzando en su evolución va adquiriendo papeles de mayor responsabilidad dentro de la comunidad. La no aceptación de las normas o su transgresión puede llevar a su expulsión y a la finalización del proceso terapéutico dentro de la comunidad.

El tratamiento se ve de modo integral, tanto con la aplicación de técnicas específicas de tratamiento (por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales), como de aprendizaje de la vida (por ejemplo, aprendizaje de un oficio para su posterior reinserción laboral). Dado el largo período de estancia en las mismas, de varios meses, estos objetivos pueden cumplirse en muchos casos, aunque por contra, la aceptación de las comunidades terapéuticas es escasa por las personas con dependencia de opiáceos y el número de plazas existentes reducido, en relación con el total de adictos existente. Incluso, para algunos críticos, sería un modo artificial de mantener alejada a la persona de su ambiente, volviendo a aparecer los mismos problemas cuando vuelve al mismo. No obstante, todo ha evolucionado, y como afirman recientemente Fernández y Llorente, las metas principales del tratamiento en comunidad terapéutica son el crecimiento psicológico, el reforzamiento de la abstinencia continuada de drogas, el desarrollo por parte de los clientes de una visión realista de sus capacidades y expectativas, la adhesión a las reglas y la aceptación de los contratos comportamentales y, en general, el desarrollo de habilidades de toma de decisiones autónomas.

La última fase de este proceso terapéutico es la reinserción en la comunidad. Si hay los mecanismos adecuados de unión entre la comunidad terapéutica y el medio social, la probabilidad de éxito es mayor. Además, cada vez se insiste más desde los profesionales de las comunidades terapéuticas en este aspecto, porque constituye realmente el *quid* de la cuestión para mantener o no los cambios a largo plazo en muchos de ellos.

H) Programas de reducción de daños

Un nuevo tipo de programas que ha cobrado gran relevancia en los últimos años son los llamados programas de reducción de daños ([cuadro 4.6](#)). Éstos no se orientan a que la persona abandone las drogas, sino a que consuma de un modo menos peligroso, a que mantenga relaciones sexuales sin riesgo, no haya intercambio de jeringuillas infectadas, etc., consiguiendo así reducir el daño que en sí mismas producen sustancias adulteradas,

vías de administración sin adecuada higiene, prácticas de riesgo, etc. La aparición del virus del VIH ha estado en la base de este tipo de programas, junto con la necesidad, desde una perspectiva de salud pública, de ser más efectivos en las acciones para el control de esta enfermedad.

Cuadro 4.6. *Principios básicos, asunciones y valores del modelo subyacente a los programas de reducción de daños*

-
- El modelo de reducción del daño es una alternativa de salud pública, frente a los modelos moralista/criminalista y de enfermedad sobre el consumo y adicción a drogas.
 - La reducción del daño reconoce la abstinencia como resultado ideal pero acepta las alternativas que reducen el daño por consumir sustancias.
 - La reducción del daño ha surgido principalmente como un abordaje de abajo a arriba, basado en la defensa de la persona dependiente, en lugar de en una política de arriba a abajo.
 - La reducción del daño promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia.
 - La reducción del daño se basa en el principio del pragmatismo compasivo en contraposición al del idealismo moralista.
-

Fuente: Adaptado de Marlatt (1996, 1998).

Los programas de reducción del daño parten de una postura realista, como es la frecuente recaída que caracteriza a las personas dependientes de opiáceos, la necesidad de mejorar su situación para evitar enfermedades presentes o futuras, y la aceptación de este tipo de programas para una parte de los adictos, lo que facilita intervenir con ellos de modo más efectivo que con estrategias sólo dirigidas a la abstinencia. Por ello, el objetivo de los mismos no se orienta a la abstinencia, frecuentemente por el fracaso sistemático en obtener la misma, en reclutar a los drogodependientes o en la falta de adherencia al tratamiento ([cuadro 4.7](#)).

Hoy existe un gran número de programas de reducción de daños, como programas de distribución y/o intercambio de jeringuillas; programas *outreach*; programas de mantenimiento con metadona (los que exigen pocas condiciones para participar en el mismo); programas de mantenimiento con otros agonistas opiáceos (por ejemplo, buprenorfina); programas de mantenimiento con heroína; programas de atención sociosanitaria urgente; espacios para una inyección más segura; y distribución de naloxona. Como se aprecia, hay disponibles un gran número de programas de reducción de daños, fruto de experiencias parciales o experiencias con ya años de existencia. Lo cierto es que este tipo de programas han ido cobrando cada vez más importancia en los últimos años. Y, también, la aceptación entre los profesionales y la población. El envejecimiento de un número de consumidores crónicos de heroína, la epidemia del VIH, la dificultad de acceder a un porcentaje de las personas dependientes de la heroína, la necesidad de reducir los índices de delincuencia derivados de la búsqueda de la droga, entre los más importantes, han facilitado la puesta en marcha de estos programas y la

comprobación de que cumplen su objetivo. Además, con ellos se ha conseguido algo no previsto, la retención de los sujetos en el dispositivo asistencial. Con ello, aumentan las posibilidades de que al tiempo que acude a un programa de bajo umbral también participe en otros, aunque sean de intervención mínima.

Cuadro 4.7. *Características principales que se esperan conseguir con un programa de reducción de daños en personas dependientes de la heroína*

-
- El requisito u objetivo final del programa no es la abstinencia de los opiáceos.
 - Se espera que con las medidas adoptadas con el programa mejoren ciertos parámetros del consumo y de su seguridad, de tal modo que se consiga una disminución significativa del daño producido previamente a la puesta en marcha de este programa por el consumo de heroína.
 - Se espera reducir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida de estos adictos, especialmente la de aquellos que no aceptan posibilidades más clásicas, como los programas libres de drogas, unidades de día, comunidades terapéuticas, etc.
-

Una parte de los anteriores programas están en marcha en la mayoría de los centros de drogodependencias de la geografía nacional o a través de asociaciones de ayuda al toxicómano, centros de salud, farmacias o distintas ONG. Entre los programas que ofertan estos dispositivos se incluyen los de intercambio de jeringuillas, programas de mantenimiento con metadona, flexibles y adaptados al usuario para que se mantenga en tratamiento, así como los autobuses de metadona (los metabuses), que acercan el dispositivo (y la sustancia) al usuario, etc. Otras modalidades como, por ejemplo, la prescripción y dispensación médica controlada de heroína, se han utilizado experimentalmente en el Reino Unido y en Suiza. En este último país también se han puesto a prueba las salas de inyección. En Madrid hay un programa experimental en marcha de este tipo. Es probable que en los próximos años se incremente el uso de este tipo de programas y surjan otros nuevos.

4.2.2. Objetivos

Se han visto en el punto anterior los distintos recursos y abordajes terapéuticos disponibles para el tratamiento de una persona con dependencia de opiáceos. En este punto se abordarán cuáles son los objetivos planteados y cómo conseguirlos, con una visión desde la intervención psicológica y, específicamente, conductual (cuadro 4.8). A diferencia de otros trastornos, la intervención con estas personas, se hace habitualmente en un equipo multidisciplinar, en colaboración continua y fluida entre médico o psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera, personal de administración, etc. Los equipos terapéuticos se han consolidado en los últimos años y funcionan con unos

protocolos cada vez más consensuados.

Cuadro 4.8. *Asunciones básicas desde el modelo conductual sobre el trastorno por uso de sustancias psicoactivas y su tratamiento*

1. La conducta humana es fundamentalmente aprendida más que determinada por factores genéticos.
 2. Los mismos procesos de aprendizaje que han producido las conductas problema pueden ser utilizados para cambiarlas.
 3. La conducta está en gran medida determinada por los factores contextuales y ambientales.
 4. Las conductas encubiertas, tales como los pensamientos y los sentimientos, pueden cambiarse mediante la aplicación de los principios del aprendizaje (sean del condicionamiento clásico, operante o aprendizaje social).
 5. Una parte fundamental del cambio de conducta es el atractivo de las nuevas conductas y los contextos en que se realizan.
 6. Cada cliente es único y debe ser evaluado como un individuo en un contexto particular
 7. La selección del tratamiento adecuado para el individuo se obtiene a través de una minuciosa evaluación conductual del mismo.
-

Fuente: Rotgers (1996).

Las fases de un tratamiento para una persona con dependencia de opiáceos constan de las etapas de demanda del tratamiento, evaluación, tratamiento y seguimiento, A su vez, dentro del tratamiento, se distinguen seis fases: la de desintoxicación; deshabitación psicológica; normalización, cambio de estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas al consumo de drogas gratificante; prevención de recaídas; programa de mantenimiento frente a programa de apoyo a corto, medio y largo plazo; y, cuando sea necesario, programa de reducción de daños. Claramente, este es un trastorno ante el que el psicólogo tiene que poner en marcha todos los recursos terapéuticos disponibles, al igual que otros profesionales, como es el caso del médico en la esfera médica (enfermedades físicas, proceso de desintoxicación y tratamiento farmacológico de los trastornos mentales) o del trabajador social en la social (inserción social, búsqueda de empleo, consecución del salario social, etc.).

En el [cuadro 4.9](#) se exponen con detalle dichas fases, el objetivo básico de cada una de ellas, los elementos que debemos considerar y los procedimientos técnicos necesarios. Se exponen también las técnicas de tratamiento más importantes que se utilizan, prestando una atención especial a los aspectos motivacionales antes del tratamiento, a la prevención de la recaída y al mantenimiento a largo plazo.

Queda claro, inicialmente, que lo que se pretende es que la persona consiga la abstinencia del consumo de heroína. Éste sigue siendo hoy el objetivo básico, aunque en muchas ocasiones se consigue mediante el consumo de otro opiáceo, la metadona. De este modo se logra retener a la persona en tratamiento, reducir o eliminar la conducta de búsqueda y consumo de heroína, y mejorar su nivel físico. Aun así, hay casos donde no es necesario que entre en un programa de mantenimiento con metadona y puede conseguir directamente la abstinencia, pasando previamente por un programa de

desintoxicación, sea de tipo ambulatorio u hospitalario, como ya se ha visto en el punto anterior. El tratamiento suele ser largo en muchos casos. Entrenar a la persona a vivir sin la sustancia y a que se centre más en sí misma, en sus posibilidades, en lo que puede hacer y aprender, y en su futuro, son algunas de las tareas para realizar desde el principio. Y sin olvidar su ambiente más cercano, como sus amigos, sean o no consumidores, su esposa o familia, compañeros de trabajo, barrio en donde vive, etc. Por ello, la intervención va a ser de tipo individual, va a centrarse en el paciente, pero suele complementarse con terapia familiar y terapia grupal. Claramente, quien se enfrente al tratamiento de una persona dependiente de opiáceos tiene que ser un clínico competente y bien formado en el tratamiento psicológico en general, y en la dependencia de opiáceos en particular.

Cuadro 4.9. *Esquema general para el tratamiento de las personas dependientes de la heroína*

1. Demanda de tratamiento
 - *Objetivo básico:* analizar la demanda y retener al paciente en tratamiento.
 - *Elementos a considerar:* motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, analizar quién está implicado en la demanda, por qué, etc.
 - *Procedimientos técnicos:* entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.

2. Evaluación y análisis funcional
 - *Objetivo básico:* conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios; conocer las áreas donde hay que realizar cambios a medio plazo; conocer las áreas donde los cambios a través del tratamiento y la reinserción social le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible se realizará el análisis funcional de la conducta de consumo y otras conductas asociadas al problema o problemas relacionados.
 - *Elementos a considerar:* evaluación individual, familiar, social, etc.
 - *Procedimientos técnicos:* entrevista clínica, autoinformes, cuestionarios, medidas psicofisiológicas, etc.

3. Tratamiento
 - *Fase I.* Desintoxicación o mantenimiento
 - *Objetivo básico:* desintoxicación física de la sustancia.
 - *Elementos a considerar:* tipo de desintoxicación en función de su petición, posibilidades asistenciales, recursos, etc., desde la ambulatoria a la hospitalaria.
 - *Procedimientos técnicos:* intervención médica frente a la hospitalaria para la consecución de la desintoxicación sin sufrir los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos.

 - *Fase II.* Deshabitación psicológica
 - *Objetivo básico:* lograr la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de drogas (la principal por la que acude a tratamiento y las asociadas a la misma).
 - *Elementos a considerar:* adherencia al tratamiento, fase del tratamiento, aceptación del tratamiento propuesto, etc.

- *Procedimientos técnicos*: técnicas conductuales y cognitivas para la deshabitación psicológica (por ejemplo, exposición, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.). Se utilizará terapia individual, grupal y familiar.
- *Fase III*. Normalización, cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas al consumo de drogas gratificante
 - *Objetivo básico*: normalización en el sentido de ir adquiriendo más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.
 - *Elementos a considerar*: grado de deterioro, enfermedades físicas asociadas como VIH o SIDA, hepatitis, etc.
 - *Procedimientos técnicos*: planificación de metas y objetivos, entrenarlo en adquirir nuevas habilidades, entrenamiento en asertividad, programa psicoeducativo, entrenamiento en solución de problemas, etc.
- *Fase IV*. Prevención de recaídas
 - *Objetivo básico*: entrenarlo en técnicas de prevención de la recaída para que se mantenga abstinentemente a lo largo del tiempo.
 - *Elementos a considerar*: superación de las fases anteriores, mantenimiento de la abstinencia, efecto de la violación de la abstinencia.
 - *Procedimientos técnicos*: técnicas de prevención de recaídas (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, etc.).
- *Fase V*. Programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo
 - *Objetivo básico*: entrenarlo en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en cómo mejorar su calidad de vida.
 - *Elementos a considerar*: utilización de naltrexona, programa libre de drogas, comunidad terapéutica, etc.
 - *Procedimientos técnicos*: entrenamiento en relajación, programación de actividades, procedimientos de manejo de estrés, etc.
- *Fase VI*. Cuando sea necesario: programa de reducción de daños
 - *Objetivo básico*: reducir mediante el mismo la prevalencia de VIH y mejorar los problemas causados por la adicción.
 - *Elementos a considerar*: grado de deterioro de la persona, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados, aceptación de este tipo de programa.
 - *Procedimientos técnicos*: intervención mínima, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis).

4. Seguimiento

- *Objetivo básico*: conocer la evolución de la persona después del alta terapéutica.
- *Elementos a considerar*: modo de realizarlo (personalmente, en su casa, teléfono).
- *Procedimientos técnicos*: entrevista, autoinforme, urinoanálisis, etc.

4.2.3. Técnicas para los distintos objetivos del tratamiento de la dependencia de opiáceos

A) Incremento de la motivación para el cambio

Hoy se sabe de la importancia que tiene la motivación para el cambio. Cuando se habló de los distintos tipos de intervención terapéutica, se comentó que algunos programas surgieron (por ejemplo, los de reducción de daños) precisamente porque las personas con dependencia de la heroína no acudían a tratamiento; si acudían no se adherían al mismo o lo abandonaban prematuramente. De ahí que en los últimos años este aspecto se haya convertido en un elemento terapéutico más, el primero desde el momento en que el adicto contacta con el centro.

La entrevista motivacional, que se lleva a cabo en los primeros contactos del adicto con el terapeuta, es el modo más idóneo para incrementar la motivación para el cambio. No hay que olvidar que no todos los adictos acuden la primera vez voluntariamente. En ocasiones acuden por causas externas, bien sean de tipo familiar o legal. En otros casos para buscar una ayuda puntual. Retener al sujeto en tratamiento, o más bien retenerlo al principio para que luego inicie un tratamiento, es una cuestión fundamental.

Muchas personas que acuden por primera vez a tratamiento piensan que no tienen un problema, que éste es superficial o que aún no alcanzó el suficiente nivel de gravedad como para que haya que tratarlo. El objetivo de la primera entrevista, si ocurre esto, es convencerle de que sí tiene un problema, o de que alguien cercano a él lo tiene, y de que se le puede ayudar. Además, de poco sirve incluir a una persona en tratamiento si no quiere realizarlo o no está motivado para llevarlo a cabo. De hacerlo, probablemente el tratamiento va a ser inútil, lo va a abandonar a lo largo del mismo o no va a acudir a las siguientes sesiones.

La entrevista motivacional permite abordar la cuestión de la falta de motivación en aquellos sujetos en las fases de precontemplación o contemplación. En ella se utilizan varias estrategias motivacionales, que han demostrado que son muy eficaces para motivar al paciente a cambiar su conducta. Éstas serían ocho:

1. *Dar información y aconsejar.* Hay que proporcionarle información clara y objetiva. Es básico identificar su problema y los riesgos que tiene, explicarle el porqué de la necesidad del cambio y facilitarle la opción para hacer el cambio terapéutico.
2. *Quitar obstáculos.* Hay que facilitarle que pueda acudir al tratamiento, que no pueda poner excusas para no hacerlo. Conseguir una intervención breve y en un período de tiempo corto, en vez de una lista de espera larga, facilita que acuda y se implique en un tratamiento.
3. *Dar diversas opciones al paciente para que pueda elegir.* Es importante que el sujeto vea que tiene varias opciones disponibles y que puede libremente elegir una de ellas. La sensación de que ha elegido por él mismo, sin coacciones y sin influencias externas, aumenta su motivación personal. Esto facilita no sólo asistir al tratamiento, sino que mejore la adherencia y el seguimiento del mismo. Igualmente, en el tratamiento, es importante discutir

con él las distintas posibilidades, metas y objetivos que se pretenden, y que él tenga un papel activo en la elección de la alternativa que se va a poner en práctica.

4. *Disminuir los factores que hacen que la conducta de consumo sea deseable.* La conducta de consumo se mantiene por consecuencias positivas. Hay que identificar estas consecuencias para eliminarlas o disminuirlas. Entre los procedimientos que se pueden utilizar para disminuirlos está la toma de conciencia de sus consecuencias perjudiciales o mediante las contingencias sociales que disminuyen las consecuencias positivas y aumentan las negativas. Igualmente, analizar los pros y contras, costes y beneficios, etc.
5. *Promover la empatía.* La empatía, la escucha reflexiva, la capacidad de comprenderlo, favorece que el paciente presente menores niveles de "resistencia" al cambio.
6. *Dar retroalimentación.* Es muy importante que el terapeuta dé retroalimentación continua al paciente, que devuelva la información que recoge, sobre cómo lo ve, su situación actual, sus riesgos y sus posibles consecuencias.
7. *Clarificar objetivos.* Si la persona no tiene un objetivo claro, la retroalimentación puede que no sea suficiente. Por ello, los objetivos que se le planteen tienen que ser realistas, alcanzables y aceptados por el paciente. En caso contrario no los verá viables, los rechazará directamente o no los cumplirá, con lo que no pondrá ningún aspecto motivacional de su parte para intentar conseguirlos.
8. *Ayuda activa.* A pesar de que siempre es el paciente quien decide o no cambiar, llevar o no a cabo un tratamiento, es importante el papel del terapeuta. Por ejemplo, cuando el paciente no acuda a la sesión de tratamiento, si el terapeuta u otra persona del centro se pone en contacto con él por teléfono, las probabilidades de que el paciente continúe con el tratamiento serán mayores.

En el [cuadro 4.10](#) se presentan los aspectos más relevantes de la entrevista motivacional.

Cuadro 4.10. *Aspectos más importantes de la motivación para el cambio en la entrevista motivacional*

-
- Principios generales de la entrevista motivacional.
 1. Expresar empatía.
 2. Desarrollar la discrepancia.
 3. Evitar la discusión.
 4. Remover la resistencia.
 5. Apoyar la autoeficacia.
 - Cómo promover la motivación para el cambio.

1. Hacer preguntas abiertas.
 2. Escuchar reflexivamente.
 3. Reafirmación.
 4. Resumir periódicamente.
 5. Provocar afirmaciones automotivadoras.
- Elementos básicos para producir la motivación para el cambio.
1. Proporcionar retroalimentación.
 2. Hacer énfasis en su responsabilidad y en su libertad de elección.
 3. Consejo directo y claro de que necesita cambiar y cómo hacerlo.
 4. Proporcionarle varias alternativas para que pueda elegir entre ellas.
 5. Ser empático.
 6. Aumentar su autoeficacia.

Fuente: Adaptado de Miller (1995); Miller y Rollnick (1991); Miller y Sánchez (1994).

B) Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés

Uno de los problemas asociados a la abstinencia del consumo de sustancias es la ansiedad y el estrés. También uno de los trastornos asociados al consumo de sustancias son los trastornos de ansiedad. Por ello, es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para su control.

El manejo del estrés suele ser una de las partes importantes en el tratamiento de una persona dependiente de la heroína. Los programas específicos pretenden alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al estresor, su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos y capacitarles para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes.

Como técnica de intervención general se puede utilizar cualquiera de las existentes para este problema, como por ejemplo el entrenamiento en manejo del estrés y las técnicas de relajación, las técnicas cognitivas, la biblioterapia, el cambio del estilo de vida, etc.

En la práctica el entrenamiento en relajación es una técnica ampliamente utilizada junto a las de tipo cognitivo, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes. Cuando el paciente padece un trastorno de ansiedad específico (por ejemplo, ataques de pánico) es necesario aplicar aquellas técnicas específicas que son eficaces para el tratamiento del mismo.

C) Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este

entrenamiento consta de cinco fases: 1) orientación general hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica y verificación de la solución.

En el entrenamiento en solución de problemas, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Cuando no hay suficiente información en una fase concreta, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes.

En los últimos años el entrenamiento en solución de problemas se ha constituido en un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad, fácil de explicar al sujeto, y la eficacia de su puesta en práctica. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída.

En el [recuadro 4.4](#). se exponen resumidamente algunos conceptos básicos para implantar el mismo.

D) Entrenamiento en habilidades sociales

Muchas personas con dependencia de la heroína o de otras sustancias carecen de habilidades interpersonales e intrapersonales adecuadas, de habilidades para controlar su estado emocional sin acudir al consumo de la sustancia o sustancias y de habilidades para manejar su relación de pareja, con los hijos, en el trabajo, etc. El entrenamiento en habilidades sociales se convierte de este modo en una parte importante del tratamiento cuando hay un déficit en las mismas. Además, con ello se conseguirá disponer de una estrategia de prevención de la recaída para el futuro. Las situaciones de recaída se dan cuando existe frustración e incapacidad de expresar ira, incapacidad de resistir la presión social, estado emocional negativo intrapersonal, incapacidad de resistir la tentación intrapersonal al consumo, entre otras.

Existen distintos programas de tratamiento generales. En el [cuadro 4.11](#) se muestra una adaptación del de Monti *et al* (1989). Éste se dirige al entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales y de habilidades intrapersonales. Las primeras van dirigidas a interaccionar en el ambiente del sujeto con personas para él relevantes. Para ello, se utiliza el entrenamiento en habilidades de comunicación. Las habilidades intrapersonales están dirigidas a que la persona sea capaz de hacer frente a sus urgencias y afrontar sus estados emocionales que le pueden llevar a consumir. Se le enseñan habilidades para manejar el estado de ánimo, así como habilidades para afrontar las urgencias a consumir.

Recuadro 4.4

Algunos conceptos básicos y pasos para implantar el entrenamiento en solución de problemas

¿Qué es un problema?

Un problema o una situación problemática es una situación real o imaginaria a la que tenemos que buscar una solución pero que no sabemos cómo dársela. El resultado suele ser un aumento en el nivel de estrés y del afecto negativo.

La orientación hacia el problema

Los problemas son cotidianos a nuestra existencia. Unas personas solucionan los problemas mejor que otras. El perfeccionismo, la falta de habilidades, u otras características son barreras importantes para solucionar problemas. Por ello, reconocer que existen y que tenemos que buscar soluciones a los mismos es el primer paso para encontrarlas.

Definición y formulación del problema

Cuando sabemos que un problema existe debemos definirlo claramente, de modo operativo, específico y concreto, utilizando información relevante sobre el mismo.

Generación de soluciones alternativas

No se debe aceptar únicamente la solución que se daba hasta ahora a ese problema. Hay que buscar soluciones alternativas al mismo, generando el mayor número posible de ellas. Se recomienda hacer un listado con todas aquellas soluciones que vengan a la mente. La única regla a tener en cuenta es que sean soluciones concretas y no vagas.

Toma de decisiones

De todas las alternativas de solución propuestas, se elige una, en función del valor de la alternativa para solucionar el problema y de las consecuencias personales, sociales, económicas, etc., que la misma implica. La que se seleccione tiene, antes de ponerse en práctica, que ser una posible solución viable al problema. Ya seleccionada, se diseñará una táctica concreta para ponerla en práctica.

Puesta en práctica y verificación de la solución

La solución elegida se pondrá en práctica y se comprobará si con ella se soluciona el problema. Se observará si el problema queda resuelto o si es necesario revisar el proceso, en el caso de que el resultado no haya sido el esperado.

Cuadro 4.11. Elementos que cubre el entrenamiento en habilidades sociales

<i>Tipo de entrenamiento</i>	<i>Elementos que se cubren</i>
Entrenamiento en habilidades de comunicación	<ol style="list-style-type: none">1. Habilidades de rehusar consumir.2. Proporcionar retroalimentación positiva.3. Proporcionar crítica.4. Recibir críticas sobre el uso de drogas.5. Habilidades de escucha.6. Habilidades de conversación.7. Desarrollar apoyos de personas que no consumen.

8. Habilidades de resolución de conflictos.
 9. Comunicación no verbal.
 10. Expresión de sentimientos.
 11. Principios de asertividad.
 12. Rechazar peticiones.
 13. Recibir críticas en general.
-

Entrenamiento en el manejo cognitivo-conductual del estado de ánimo

1. Manejo de pensamientos sobre la heroína.
 2. Conciencia de los pensamientos negativos.
 3. Manejo de los pensamientos negativos.
 4. Conciencia de la ira.
 5. Manejo de la ira.
 6. Decisiones aparentemente irrelevantes.
 7. Planificación para emergencia.
 8. Afrontamiento de problemas persistentes.
 9. Entrenamiento en relajación. Relajación muscular profunda y técnicas de imaginación.
 10. Entrenamiento en relajación. II. Dejarse ir.
 11. Entrenamiento en relajación. III. Relajarse en situaciones estresantes.
 12. Solución de problemas.
 13. Incremento de actividades placenteras.
-

Afrontamiento de las urgencias a consumir

1. Retraso pasivo y retraso como una estrategia cognitiva.
2. Consecuencias negativas de consumir.
3. Consecuencias positivas de la abstinencia.
4. Imaginación de la reducción de la urgencia.
5. Comidas y bebidas alternativas.
6. Conductas alternativas.
7. Afirmación del dominio a nivel cognitivo.
8. Distracción cognitiva.

E) Terapia cognitiva

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos. Beck y sus colaboradores han desarrollado un protocolo de tratamiento para las personas dependientes de sustancias psicoactivas mediante terapia cognitiva. Para ésta, los factores de predisposición son importantes, pero basados en características cognitivas, más que conductuales o biológicas (por ejemplo, la poca tolerancia ante la frustración). A partir del patrón cognitivo ocurren hechos conductuales (por ejemplo, consumo) y biológicos (por ejemplo, síndrome de abstinencia). Las creencias disfuncionales tienen una gran relación con las urgencias al consumo, así como con otros problemas emocionales (por ejemplo, ansiedad, depresión). Lo que la terapia cognitiva va a hacer es modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo y enseñarle técnicas de control. En el [cuadro 4.12](#) aparecen las creencias más comunes de las personas con dependencia de sustancias psicoactivas.

Cuadro 4.12. Creencias más importantes de los adictos sobre las sustancias psicoactivas

-
-
- La persona necesita la sustancia para funcionar y sentirse normal.
 - La sustancia mejora el funcionamiento personal y mental.
 - La sustancia crea sentimientos positivos y estimulantes.
 - la sustancia incrementa el sentido de dominio de la persona.
 - La sustancia reduce el afecto negativo.
 - La sustancia es tranquilizante.
 - La sustancia es la única cosa que reduce las urgencias.
-

La importancia de las creencias y las urgencias son muy relevantes en la terapia cognitiva. Como dice Beck y colaboradores, en su libro *Terapia cognitiva de las drogodependencias*: "Los *significados* que se derivan de las creencias que se ligan a las situaciones son los que causan el *craving* en la persona. Las personas que tienen creencias que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, estarán muy atentos a estas sensaciones y construirán expectativas acerca de poder aliviarse de las mismas, sólo mediante la utilización de drogas o ingiriendo alcohol. Por tanto, cuando aparece una emoción desagradable, la persona intenta neutralizarla

utilizando una droga o bebiendo".

Aunque el planteamiento anterior pudiese parecer reduccionista, a nivel práctico no lo es. Junto al peso que se le da a la parte cognitiva de la persona como causa de la explicación del consumo de sustancias, también se consideran aspectos esenciales, como sus actuales problemas vitales, evolución desde la infancia, supuestos, estrategias compensadoras, elementos de vulnerabilidad, conducta, etc. De modo semejante, el tratamiento se va a centrar en varios de los aspectos que se relacionan con el problema.

Una sesión terapéutica tiene ocho elementos: establecer la agenda de la sesión; comprobar el estado de ánimo del individuo; unir los contenidos de la última sesión con la actual; comentar los puntos programados para abordar durante la sesión; diálogo socrático; resúmenes parciales; asignación de actividades para casa entre esa sesión y la próxima; y retroalimentación del paciente sobre la sesión. Es importante que el paciente vaya asumiendo el modelo cognitivo, para que con ello se puedan cambiar sus pensamientos y creencias erróneas o inadecuadas. El análisis de las situaciones de urgencia puede servir para este propósito.

Las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva son semejantes a las usadas para otros trastornos, como el diálogo socrático, la reatribución, tareas para casa, análisis de ventajas y desventajas de consumir, identificar y modificar las creencias asociadas con la drogas, la técnicas de flechas descendentes, la técnicas de imaginación y los autorregistros. También da una gran importancia a la relación terapéutica. Igualmente utiliza técnicas conductuales como programación y control de actividades, experimentos conductuales, juego de roles, entrenamiento en relajación, solución de problemas, ejercicio, control de estímulos, etc.

Junto al control de las urgencias y de las creencias asociadas a las mismas, conforme avanza el tratamiento, cobra más relevancia la práctica de la activación de creencias de control. Con ello se van superando las creencias básicas y los pensamientos automáticos que tiene el individuo sobre su consumo y pasa a ejercer un mayor control o un completo control sobre los impulsos al consumo. Tampoco se deben dejar de lado todos los otros problemas que se han ido asociando al consumo de drogas, lo que en ocasiones conduce al individuo a un círculo vicioso de problemas-consumo-incremento de problemas-consumo, etc.

Dado que la caída y la recaída son muy comunes en este trastorno, la terapia cognitiva también da una gran importancia a ello, en lo que denomina intervención en crisis, siguiendo una adaptación a partir del modelo de Marlatt y Gordon para la prevención de recaídas. De igual modo da gran relevancia a la presencia de otros trastornos, como la depresión, la ira y la ansiedad y los trastornos de personalidad, que deben ser detectados y tratados para que la persona consiga la abstinencia y la mantenga en el tiempo.

F) Control de estímulos

Una técnica que se utiliza con frecuencia es la de control de estímulos. En ella restringimos el acceso a aquellas situaciones estimulares que, asociadas con las drogas por procesos de condicionamiento, facilitan que se produzca el mismo. Es muy útil en las primeras fases del tratamiento. Algunos de los estímulos más relevantes asociados al consumo son la conducta de búsqueda de drogas, amigos consumidores, lugares habituales de consumo, indicios ambientales, material para el consumo, etc. Junto a esta restricción es importante que la persona sea capaz de generalizar dicho control para que en el futuro no recaiga.

G) Exposición con prevención de la respuesta

Relacionada con la técnica anterior de control de estímulos, una técnica sumamente útil para extinguir los indicios asociados al consumo de una droga es la técnica de exposición. Se expone al individuo, de modo controlado, a toda una serie de indicios que se han ido asociando con el consumo de la sustancia y que elicitaban las conductas de búsqueda y autoadministración de drogas. Se expondrá al paciente a esos indicios o señales, en el contexto clínico o en su ambiente habitual, sin tener posibilidad de poder consumir la sustancia.

Son muchos los estímulos asociados a la conducta de búsqueda e ingestión de drogas. A nivel experimental se ha demostrado claramente que los adictos a la heroína tienen una actividad autonómica diferencial ante estímulos relacionados con opiáceos respecto a estímulos neutros. Esos indicios llevan a que el individuo se active a nivel autonómico, aumente su respuesta de deseo por la heroína e incremente su percepción sobre los síntomas de abstinencia condicionados. Este efecto será producido por estímulos externos, así como por estímulos internos (por ejemplo, estado de ánimo). Si no se extingue esta cadena conductual la probabilidad de recaída es muy alta.

H) Control de la ira y de la agresividad

En ocasiones la persona con dependencia a opiáceos tiene problemas asociados de ira y agresividad. Los mismos, a su vez, le acarrearán distintos problemas en su medio familiar, social o policial. Si esto ocurre pueden incrementar aún más su problema inicial de dependencia de opiáceos o mantenerse su dependencia en el tiempo por no tener un modo de solucionar el otro problema.

Cuando este es el caso es necesario utilizar estrategias de control de la ira y de la agresividad tales como la técnica de inoculación de estrés, juego de roles, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, solución de problemas o reestructuración cognitiva.

I) Manejo de contingencias

El consumo de drogas se mantiene por el reforzamiento positivo que la sustancia produce en la persona (por ejemplo, euforia, placer) y por el reforzamiento negativo (consumo para evitar las consecuencias negativas del síndrome de abstinencia). El consumo de drogas, por tanto, está influenciado por el aprendizaje y por el condicionamiento. También, mediante los principios del aprendizaje y del condicionamiento podemos cambiar esta conducta desadaptada por otra adaptada sin consumo de drogas. Esto se hace mediante los principios básicos del manejo de contingencias, el reforzamiento positivo y negativo, el castigo positivo y negativo y las distintas técnicas derivadas de los mismos (por ejemplo, extinción, control de estímulos).

Desde la perspectiva operante se sabe que el desarrollo de un trastorno de abuso de sustancias se debe tanto al poder reforzante de la droga como de otros factores, como los biológicos, ambientales y variables conductuales. Pero, sin negar esto, de cara al tratamiento, se propone un mecanismo de intervención, la alteración de las contingencias conductuales, que es independiente de los factores etiológicos específicos.

Técnicas como la aplicación de estímulos aversivos, reforzar conductas alternativas incompatibles con consumir drogas, extinción o varias de las anteriores al mismo tiempo, facilitan el cambio de la conducta de consumo. Otra extensión de las mismas son los contratos de contingencias o las estrategias de prevención de recaídas.

La utilización de las técnicas de manejo de contingencias, en muchas ocasiones, junto a otras técnicas, nos permite tener un abordaje útil y eficaz para muchos pacientes que acuden a tratamiento.

Especialmente, para que una persona lleve a cabo conductas alternativas al consumo de drogas, el manejo de contingencias a veces es la técnica principal para que la persona mantenga su abstinencia. Otras técnicas que se verán o que ya se han visto, por ejemplo, la extinción o el control de estímulos, son también técnicas de control de contingencias que tienen una gran relevancia en el tratamiento de personas con dependencia de la heroína, y que se implantan en cualquier tipo de intervención, sea conductual o no.

J) Técnicas de autocontrol

Una de las estrategias en el tratamiento de las personas dependientes de opiáceos es entrenarlos en técnicas de autocontrol. Esto puede hacerse una vez que la persona ha aceptado participar en el tratamiento, está desintoxicada o en una fase de consumo controlado. En ocasiones el autocontrol se pone en marcha en la parte media del tratamiento, cuando ya se han conseguido los objetivos mínimos, para que mantenga la adherencia al tratamiento.

Las técnicas de autocontrol se orientan a que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontar la misma mediante técnicas que ha aprendido sin llevarla a la práctica. Con el autocontrol se enseñan a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. En el caso del consumo de drogas el objetivo es claro: no

consumir, buscar alternativas al consumo y mantener dicha conducta en el tiempo. Para ello se entrena a la persona en distintas técnicas para que no consuma, que aplaque el consumo o, en caso de que se produzca, que lo haga de un modo poco problemático, y con la idea de poder llegar a conseguir la abstinencia total.

El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También le entrena en la aplicación de autorrefuerzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia. Existen una serie de técnicas que se aplican sistemáticamente cuando se aplica un programa de autocontrol (**cuadro 4.13**). Para el buen diseño del mismo hay que hacer una evaluación conductual adecuada del problema que tiene la persona y adaptar el tratamiento a los avances que se van produciendo a lo largo del mismo y a la consecución de los objetivos iniciales e intermedios. También, las técnicas de autocontrol dan una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autorrefuerzo, cuando la conducta la realiza en la dirección esperada, y el autocastigo, cuando se lleva a cabo la conducta indeseada. Finalmente, cada vez cobran más importancia los procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que la persona tiene sobre su consumo, la sustancia y su ambiente.

Cuadro 4.13. *Técnicas que se aplican en un programa de autocontrol*

- Técnicas de motivación para el cambio
 - Autoobservación.
 - Contratos conductuales.
 - Programación de tareas entre sesiones.

- Técnicas de control estimular
 - Restricción física.
 - Eliminación de estímulos.
 - Cambiar los estímulos discriminativos.
 - Cambiar el medio social.
 - Modificar las propias condiciones físicas y fisiológicas.

- Técnicas de programación conductual
 - Autorreforzamiento.
 - Autocastigo.
 - Procedimientos encubiertos.

- Técnicas cognitivas
 - Autoinstrucciones.
 - Reatribución.

K) La comorbilidad: el otro tratamiento

Aproximadamente el 90% de las personas con dependencia a opioides tiene un diagnóstico psiquiátrico adicional y el 15% intenta suicidarse al menos una vez. Los diagnósticos psiquiátricos más comunes son el trastorno de depresión mayor, los trastornos relacionados con el alcohol, el trastorno de personalidad antisocial y los trastornos de ansiedad. La alta prevalencia de comorbilidad en los consumidores de opiáceos con otros trastornos psiquiátricos genera la necesidad de desarrollar programas de intervenciones de amplio espectro, en las que se traten también los trastornos asociados al paciente heroínómano.

Debido a la propensión del uso de la heroína y de otras drogas a producir perturbaciones psicológicas, no necesariamente pueden estar implicados dos diagnósticos psiquiátricos independientes. Los opiáceos pueden producir signos y síntomas de depresión, ansiedad, psicosis y conducta antisocial en el contexto de una intoxicación o abstinencia. Este grupo de signos y síntomas, por lo general, desaparece después de varias semanas de abstinencia (tres o cuatro semanas). Etiquetarlos prematuramente como depresión mayor, trastorno de pánico, etc., puede conducir a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento inadecuado del problema principal, en este caso, la dependencia de la heroína.

Si se constata la coexistencia de dos o más trastornos independientes, se abordarán con intervenciones específicas de tipo cognitivo-conductual, farmacológico o una combinación de ambas modalidades, para cada uno de los trastornos y adaptadas a las necesidades específicas del paciente. Uno de los problemas que van a surgir entonces es si los tratamientos se realizarán de forma integrada por un mismo equipo terapéutico (modelo integracionista), si se debe iniciar el tratamiento de un trastorno y posteriormente el del otro (modelo secuencial) o si, por el contrario, se deben abordar a la vez, pero en diferentes dispositivos y por distintos equipos (modelo en paralelo). En los últimos años se ha hecho hincapié en que para el tratamiento de los trastornos duales se debe adoptar un modelo integracionista. Esto significa que los tratamientos de ambos trastornos se deben hacer de modo simultáneo y por el mismo equipo terapéutico.

L) Tratamiento de los problemas maritales y familiares: terapia de pareja y terapia familiar

El consumo de heroína transforma de modo acusado la vida de la persona en su familia o pareja. Ésta es una de las áreas más afectadas, encontrándose en ocasiones sus personas más queridas "presas" de su proceso adictivo. Si éste se ha mantenido en el tiempo ellos han sufrido directamente el desapego, el deterioro físico, los problemas con

sus amigos, con la justicia, etc., de ese miembro de la familia o pareja.

Una vez que ha entrado en tratamiento, es necesario intervenir en la pareja, si es el caso, con terapia de pareja. Y, si la familia nuclear o más extensa es la afectada, mediante terapia familiar. La terapia de pareja es un tipo de terapia específica que pretende incrementar la comunicación entre ambos, conseguir un incremento en el intercambio de refuerzos entre los dos miembros de la pareja y solucionar entre ellos los problemas que les vayan surgiendo, entrenándoles en técnicas de solución de problemas. También es necesario entrenarlos en aquellos otros aspectos que les inciden en dicha relación (por ejemplo, manejo de los hijos, problemas sexuales de uno de los miembros).

La terapia familiar ha ido cobrando relevancia en los últimos años en el tratamiento de las personas con adicción a opiáceos por la afectación de toda la familia ante un miembro consumidor y por las relaciones peculiares que se establecen entre el adicto y uno o más miembros de la familia. La terapia familiar suele partir mayoritariamente del concepto de sistema, entendiendo que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de otros miembros de la familia. Esto es, la conducta de un miembro no se puede entender aislada de la de los demás. Cada familia desarrolla patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener el equilibrio entre sus miembros. La terapia familiar conductual lo que va a hacer es entrenar a los miembros de la familia en técnicas de manejo de contingencias (por ejemplo, contratos conductuales), entrenamiento en habilidades de solución de problemas y de comunicación, intercambio de conductas, observación de la propia conducta y la de los demás, intercambio de refuerzos entre los distintos miembros de la familia, cambio de expectativas y atribuciones negativas, reducir los estados emocionales negativos. Especialmente cuando el adicto consigue la abstinencia, hay que estar atento a posibles cambios en la estructura relacional de la familia que pueden facilitar la recaída del mismo (recuadro 4.5). Tener comprometida a la familia en el tratamiento puede evitar lo anterior, junto a un adecuado manejo de los conflictos subyacentes o manifiestos en la familia y disponer de adecuadas habilidades de comunicación y de solución de problemas. Los problemas que hay que manejar adecuadamente para poder lograr todo lo anterior son tener unas claras normas de convivencia, de jerarquía y de comunicación dentro de la familia y que el padre se implique en la misma y en el problema que tiene su hijo y no deje todo el peso en la madre, desentendiéndose del problema. De ahí que, en algunos casos, la intervención se hace más amplia y compleja de lo que puede parecer en un principio cuando otros miembros distintos al individuo, como en este caso la familia, facilitan o pueden mantener en parte su consumo. Por ello, en ocasiones, la terapia familiar se lleva a cabo sólo con los padres, o en grupos de padres, para entrenar a éstos en el manejo adecuado de sus hijos y para que tengan una adecuada implicación emocional con ellos y un comportamiento que facilite la recuperación de su hijo o hija.

Recuadro 4.5

Lo que siempre debemos saber que puede ocurrir en el seno de la familia del adicto cuando éste se recupera

"El adicto en la familia a menudo juega un papel específico que es cómodo y familiar para los miembros de la familia. Cuando el adicto comienza el proceso de recuperación su cometido o función puede cambiar lo que lleva al reajuste de parte de los miembros de la familia. Una madre que ha cuidado al niño de su hija adicta puede encontrar difícil dejar el control de este niño a su hija, que ahora ya no consume droga, y se puede volver resentida. Un hermano joven que ha sido siempre el niño bueno durante la adicción activa de su hermano puede sentir ira cuando ahora su hermano recuperado comienza a tener una atención positiva de sus padres. Los clientes necesitan ayuda para que conozcan y anticipen las dificultades que pueden ocurrir en el ajuste de los miembros de la familia en el proceso de su recuperación. De otro modo, los miembros de la familia pueden consciente o inconscientemente interferir con el proceso de recuperación o causar el que el adicto recuperado adopte una función inapropiada."

Dejong *et al.* (1994, p. 15-16)

M) Terapia de grupo

La terapia de grupo es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de las personas con dependencia de opiáceos. Junto al tratamiento individual, y las otras intervenciones que pueda estar llevando a cabo en el centro de tratamiento (por ejemplo, programa de mantenimiento con metadona, unidad de día), la terapia de grupo es de gran relevancia en varios de los programas existentes. El objetivo que se pretende con ella es el mismo que con la terapia individual pero en un formato en grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo. Le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo se van a centrar en solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permitan mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida.

N) Prevención de la recaída

El primer consumo no tiene por que representar una recaída, puede ser sólo una caída o un desliz puntual ([cuadro 4.14](#)). Para Marlatt y Gordon la recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio en el estilo de vida. Una caída es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar al sujeto a realizar algún consumo esporádico. La recaída en las adicciones se puede manifestar de distintas formas: volver al estilo de vida antiguo, consumir drogas sustitutivas, realizar actividades de azar y de riesgo o sexualidad compulsiva, etc. La forma más común de manifestarse es volver a consumir heroína de forma regular.

Cuadro 4.14. Algunos conceptos importantes en prevención de recaída

- *Caída*. Es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar al sujeto a realizar algún consumo esporádico de heroína.
 - *Recaída*. Es la vuelta al consumo de heroína de forma regular.
 - *Situación de alto riesgo*. Es cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control de la persona abstinentes y que aumenta su riesgo de recaída.
 - *Programa de prevención de recaídas*. Es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos para que sean capaces de afrontar las situaciones de alto riesgo de consumo de sustancias.
-

Un concepto fundamental para comprender el proceso de recaída es el llamado *efecto de violación de la abstinencia*. Este efecto se compone de dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpase a uno mismo como causa de la recaída), así como algunas veces la anticipación de los efectos positivos en relación a la droga. La combinación de estos tres componentes predisponen al paciente a una recaída total.

El modelo de prevención de la recaída considera a las adicciones como un hábito adquirido que puede cambiarse aplicando los principios del condicionamiento clásico, operante y vicario. Además da una gran importancia a los factores cognitivos implicados en la recaída. Las estrategias de prevención de la recaída se orientan a anticipar y prevenir la ocurrencia de recaídas después del tratamiento y a cómo ayudar a los pacientes a afrontar la recaída si se produce. Es un programa de autocontrol donde se enseña a los pacientes a anticipar y a afrontar eficazmente los problemas que aparezcan después del tratamiento o en el seguimiento. Por ello, la prevención de la recaída se puede aplicar como estrategia de mantenimiento, para prevenir la recaída, o con un enfoque más general para cambiar el estilo de vida.

Las causas principales de la recaída en las personas dependientes de la heroína son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social ([cuadro 4.15](#)). Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia de la primera caída. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social son situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

Cuadro 4.15. *Causas de recaída en heroínómanos según el modelo de Marlatt (en porcentajes)*

– Determinantes intrapersonales	45
• Estados emocionales negativos	19
• Estados físicos negativos	9
• Estados emocionales positivos	10
• Prueba del control personal	2
• Urgencias y tentaciones	5

– Determinantes interpersonales	55
• Conflictos interpersonales	14
• Presión social	36
• Estados emocionales positivos	5

Si la persona es capaz de ejecutar una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye. Al afrontar exitosamente una situación de alto riesgo es probable que la persona experimente una sensación de dominio y percepción de control, generándose una expectativa de ser capaz de afrontar eficazmente otras situaciones de riesgo que se le vayan presentando (autoeficacia). Si esto se repite adquirirá una mayor percepción de control y disminuirá la probabilidad de recaída. Si, en cambio, no es capaz de afrontar con eficacia una situación de alto riesgo, y si tiene una expectativa positiva de volver a consumir la droga, aumenta la probabilidad de recaída.

Hay tres principales estrategias para utilizar en los procesos de prevención de la recaída:

1. La aproximación de apoyo social. Se centra en aumentar el apoyo emocional de los miembros de su familia y de sus amigos junto a la reducción de los conflictos interpersonales y el estrés.
2. La aproximación de cambio de estilo de vida. Se orientan a desarrollar y mantener una nueva identidad social con individuos no consumidores, rompiendo con sus antiguos amigos consumidores de drogas, desarrollando nuevos intereses y contactos sociales y aprendiendo nuevos métodos de afrontar las emociones negativas.
3. La aproximación cognitivo-conductual. Se centra en identificar los indicios internos y externos asociados con las urgencias y la recaída y aprender cómo evitarlos o, si ocurren, cómo prevenir que no ocurra una recaída completa.

Las técnicas cognitivo-conductuales para la prevención de la recaída son de las más eficaces. Se orientan a aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias, globales y específicas, de prevención de la recaída pueden agruparse en tres categorías fundamentales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y cambio en el estilo de vida. Las de entrenamiento en habilidades consisten en respuestas comportamentales y cognitivas para afrontar situaciones de alto riesgo. Los procedimientos de reestructuración cognitiva están dirigidos a proveer a los pacientes de cogniciones alternativas para manejar los impulsos y señales iniciales y reestructurar las reacciones que se produzcan en la primera caída. Las estrategias dirigidas al cambio en el estilo de vida están dirigidas a fortalecer la capacidad global de afrontamiento del paciente y a reducir la frecuencia e intensidad de los impulsos y deseos irresistibles de la sustancia que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado.

Dentro de las técnicas que se aplican están los programas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento en identificación y control de estímulos, exposición a estímulos en vivo (reales) o a nivel imaginado, detención del pensamiento, condicionamiento encubierto, programas de refuerzo externo, etc. En el [cuadro 4.16](#) se exponen las más importantes.

Para la prevención de la recaída es muy importante que los pacientes identifiquen sus emociones y aprendan que las mismas les pueden llevar a recaer, y que para que ello no ocurra deben saber cómo afrontarlas eficazmente. Por ejemplo, es de gran relevancia reducir el estrés que las mismas le producen, o reducir su exposición a situaciones que le acarrearán un incremento del estrés.

Cuadro 4.16. *Estrategias básicas en las que hay que entrenar al paciente para prevenir la recaída*

-
-
- Evitar situaciones de alto riesgo, especialmente en las primeras semanas después de haber conseguido la abstinencia.
 - Escape (abandonar la situación de riesgo).
 - Distracción:
 - Estrategias cognitivas.
 - Imaginación (asociar consumir drogas con consecuencias aversivas de las mismas).
 - Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
 - Autoinstrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes).
 - Estrategias conductuales.
 - Relajación.
 - Actividad física.
 - Conductas alternativas más adecuadas.
 - Habilidades asertivas.

- Retrasar el deseo de consumir drogas.
 - Recordar caídas o recaídas que se han tenido en el pasado.
-

Si en una situación de alto riesgo el paciente anticipa lo que le puede ocurrir (por ejemplo, cuando se encuentra con un consumidor de drogas), puede poner en marcha distintas estrategias para afrontarla, especialmente cuando tiene urgencias ([cuadro 4.17](#)). En el [cuadro 4.18](#) se indica cómo superar una caída.

Cuadro 4.17. Estrategias para afrontar las urgencias y evitar la recaída

- Estrategias conductuales
 - Abandonar la situación.
 - Irse de la parafernalia del consumo de drogas.
 - Usar habilidades de relajación.
 - Repetirse afirmaciones automotivadoras en voz alta.
 - Apuntar los pensamientos y sentimientos en un diario.
 - Llamar al terapeuta o a otra persona para que le dé apoyo.
 - Ensayar la conducta a realizar a través del juego de roles.

 - Estrategias cognitivas
 - Revisar las razones para dejar de consumir.
 - Pensar en los progresos hechos hasta la fecha.
 - Utilizar las imágenes mentales positivas.
-

Cuadro 4.18. Qué debe hacer el adicto si ha tenido una caída

- *Dejar* de tomar drogas después de la caída inicial.
 - Abandonar la situación de consumo.
 - Llamar a alguien para que le dé apoyo.
 - Emplear otra estrategia conductual o cognitiva.
-

Nota: para el mejor cumplimiento de esto puede firmar un contrato y llevar las reglas escritas en una tarjeta.

4.2.4. Revisión crítica de los programas de intervención

La evaluación de la eficacia puede hacerse en función de la abstinencia (programa

libre de drogas) o en función de la mejora en las condiciones del individuo y retención en el tratamiento. En un programa libre de drogas el objetivo es un cambio integral, entendiendo el mismo como no sólo superar la adicción, sino todos aquellos problemas que pueda presentar el paciente en la esfera física, psicológica y social, se utiliza terapia individual y de grupo. La primera, se centra en cuestiones como la adaptación social, las relaciones con familiares y amigos, dificultades en los estudios o en el trabajo, así como otros objetivos. La segunda, sigue las directrices del apoyo mutuo, en las que el paciente encuentra en el grupo aprobación a nuevas conductas, la oportunidad de compartir nuevas experiencias, etc. Además del tratamiento psicológico también se incluyen actividades deportivas, actividades de ocupación del tiempo libre, etc.

El abandono en este tipo de programas es bastante alto. El porcentaje de retención oscila del 20 al 40%. La mayor parte de los pacientes que dejan este tipo de programas lo hacen en los tres primeros meses del tratamiento. A mayor severidad de la adicción mayor probabilidad de abandonar el programa antes del alta terapéutica. Parece que la inclusión de intervenciones que tuvieran como objetivo aumentar la retención de los pacientes en los programas, especialmente en las primeras semanas tras el inicio del tratamiento, podrían ser eficaces para reducir los porcentajes de abandono.

Los estudios realizados en España y la evidencia clínica sugieren que el tratamiento con metadona es eficaz para reducir el uso de opiáceos y la conducta delictiva, mejorar la salud y el empleo, la actividad productiva, el bienestar subjetivo, la calidad de vida y la integración social de los usuarios a través del contacto continuado con los servicios de salud y comunitarios.

Los pacientes que están más de tres meses en tratamiento (en las modalidades de comunidad terapéutica y de desintoxicación ambulatoria con apoyo psicoterapéutico) y los que están más de 300 días en mantenimiento con metadona, tienen evoluciones más favorables a largo plazo que aquellos que no llegan a completar estos períodos de tiempo.

4.2.5. Problemas más habituales

Los problemas más habituales que se encuentran en el tratamiento de las personas adictas a la heroína son: la mentira; la negación, resistencia y falta de progreso en el tratamiento; la presencia de múltiples problemas; el diagnóstico dual y confusión en el diagnóstico; la recaída o recaídas; los problemas asociados cuando también es portador del VIH o tiene SIDA; cuando tiene que pasar a cumplir condena y se interrumpe el tratamiento; el abandono del tratamiento; tener que asistir a juicios el cliente, el terapeuta, o tener que emitir informes legales; y, la imposibilidad de disponer de un paquete de tratamiento estándar por las características individuales de cada paciente.

De los problemas anteriores, la mentira es un elemento característico, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Conforme se va avanzando en el mismo, y si hay una buena relación paciente-terapeuta, ésta puede mejorar. Precisamente los urinoanálisis aleatorios se orientan a comprobar de modo objetivo si la información proporcionada por

el heroinómano es o no la correcta. También puede negar que tenga un problema grave, o asumir que el problema no es tan grave, resistirse al tratamiento, no tener claro que es necesario un cambio, lo que a veces ayuda a que no se progrese en el tratamiento. A ello colabora en muchos casos la existencia de problemas múltiples, como es un ejemplo el caso que se ha expuesto, lo que obliga a una intervención amplia, en distintas áreas, y con una visión más a largo que a corto plazo. Ello se agrava si la persona tiene un diagnóstico dual, o al no tener claros los problemas y diagnósticos asociados. En estos casos tenemos que realizar una intervención en el problema de heroína y otras intervenciones en los trastornos asociados.

La recaída o recaídas son algo habitual en las conductas adictivas, y más en las personas con dependencia de la heroína. Se deben tener en cuenta y hacer los abordajes necesarios para que éstas se den en menor intensidad, en menor frecuencia, o que le repercutan lo menos posible al individuo. Tanto en un programa libre de drogas como en un programa de reducción de daños la recaída en el consumo de heroína debe abordarse lo antes posible para que la persona no vuelva a su patrón de consumo anterior y, con ello, abandone el tratamiento.

Cuando el heroinómano es portador de VIH o tiene SIDA la intervención tiene que tener esto en cuenta y hacerse un abordaje terapéutico tanto de tipo médico o farmacológico para la enfermedad física, como psicológico y psicoeducativo para su estado psicológico y emocional, como para el afrontamiento de su nuevo estado de enfermedad. Dependiendo de cada caso la intervención sobre un individuo con VIH o SIDA será más o menos intensa y precisará o no centrarse más en esta enfermedad o en el consumo de heroína.

La esfera legal tiene una gran incidencia en este tipo de trastornos. En ocasiones el tratamiento se interrumpe ante la necesidad de cumplir una condena, o incumple el tratamiento, y tiene que ingresar en prisión. A su vez el terapeuta con frecuencia tiene que presentar informes que le pueden pedir a nivel judicial, tiene que declarar ante el juez o el propio adicto interrumpe el tratamiento por verse inmerso en un proceso legal.

Junto a estos problemas surgen los problemas de relación, con la pareja o parejas, con la familia, con los hijos, etc., como reflejo de una problemática compleja que abarca todos los aspectos de la vida del individuo.

4.2.6. Exposición del caso: tratamiento y evolución del caso de dependencia de la heroína

Ante la valoración del caso, y la gravedad del mismo, se procedió a incluir a Daniela en un programa de mantenimiento con derivados opiáceos, metadona, junto al tratamiento psicológico paralelo. Éste consistió en terapia cognitivo-conductual individual junto a una intervención familiar. También pasó a vivir en su casa materna hasta la finalización del tratamiento, lo que fue un elemento de gran importancia en este caso. Se llevó a cabo un tratamiento en la línea de lo que se ha comentado en este capítulo para el

abandono de la heroína y el mantenimiento de la abstinencia, ayudado por la metadona. Conforme fue avanzando el tratamiento y se consolidó la abstinencia de la heroína se hizo hincapié en recuperar sus actividades laborales y/o formativas. Después de seis meses de tratamiento psicoterapéutico y metadona pasó a un programa libre de drogas. En éste siguió participando en terapia individual cognitivo-conductual hasta la finalización del tratamiento y la consecución del alta.

Después de los seis primeros meses de tratamiento se produjo un importante cambio en el sentido de que se veía con fuerza para cambiar de vida, para retomar sus estudios, para ver un nuevo futuro. Se analizaron diversas posibilidades hasta que el paciente se decidió por estudiar una carrera. Hizo los cursos de acceso a la universidad, los cuales superó, y se matriculó, aprobando con buenas notas los primeros cursos. Esto fue para ella un importante logro y lo realizó con gran entusiasmo. También, conforme se fue avanzando en el tratamiento, comenzó a tener amigos, a diferencia de antes, que estaba en una situación de casi total aislamiento social. Con el transcurrir del tiempo se fue implicando más en los estudios, lo que exigía una buena capacidad intelectual y el correspondiente esfuerzo, lo que hacía que fuese ganando en seguridad y comprobando que se le abría una nueva posible vida ante el futuro.

Conforme transcurría el tiempo su nivel de motivación y de compromiso hacia la abstinencia y el cambio de su estilo de vida fue aumentando y fortaleciéndose. Así, al llegar a los dos años de tratamiento con metadona decidió, junto a su terapeuta, que los cambios operados eran suficientes para garantizar una buena evolución aun sin tratamiento farmacológico (metadona). Así pasó a un programa libre de drogas, con control de urinoanálisis y tratamiento psicológico individual. Esto se hizo a lo largo de los siguientes ocho meses, período después del cual se le dio el alta.

También, a lo largo de su tratamiento, fue necesario intervenir sobre su madre, que empezaba a experimentar ciertos episodios depresivos relacionados con la pérdida de su función. Esto es, conforme pasaba el tiempo tanto Daniela como sus hijos no sólo continuaban creciendo sino ganando en autonomía e independencia, se veía como menos necesaria, lo que hacía que el papel que había desempeñado hasta ese momento fuese perdiendo peso. En la terapia con la madre se le preparó para la asunción de un nuevo papel materno, lo que llevó a la desaparición de las quejas maternas y a superar sus problemas.

Cuatro años después de haber finalizado el tratamiento sigue estudiando con éxito, mantiene buenas relaciones sociales y está abstinentemente del consumo de heroína.

4.3. Dependencia de la cocaína

4.3.1. Objetivos

Son varios los objetivos a lograr en el tratamiento de la dependencia de la cocaína ([cuadro 4.19](#)). El primero, al igual que en el caso de la heroína, es que el paciente

reconozca y, por tanto, se haga consciente de que tiene un problema con la cocaína. El segundo, es aumentar la motivación de la persona para el tratamiento. Antes de iniciar un tratamiento para dejar de consumir la cocaína es necesario saber cuál es la motivación para el cambio. Al principio, las estrategias motivacionales van a ocupar un lugar central para que el paciente admita que tiene problemas con la cocaína y que tome la decisión de abandonar su consumo. El objetivo es ayudar al paciente a reconocer su problema adictivo y a conseguir los cambios deseados. El nivel de motivación para el cambio será una de las claves para la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada individuo. Se trata, por tanto, de buscar aquella intervención que sea la más adecuada para cada paciente en función de su motivación para el cambio. Estrategias como llevar a cabo sesiones de asesoramiento o proyectar cintas de vídeo, entre otras muchas, pueden ser de gran ayuda para trabajar la motivación para la abstinencia. El objetivo es educar a la persona y a su familia sobre los peligros que conlleva el consumo de cocaína, informar del curso clínico normal de los trastornos que provoca el consumo y subrayar que cada individuo es responsable de sus propias acciones. Además, se debe enseñar al paciente que la abstinencia es posible, que puede cambiar el tipo de vida y que hay elevadas posibilidades de éxito.

Cuadro 4.19. *Objetivos en el tratamiento de la dependencia de la cocaína*

-
-
1. Reconocimiento de la existencia de un problema de dependencia de la cocaína.
 2. Incremento de la motivación para el tratamiento.
 3. Dejar de consumir cocaína.
 4. Deshabitación psicológica.
 5. Mejoría del estado físico.
 6. Entrenamiento en prevención de la recaída.
 7. Identificación y tratamiento de otros síntomas y trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad).
 8. Adquisición de un nuevo estilo de vida sin cocaína.
 9. Mejora de la actividad laboral y la situación económica.
-

El tercer objetivo es que el paciente deje de consumir cocaína. La dependencia a esta sustancia implica que la misma se constituye en el eje central de la vida de la persona, de modo que las conductas de búsqueda de la cocaína y su consumo ocupan su mayor parte del tiempo. El paciente puede abandonar sus responsabilidades personales, familiares, laborales, etc., para obtener o consumir cocaína. El tratamiento de esta adicción se inicia con la superación del síndrome de abstinencia. Hay algunos obstáculos que pueden dificultar el mismo, por ejemplo, la infravaloración por parte del paciente de la posibilidad de una recaída inicial debido a la ausencia de síntomas de abstinencia físicos tan marcados como en otras drogas (por ejemplo, el de la heroína).

La deshabitación psicológica es otro importante objetivo, el cuarto, para conseguir

eliminar la adicción a la cocaína. El objetivo general de un programa de intervención con un cocainómano consiste en ayudar al paciente a superar las conductas de búsqueda y de autoadministración de la cocaína. Es determinante manejar las fuertes respuestas de urgencia y síntomas de abstinencia que se desencadenan en el adicto ante objetos, pensamientos, sentimientos, lugares, personas, determinados momentos del día y/o recuerdos. Es fundamental que estas poderosas respuestas se extingan, rompiéndose las asociaciones entre los estímulos contextuales que las provocan y el consumo de cocaína.

El quinto objetivo es mejorar el estado físico del sujeto. El consumo de cocaína, especialmente cuando se cronifica, puede dañar los sistemas orgánicos (por ejemplo, el sistema cardiovascular). Por tanto, es difícil pensar en un tratamiento eficaz en el que no haya una valoración física exhaustiva, en el que no se tenga en cuenta posibles problemas orgánicos y la prevención de futuros problemas médicos. Estos pasos no sólo son parte esencial de un tratamiento, sino que también son importantes para que el paciente pueda ser rehabilitado completamente.

El sexto, es entrenar al sujeto en estrategias de prevención de la recaída para que, una vez abstinentes, sea capaz de mantenerse sin consumirla a lo largo del tiempo, afrontando adecuadamente las urgencias, las tentaciones al consumo, situaciones de afecto negativo, etc.

La intoxicación por cocaína y la abstinencia de la cocaína inducen con frecuencia síntomas psiquiátricos. Su identificación y tratamiento, si fuese necesario, debe ser considerado como otro de los objetivos de tratamiento. Alrededor de dos tercios de las personas con abstinencia de estimulantes, como la cocaína o las anfetaminas, presentan síntomas depresivos que pueden durar de dos a cuatro semanas. Los programas de tratamiento deben tener en cuenta estos síntomas puntuales. También se debe evaluar cuidadosamente la posible presencia de trastornos psiquiátricos independientes y llevar a cabo los pasos adecuados para controlar los síntomas clínicos, incluso cuando son episódicos y forman parte del patrón de consumo de la cocaína.

El octavo objetivo será producir cambios en el estilo de vida que permitan al individuo la adaptación al medio familiar, social, laboral y comunitario. Ésta es una etapa crucial y suele ser la más larga, ya que no sólo tiene que cambiar la forma en la que se desenvuelve socialmente sino que tiene que adquirir nuevas habilidades y recursos para consolidar un estilo de vida sin consumo de cocaína. Normalmente, los pacientes han estado consumiendo esta droga durante años y han desarrollado una forma de vida en la que una buena parte de su tiempo está dedicada a la búsqueda y consumo de la misma. Es importante para adquirir un estilo de vida sin cocaína enseñar al paciente nuevas formas de ocupar su tiempo libre, de estimular relaciones con amigos no consumidores, adaptarse a la vida cotidiana y restaurar las relaciones gratificantes con su pareja o con los miembros de la familia.

Por último, es necesario considerar como objetivo de tratamiento mejorar las esferas laboral y económica del paciente. Los pacientes con dependencia a la cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o tráfico de droga, o solicitar anticipos para

comprar la droga. Por tanto, en la mayoría de los casos es necesario entrenar al paciente en la búsqueda de otros trabajos que no estén tan vinculados con el consumo de sustancias y estimularle a planificar sus asuntos económicos de un modo realista.

4.3.2. Técnicas de tratamiento más habituales

Como se acaba de ver, el objetivo general de un programa de tratamiento para la dependencia de la cocaína no es simplemente la abstinencia, sino que hay otros. Para cada paciente hay que diseñar un plan de tratamiento individualizado, en el que se incluyan diferentes técnicas de tratamiento, en diferentes momentos de la evolución de su trastorno. Se habla de cocainómanos, con frecuencia, sin tener en cuenta que no son un grupo homogéneo. De ahí la importancia de realizar una evaluación adecuada del problema, en función de la que se formularán los objetivos terapéuticos específicos para cada individuo. En el [cuadro 4.20](#) se exponen aquellas técnicas que se utilizan con mayor frecuencia para el tratamiento de los cocainómanos.

Cuadro 4.20. *Estrategias y técnicas que se utilizan con más frecuencia en los tratamientos clínicos de personas con problemas de abuso o dependencia de la cocaína*

1. Técnicas motivacionales.
 2. Autoobservación.
 3. Contratos de contingencias.
 4. Programación de actividades.
 5. Tareas para casa.
 6. Estrategias para afrontar las urgencias.
 7. Estrategias para afrontar los pensamientos relacoinados con la cocaína.
 8. Estrategias para rechazar ofrecimientos de cocaína.
 9. Técnica de solución de problemas.
 10. Terapia cognitiva.
-

A) Estrategias motivacionales

Lo más frecuente es que los cocainómanos que demandan tratamiento tengan una motivación para el cambio más bien baja y fluctuante. Es baja porque lo más habitual es que acudan al tratamiento carentes por completo de incentivos y por presiones externas (por ejemplo, familiares, judiciales) más que por un proceso de convencimiento profundo. Y es fluctuante porque al depender la motivación de factores externos más que de factores internos, cualquier acontecimiento externo (por ejemplo, problemas legales, pérdida del trabajo) puede influir, aunque de forma transitoria, en un cambio de actitud

ante el tratamiento.

La entrevista motivacional, como ya se ha expuesto anteriormente al hablar del tratamiento de la dependencia de la heroína, cobra aquí gran relevancia. Es especialmente importante evaluar si aumenta la motivación del paciente para el tratamiento (cuadro 4.21). Además, se pueden utilizar varias estrategias para fomentar expresiones automotivacionales en los pacientes, como: *a)* hacer balance entre el no cambiar y el cambiar (consiste en sopesar los pros y los contras de permanecer igual); *b)* elaborar las cuestiones planteadas (se le pide al paciente que profundice más en lo que ha expresado, que lo mire desde otros puntos de vista); *c)* llevar las cosas a los extremos (se le pide al paciente que se imagine qué es lo mejor y lo peor que le podría pasar de seguir en la misma situación o en caso de que cambiase); *d)* mirar hacia el futuro (se le pide al paciente que imagine o se recreen cómo será la vida más adelante); *e)* explorar los objetivos personales del paciente (éste y el terapeuta examinan las metas que tiene en mente el paciente); y *f)* usar la paradoja, como forma sutil de confrontación que implica el empleo de ironía o sarcasmo. Puede ser una estrategia muy útil cuando el terapeuta ya ha establecido el vínculo con el paciente, no antes.

Cuadro 4.21. *Expresiones que reflejan que la motivación del sujeto va en aumento*

-
- Muestras de reconocimiento del problema.
 - Expresiones de preocupación.
 - Manifestación de intención o deseo de cambiar.
 - Muestras de optimismo o confianza en la propia capacidad para cambiar.
-

B) Autoobservación

Consiste en tratar de atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrar dicha emisión a través de algún procedimiento previamente establecido. Las ventajas de la autoobservación son: 1) es un procedimiento que enfatiza de manera implícita el control del individuo sobre su propia conducta; 2) facilita que el paciente tenga una retroalimentación continua de los cambios de su conducta; 3) es un procedimiento que el paciente puede llevar a todos los sitios; 4) es poco costosa y elimina el sesgo asociado a la presencia de un observador externo; y 5) permite acceder a datos que sería imposible con otros métodos. El método más empleado es el autorregistro de papel y lápiz.

C) Contratos de contingencias

El objetivo de este método es disminuir la conducta mantenida por los reforzadores de la droga e incrementar la conducta mantenida por reforzadores no relacionados con la droga, administrando recompensas contingentes a la abstinencia de la droga (contingencias positivas) y retirando contingencias positivas si se comprueba que el sujeto ha consumido cocaína. El contrato de contingencias consta de dos elementos básicos: 1) estar de acuerdo en evaluar la abstinencia a través de muestras de orina; y 2) la vinculación a una contingencia aversiva si una muestra es positiva o se elude su determinación.

D) Programación de actividades

Consiste en planificar de forma sistemática y negociada con el paciente cada uno de los días de la semana, de hora en hora, las distintas actividades a realizar. Inicialmente son el terapeuta y la familia del adicto los que asumen la responsabilidad de la programación. Gradualmente el paciente debe ir adquiriendo un mayor control e iniciativa en la elaboración y puesta en práctica de ellas.

E) Estrategias para afrontar las urgencias

Hay varias estrategias que se pueden utilizar cuando la persona experimenta fuertes deseos de consumir cocaína, para que con ellas sea capaz de afrontar dicha urgencia y no consumir. Son las siguientes:

- a) *Distracción.* Preparar una lista de actividades de distracción con el paciente anticipando futuros episodios de urgencia, especialmente actividades físicas (por ejemplo, pasear, hacer ejercicios de relajación).
- b) *Hablar acerca de la urgencia.* Cuando el paciente cuenta con apoyo, como familiares y amigos abstinentes, hablar con ellos acerca de la urgencia puede reducir los sentimientos de ansiedad y vulnerabilidad que lo acompañan con frecuencia.
- c) *Dejarse llevar por la urgencia.* Permitir que la urgencia ocurra, llegue a su punto más álgido y se desvanezca; esto es, experimentarla sin luchar contra ella, ganar control evitando la resistencia. El primer paso, es prestar atención a la urgencia, centrarse en las sensaciones en sí mismas (dónde ocurren, en el cuerpo o en la mente, y cuán intensas son). Segundo, centrarse en el área dónde ocurre la urgencia, prestando, por tanto, atención a todas las señales afectivas y somáticas e intentando expresarlas verbalmente.
- d) *Recordar las consecuencias negativas del consumo de cocaína.* Muchos consumidores de cocaína cuando experimentan una urgencia tienen la tendencia a recordar sólo los efectos positivos de la cocaína. Para

contrarrestar esta tendencia, cuando experimenten una urgencia tienen que recordarse a sí mismos los beneficios de la abstinencia y las consecuencias negativas de continuar consumiendo.

- e) *Hablarse a uno mismo.* Muchas veces se pueden detectar pensamientos automáticos que acompañan a la urgencia, pero están tan profundamente establecidos que la persona no es consciente de ellos. Estos pensamientos suelen tener un sentido de urgencia y de exageración de las consecuencias (por ejemplo, "me moriré si no consumo cocaína"). En este caso, para afrontar la urgencia, es importante detectar esos pensamientos automáticos y contrarrestarlos eficazmente, lo que se puede hacer más fácilmente si uno se habla a sí mismo en tono positivo. Esto incluye utilizar cogniciones tales como *desafiar el pensamiento* (por ejemplo, "realmente yo no me voy a morir si no tomo cocaína") y *normalizar la urgencia* (por ejemplo, "estos deseos de consumir producen una sensación molesta, pero mucha gente los experimenta y los supera sin consumir").

F) Estrategias para afrontar los pensamientos relacionados con la cocaína

Son varias las estrategias que puede utilizar la persona con dependencia de la cocaína ante el surgimiento de pensamientos relacionados con ella, como:

- a) *Pensar lo que sucedió después de la sensación de estar "colocado".* Mientras que las personas adictas a la cocaína pueden experimentar pensamientos positivos relacionados con la cocaína, no suelen recordar lo malo de un episodio de consumo de la misma. El paciente, por tanto, puede recordar un ejemplo de una experiencia disfórica que siguió al efecto de estar colocado.
- b) *Desafiar los pensamientos.* Generar pensamientos que contrarresten los relacionados con el consumo de cocaína (por ejemplo, "yo fui capaz de afrontar las urgencias en el pasado y puedo hacerlo otra vez").
- c) *Revisar las consecuencias negativas.* Confeccionar una lista de consecuencias negativas para contrarrestar los pensamientos positivos relacionados con el consumo de cocaína.
- d) *Distracción.* Confeccionar una lista de actividades y ponerlas en práctica cuando aparezcan estos pensamientos, que sean agradables (divertidas o estimulantes), fáciles de poner en práctica en cualquier situación o momento y realistas (que no sean caras o dependan de la disponibilidad de otros).
- e) *Hablar.* Hablar de los pensamientos relacionados con la cocaína con un amigo o una persona es en la mayoría de los casos una forma efectiva de disiparlos.

G) Estrategias para rechazar ofrecimientos de cocaína

La mayoría de los pacientes que tienen problemas con la cocaína no poseen en su repertorio conductual las habilidades necesarias para resistir la presión al consumo y rechazar los ofrecimientos. En este caso se recomienda entrenar al paciente, siguiendo la siguiente secuencia: 1) decir *NO* con claridad; 2) mirar directamente a los ojos de la otra persona; 3) no utilizar falsas excusas ni dar explicaciones; 4) pedirle con firmeza a la otra persona que no le ofrezca nunca más cocaína; 5) no dejar la puerta abierta a futuros ofrecimientos; 6) en caso de que la otra persona insista cortar la conversación (retirar las señales de escucha, aumentar la distancia corporal); y 7) retirarse inmediatamente de la situación de riesgo.

H) Técnica de solución de problemas

Las técnicas de solución de problemas son muy útiles en el tratamiento de las distintas adicciones. Como ya hemos visto anteriormente, esta técnica consta de cinco fases. La primera, reconocer el problema (¿tengo un problema?). Hay algunas pistas que pueden ayudar a la persona a reconocer que tiene un problema, como sentir ansiedad, ira, depresión, estar preocupado, etc. La segunda, identificar y especificar el problema (¿cuál es el problema?). Es más fácil resolver problemas concretos y bien definidos que los que son vagos. Si el problema es complejo, se recomienda dividirlo en pequeñas secuencias, que sean manejables. La tercera, buscar distintas alternativas para solucionar el problema (¿qué puedo hacer para solucionar este problema?). Una estrategia muy útil es la *tormenta de ideas*, que consiste en generar muchas soluciones sin considerar si son buenas o no, primando en este momento la cantidad sobre la calidad. La cuarta, buscar entre las soluciones generadas la más adecuada (¿qué sucedería si...?). Hay que valorar las distintas alternativas, considerando las consecuencias positivas y negativas de las mismas en la esfera personal, interpersonal, social, laboral, etc. Por último, se pone en práctica y se evalúa la solución escogida (¿qué sucedió cuando...?). El terapeuta debe subrayar que algunos problemas son fáciles de resolver, pero otros no. A veces hay que volver atrás en el proceso hasta dar con la solución más adecuada.

I) Terapia cognitiva

La finalidad de la terapia cognitiva es modificar los valores, creencias, pensamientos, actitudes, expectativas o percepción del sujeto relacionadas con la cocaína. La misma se ha descrito anteriormente en el apartado 4.2.3.(E).

J) Tareas para casa

El éxito de una intervención de estas características depende en buena medida de

que el paciente practique las habilidades aprendidas cuando no está con el terapeuta. Las tareas para casa constituyen el vehículo por medio del cual las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en el ambiente real; es decir, se generalizan a la vida diaria del paciente.

4.3.3. Consideraciones sobre el tratamiento farmacológico

En el tratamiento de la dependencia de la cocaína a veces se incluyen fármacos para el tratamiento de la intoxicación aguda, así como fármacos cuyo objetivo es reducir el deseo de consumir cocaína (agentes *anti-craving*).

Un cuadro de intoxicación aguda por cocaína se caracteriza por agitación, alucinaciones, midriasis, hiperreflexia, dolores abdominales con náuseas y vómitos, taquicardia y apnea. La intoxicación aguda por cocaína puede causar la muerte del paciente. En este caso, el tratamiento farmacológico se usa para minimizar las complicaciones cardiovasculares y respiratorias. Se recomienda la utilización de diazepam, propanolol e incluso antipsicóticos. Uno de los tratamientos de elección es el diazepam por vía endovenosa y medidas de soporte del sistema cardiorrespiratorio para el "status epiléptico". Los betabloqueantes como el propanolol pueden ser útiles para las crisis hipertensivas y otros trastornos cardiovasculares. Las crisis agudas de ansiedad, en general, pueden tratarse en medio ambulatorio con terapia de apoyo, soporte ambiental y medicación hipnosedante. Si apareciese una psicosis cocaínica se recomienda la utilización de antipsicóticos del tipo haloperidol.

Se han probado varios agentes farmacológicos como ayuda en el tratamiento de la dependencia de la cocaína para reducir el deseo de consumirla, "*craving*", y la recaída. Algunos fármacos -entre los que se incluyen el antidepresivo desimipramina, el agonista dopaminérgico bromocriptina, el estimulante metilfenidato y el antagonista opioide parcial buprenorfina- han demostrado inicialmente resultados prometedores, aunque éstos no se mantienen a largo plazo (San, 1996).

4.3.4. Revisión crítica de los programas de intervención

Los tratamientos para el abuso por cocaína que se están llevando a cabo en la mayoría de los países son adaptaciones de las intervenciones que se emplean en las personas con dependencia del alcohol u opiáceos. No obstante, se están investigando tratamientos específicos para los cocainómanos. A continuación se indican los más importantes.

A) La terapia motivacional

La terapia motivacional está basada en los principios de la psicología motivacional y

está diseñada para producir un cambio motivacional interno rápido. Esta estrategia de tratamiento no intenta guiar y entrenar al paciente, paso a paso, a través de la recuperación, pero en cambio emplea estrategias motivacionales para movilizar los propios recursos de cambio del paciente (Miller y Rollnick, 1992). La terapia motivacional es una intervención breve, directa y semiestructurada. Identifica, en primer lugar, la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente, para después centrarse en las necesidades, objetivos y experiencias, guiándolo hasta que elabore su propia decisión para cambiar la conducta, como ya se ha comentado, en base a cinco principios básicos: 1) expresar empatía; 2) elaborar la ambivalencia del paciente; 3) evitar la confrontación y las discusiones; 4) remover las resistencias; y 5) reforzar la autoeficacia. La intervención motivacional consta de dos partes: en la primera, de carácter exploratorio, el objetivo es la creación de un vínculo con el paciente mediante un clima cordial y la delimitación del motivo de la consulta, todo ello con preguntas de tipo abierto. En la segunda parte, en la parte resolutiva, se llevan a cabo las demás actuaciones de la entrevista, se hace el diagnóstico, se manejan las resistencias, se le da al paciente la información clínica pertinente, se establece el acuerdo o pacto terapéutico, y se evalúa el grado en el que ha cambiado el paciente.

B) La terapia cognitivo-conductual

Dentro de la terapia cognitivo-conductual se incluyen el tratamiento de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductual (Carroll, 1999), la terapia cognitiva de Beck (Beck *et al.*, 1992), el abordaje denominado reforzamiento comunitario (Meyers y Smith, 1995) y la prevención de la recaída de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985).

- *El tratamiento de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductuales*

La asunción subyacente al tratamiento de habilidades de afrontamiento cognitivo-conductuales (Carroll, 1999) es que los procesos de aprendizaje juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del abuso y dependencia de la cocaína. Estos mismos procesos de aprendizaje se pueden usar para ayudar a los individuos a abandonar el consumo de la droga. Este tratamiento intenta ayudar a los pacientes a *reconocer* situaciones en las que es más probable consumir cocaína, *evitar* estas situaciones cuando es apropiado y *afrontar* más eficazmente los problemas y las conductas problemáticas asociadas con el abuso de la sustancia. Hay algunas características importantes de este tratamiento que lo convierten en un tratamiento muy prometedor para el abuso y la dependencia de la cocaína: 1) es un abordaje relativamente breve, que es fácilmente adaptable a la mayoría de los programas clínicos; 2) se ha evaluado en rigurosos ensayos clínicos y tiene un apoyo empírico sólido como tratamiento para el abuso de la cocaína, incluso con aquellas personas que tienen una severa dependencia de la cocaína; 3) es una intervención estructurada, orientada a la

consecución de metas y centrada en los problemas actuales a los que tiene que hacer frente el paciente; 4) es un abordaje individualizado, flexible, que se puede adaptar a un amplio rango de pacientes, así como a diferentes situaciones (pacientes internos frente a pacientes externos) y formatos (grupo frente a individual); y 5) es compatible con otros tratamientos que se le puedan administrar al paciente (por ejemplo, farmacoterapia).

- *La terapia cognitiva*

La terapia cognitiva de Beck *et al.* (1993) es una terapia psicológica que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y la conducta autoderrotista, modificando los pensamientos disfuncionales y las creencias desadaptativas que subyacen a esas reacciones. Una descripción de la misma se ha presentado previamente al hablar de la dependencia de la heroína en el punto 2.3.5.

- *La aproximación de reforzamiento comunitario*

La aproximación conocida por reforzamiento comunitario es un tratamiento conductual de amplio espectro para los problemas de abuso de sustancias. Utiliza reforzadores sociales, de recreo, familiares y vocacionales para ayudar a los clientes en el proceso de recuperación (Meyers y Smith, 1995). Esta aproximación usa una amplia variedad de reforzadores, con frecuencia disponibles en la comunidad, para ayudar a los consumidores de sustancias a adoptar un estilo de vida libre de drogas. Los componentes típicos que suele incluir esta terapia son: 1) el análisis funcional del consumo de la sustancia; 2) consejo recreacional y social; 3) consejo laboral; 4) entrenamiento en rechazo de la droga; 5) entrenamiento en relajación; 6) entrenamiento en estrategias conductuales; y, 7) consejo recíproco. Higgins *et al.* (1994) añadieron un componente de administración de contingencias a través de vales. Los vales se pueden canjear por artículos o actividades y se proporcionan de forma contingente a los resultados negativos en los urinoanálisis. Éste es uno de los tratamientos mejor evaluados y con mayor desarrollo en varios países.

- *Prevención de la recaída (ver apartado 4.2.3.E)*

C) La psicoterapia interpersonal

Bajo la denominación de psicoterapia interpersonal se incluyen las aproximaciones interpersonal y dinámica breve tales como la *psicoterapia interpersonal* (Rounsaville y Carroll, 1993) o la *terapia expresiva de apoyo* (Luborsky, 1984). La psicoterapia interpersonal se basa en que muchos trastornos psiquiátricos, incluyendo la dependencia de la cocaína, están estrechamente relacionados con trastornos en el funcionamiento interpersonal, lo cual puede estar asociado con la génesis o el mantenimiento del trastorno. La psicoterapia interpersonal, que se ha adaptado para tratar a cocainómanos,

se caracteriza por: 1) la adherencia a un modelo médico de los trastornos psiquiátricos; 2) se centra en las dificultades del paciente en el actual funcionamiento interpersonal; 3) la brevedad y coherencia del enfoque, y 4) el terapeuta utiliza una postura exploratoria, que es similar a las de las terapias expresivas y de apoyo.

D) Grupos de autoayuda de 12 pasos

Esta aproximación no es muy popular en España, pero, por ejemplo, en Estados Unidos los grupos de autoayuda tienen una gran relevancia en el tratamiento de las distintas adicciones. Así, en el caso de la cocaína existen grupos de Cocainómanos Anónimos, en el del alcohol hay los Alcohólicos Anónimos, en el de la heroína el de Heroínómanos Anónimos, etc.

La aproximación de los 12 pasos sostiene, respecto a la adicción a la cocaína, que es una enfermedad espiritual y médica. Por tanto, la adicción es una enfermedad que se puede controlar, pero nunca curar. El énfasis del modelo de enfermedad es la pérdida de control del paciente sobre la sustancia y sobre otros aspectos de su vida.

El contenido de la aproximación de los 12 pasos para la cocaína es semejante a la aproximación de 12 pasos de los Alcohólicos Anónimos (Nowinski, Baker y Carroll, 1992). La meta es la abstinencia de todas las sustancias psicoactivas. Se fomenta el compromiso y la participación de los sujetos en los grupos de Cocainómanos Anónimos. Se anima activamente a los participantes a acudir a las reuniones. El principal agente de cambio es la implicación con los compañeros del grupo y el trabajo sobre los 12 pasos.

4.3.5. Eficacia de los distintos tratamientos

Hasta la actualidad hay muy pocos estudios que han evaluado la eficacia de los tratamientos que se utilizan con las personas dependientes de la cocaína. En la guía clínica de la *American Psychiatric Association* (1995) dedicada a este trastorno se comentan las terapias conductual, cognitiva e interpersonal y la aproximación de los 12 pasos. Sólo se ha demostrado la eficacia del tratamiento cognitivo y de algunas intervenciones conductuales, como los contratos de contingencias, la aproximación denominada reforzamiento comunitario y la prevención de la recaída. También se indica que participar adicionalmente en Cocainómanos Anónimos o Alcohólicos Anónimos puede ser útil para evitar la recaída.

Recientemente se han realizado varios estudios de evaluación de eficacia con muestras amplias. En el de Crits-Christoph *et al.*, (1999), patrocinado por el NIDA, con 487 pacientes, se encontró que de las terapias evaluadas la más eficaz fue el consejo clínico individual más el consejo de drogas grupal. En otro estudio, con 1605 pacientes (Simpson *et al.*, 1999), se halló que la severidad del trastorno y tener otros problemas asociados eran las variables más predictivas de un peor pronóstico, ya fuese el

tratamiento aplicado en régimen ambulatorio o de internamiento en una comunidad terapéutica.

Otros estudios, como el de Higgins *et al.*, (2000), con la aproximación conocida por reforzamiento comunitario, o el de Mande-Griffin *et al.* (1998) con la terapia cognitivo-conductual, resultaron ser efectivos respecto a un grupo de comparación. Aun así, la eficacia suele ser de un 20-30% al año de seguimiento, como máximo, con criterios estrictos (abstinencia continua). La eficacia oscila entre el 30-40% cuando se utiliza el criterio de abstinencia puntual (no consumir cocaína en el último mes).

4.3.6. Programa de intervención: objetivos y técnicas para el tratamiento de la dependencia de la cocaína

El núcleo central del tratamiento de la dependencia de la cocaína es cambiar aquellos hábitos que están asociados con el consumo de la misma, ya sea retomando conductas que se encuentran en el repertorio del paciente o aprendiendo otras nuevas. Cuando el consumo es lo suficientemente grave como para necesitar tratamiento, es probable que el paciente recurra a la cocaína como la forma más sencilla de hacer frente a sus problemas. Al menos hay tres motivos que lo puedan justificar: 1) si el paciente comenzó a consumir en la adolescencia puede que nunca haya aprendido estrategias efectivas para hacer frente a los problemas y los desafíos de la vida adulta; 2) puede que haya aprendido esas estrategias, pero que ya las haya olvidado porque siempre utiliza la cocaína como estrategia para solucionar sus problemas; y 3) puede haber otros problemas que interfieren en su capacidad para utilizar estrategias eficaces de afrontamiento.

Dado que los consumidores de cocaína son un grupo muy heterogéneo y normalmente acuden a tratamiento con una problemática variada, el entrenamiento en habilidades debe ser lo más amplio posible. Las primeras sesiones se centrarán en el entrenamiento de habilidades relacionadas con el control del consumo de cocaína (por ejemplo, identificación de situaciones de alto riesgo, hacer frente a pensamientos relacionados con el consumo de cocaína). Una vez que el paciente domine estas estrategias básicas, el entrenamiento se ampliará, incluyendo todos aquellos problemas que el paciente tenga dificultades para afrontar (por ejemplo, depresión, aislamiento social, desempleo). En el entrenamiento de habilidades se abordará la adquisición de habilidades intrapersonales (por ejemplo, hacer frente a la necesidad irresistible de consumir cocaína) e interpersonales (por ejemplo, rechazar ofrecimientos de cocaína). Se le enseñarán estrategias específicas y generales para controlar el consumo de cocaína, para que las pueda aplicar a un rango amplio de problemas. Los aspectos básicos girarán en torno a fomentar la motivación para la abstinencia, enseñar habilidades de afrontamiento, cómo manejar la necesidad irresistible de consumir cocaína y otras experiencias desagradables y mejorar las relaciones interpersonales y la red de apoyo social.

El tratamiento durará, en los casos más simples y si no hay otras complicaciones, de 16 a 20 sesiones, a lo largo de un período de tiempo de 4-6 meses; si el sujeto tiene otros trastornos asociados es probable que haya que alargar el tratamiento varios meses más. Los pacientes que son capaces de lograr al menos 3-4 semanas de abstinencia continua de la cocaína durante el tratamiento, por lo general, mantienen los resultados durante los 12 meses siguientes de finalizar el tratamiento.

En el [cuadro 4.22](#) se muestra el esquema general para el tratamiento de una persona con dependencia de la cocaína y en el 4.23 la organización de una sesión típica de tratamiento.

Cuadro 4.22. Esquema general para el tratamiento de la dependencia de la cocaína

1. Demanda de tratamiento y reconocimiento por parte de la persona de que tiene un problema de dependencia de la cocaína.
 - *Objetivo básico:* analizar la demanda; conocer la causa por la que acude a tratamiento; analizar si considera o no que tiene un problema de dependencia de la cocaína: retenerlo en tratamiento.
 - *Elementos a considerar:* motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, intentos de abandono de la sustancia por sí mismo, tratamientos previos, objetivo que pretende lograr con el tratamiento: abstinencia *versus* control.
 - *Procedimientos técnicos:* entrevista motivacional, escalas para evaluar la motivación y los estadios de cambio.

2. Evaluación y análisis funcional.
 - *Objetivo básico:* conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios; conocer las áreas donde hay que realizar cambios a corto y a medio plazo; conocer las áreas donde los cambios a través del tratamiento le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible se realizará el análisis funcional de la conducta de consumo y de otras conductas asociadas al problema o problemas relacionados.
 - *Elementos a considerar:* evaluación individual, familiar, social, etc.
 - *Procedimientos técnicos:* entrevista clínica, autoinformes, cuestionarios, medidas psicofisiológicas, análisis de orina, etc.

3. Tratamiento.
 - *Fase I* Dejar de consumir cocaína.
 - *Objetivo básico:* abstinencia de la cocaína y de otras drogas, especialmente del alcohol.
 - *Elementos a considerar:* creencias y pensamientos sobre la cocaína, efectos asociados de la cocaína con otras sustancias, abordaje del síndrome de abstinencia.
 - *Procedimientos técnicos:* apoyo familiar para la consecución de la abstinencia en su domicilio; intervención psicológica o médica adicional para la consecución de la desintoxicación de otras sustancias asociadas (por ejemplo, alcohol).

 - *Fase II.* Deshabitación psicológica.
 - *Objetivo básico:* lograr la completa deshabitación psicológica a los estímulos que le llevan al consumo de cocaína, tanto de tipo interno como externo.
 - *Elementos a considerar:* adherencia al tratamiento, comprensión de la racionalidad del tratamiento, cumplimiento de las tareas para casa, estar atento a las urgencias, prevenir las recaídas.

- *Procedimientos técnicos*: técnicas conductuales y cognitivas para la deshabitación psicológica de la cocaína (por ejemplo, terapia cognitiva, afrontamiento de las urgencias, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento). Se utilizará terapia individual y se complementará, si es necesario, con terapia grupal y familiar.
- *Fase III*. Mejorar el estado físico.
 - *Objetivo básico*: mejorar sus posibles problemas físicos causados por la cocaína, como alimentación inadecuada, hábitos irregulares de sueño, carencia de protección ante el VIH, etc.
 - *Elementos a considerar*: grado de deterioro físico, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados.
 - *Procedimientos técnicos*: consejo, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis).
- *Fase IV*. Prevención de la recaída.
 - *Objetivo básico*: entrenarlo en técnicas de prevención de la recaída para que se mantenga abstinentemente a lo largo del tiempo.
 - *Elementos a considerar*: superación de las fases anteriores, mantenimiento de la abstinencia.
 - *Procedimientos técnicos*: prevención de recaídas (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de las urgencias y técnicas para superarlas, etc.).
- *Fase V*. Tratamiento de los síntomas y trastornos psicopatológicos asociados.
 - *Objetivo básico*: detectar y tratar los síntomas y trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad) que se relacionan con el consumo de cocaína (por ejemplo, depresión, alcoholismo, trastorno de personalidad, etc.).
 - *Elementos a considerar*: causalidad sintomática, optimización del abordaje terapéutico, priorización del trastorno que se abordará o abordarán en primer lugar y su secuenciación a lo largo del tratamiento.
 - *Procedimientos técnicos*: técnicas específicas para cada uno de los trastornos asociados.
- *Fase VI*. Adquisición de un nuevo estilo de vida sin cocaína.
 - *Objetivo básico*: llevar a cabo una vida normal sin consumir cocaína.
 - *Elementos a considerar*: grado de deterioro, reforzadores de su medio (familiar, laboral, social), situación laboral y estado económico, enfermedades físicas asociadas al consumo previo.
 - *Procedimientos técnicos*: entrenamiento en solución de problemas, organización del tiempo, planificación de metas, etc.
- *Fase VII*. Mejora de la actividad laboral y de la situación económica.
 - *Objetivo básico*: encontrar trabajo o adaptarse al trabajo que ya tiene; mejorar la situación económica cuando tiene deudas.
 - *Elementos a considerar*: apoyo de su medio familiar apoyo de su medio laboral, cantidad de deudas que tiene.
 - *Procedimientos técnicos*: técnicas de autocontrol, habilidades asertivas, reducción del estrés, utilización de los recursos sociales si es necesario.
- *Fase VIII*. Seguimiento.
 - *Objetivo básico*: conocer la evolución de la persona después del alta terapéutica.
 - *Elementos a considerar*: modo de realizarlo (personalmente, teléfono, carta, personas significativas, etc.).
 - *Procedimientos técnicos*: entrevista, autoinforme, cuestionarios, análisis de orina, etc.

Cuadro 4.23. Organización de una sesión típica de tratamiento

- Primeros 15-20 minutos:
 - Evaluar el consumo de cocaína, la necesidad irresistible de consumirla y las situaciones de alto riesgo desde la última sesión.
 - Escuchar y analizar las preocupaciones del paciente.
 - Revisar y discutir las tareas para casa programadas en la sesión anterior.
 - Elaborar la agenda de la sesión.

 - Parte media (15-20 minutos):
 - Introducir y discutir los temas de la agenda de la sesión.
 - Relacionar el tema de la sesión y los problemas y las preocupaciones que haya comentado el paciente.

 - Parte final (15-20 minutos):
 - Explorar el grado de comprensión del paciente y sus reacciones sobre lo que se ha tratado en la sesión.
 - Asignar las tareas para casa para los próximos días.
 - Revisar los planes para la semana y anticipar las situaciones potenciales de riesgo.
-

A) Incremento de la motivación para el cambio

El terapeuta debe emplear el tiempo suficiente que le permita conocer al paciente, obtener datos de su historia y su consumo de sustancias, el nivel de motivación y averiguar el motivo que le llevó a buscar tratamiento.

Para fomentar la motivación para el cambio se recomienda utilizar las estrategias que se han sugerido para intensificar la motivación y evitar las resistencias. Este tratamiento está orientado a la abstinencia. El uso de la cocaína, incluso en pequeñas cantidades, se asocia con una variedad de riesgos físicos y psiquiátricos graves. Sin embargo, son pocos los pacientes que acuden a tratamiento con una clara intención de dejar de consumir cocaína totalmente. No es raro encontrar pacientes que buscan tratamiento empujados por presiones externas o que sólo quieren reducir el consumo a un nivel en el que no se manifiesten consecuencias negativas. El clínico debe ser consciente de que, con los pacientes que muestran una acusada ambivalencia respecto al cambio, normalmente se necesitan varias semanas de trabajo antes de que éste adopte un compromiso de

abstinencia. El terapeuta debe hacer explícito que la meta del tratamiento es la abstinencia. Sin embargo, con los pacientes ambivalentes, esta cuestión debe abordarse con sutileza para evitar la aparición de resistencias.

Aunque el tratamiento que se propone aquí está orientado a que el paciente deje de consumir cocaína, éste suele presentar otros problemas. Algunos están relacionados con el consumo de cocaína, pero otros no. Aunque el objetivo principal es que el paciente deje de consumir cocaína, también es importante ayudarlo a solventar esos otros problemas que pueda presentar.

B) Clarificación de las metas a conseguir

El terapeuta debe preguntar a su paciente si tiene otras metas y cómo podría ayudarlo a conseguirlas el dejar de consumir cocaína (por ejemplo, volver al trabajo, recuperar la custodia de sus hijos). En el caso de aquellos problemas que estén estrechamente relacionados con la dependencia de la cocaína (por ejemplo, síntomas depresivos, conflictos maritales, problemas legales), es importante que el terapeuta los conozca, trabaje con el paciente para priorizar las metas en relación al consumo de cocaína, negocie metas de tratamiento razonables y cómo serán abordadas y siga la evolución de los problemas asociados que tenga.

El terapeuta debe explicar al paciente claramente los objetivos y las metas que se desean conseguir, así como la racionalidad del tratamiento que se le va a aplicar. Se deberían abordar los siguientes aspectos: 1) el consumo de cocaína es una conducta aprendida; 2) el consumo de la cocaína afecta a cómo la gente piensa, siente y actúa; 3) la comprensión de este proceso facilita dejar de consumir cocaína y otras drogas; 4) el aprendizaje de nuevas habilidades puede reemplazar las conductas que conducen a consumir cocaína; 5) la práctica de las habilidades adquiridas es la clave para dejar la cocaína y mantenerse abstinentes.

Además de las metas y tareas, es importante establecer expectativas claras para el paciente en términos de tratamiento, sus obligaciones y sus responsabilidades. Hay una serie de áreas que deben ser revisadas y discutidas: 1) la programación de las sesiones y la duración del tratamiento; 2) la importancia de la asistencia regular; 3) que el paciente avise con tiempo si no puede venir a la sesión o va a llegar tarde; 4) la realización de análisis de orina en cada sesión; y 5) venir a las sesiones abstinentes de cocaína, alcohol u otras drogas.

C) Afrontar y superar las urgencias

El terapeuta enseñará al paciente a manejar los deseos irresistibles de consumir cocaína, siguiendo la estrategia general de "reconocer, evitar y afrontar". Las urgencias representan un problema difícil de superar para muchos cocainómanos. Incluso no es

infrecuente que informen que han experimentado este tipo de experiencias semanas o incluso meses después de interrumpir el consumo de cocaína. Esta experiencia puede resultar desconcertante y molesta para el paciente y puede conducirlo a consumir de nuevo si no es comprendida y manejada eficazmente (cuadro 4.24).

Lo primero, es que el paciente comprenda lo que significa experimentar las urgencias. Es importante para el paciente darse cuenta de que experimentar alguna urgencia es normal y bastante común. Debido a la frecuencia y variedad de situaciones en las que el paciente consume cocaína, un número elevado de estímulos se han ido emparejando con el consumo de la misma. Éstos pueden actuar como desencadenantes o señales condicionadas que provocan el deseo de consumir cocaína. Hay multitud de estímulos que pueden desempeñar este papel, por ejemplo tener dinero, beber alcohol, determinadas situaciones sociales, determinados estados afectivos (ansiedad, depresión). Para explicar cómo se llega a producir este proceso de asociación entre el consumo de cocaína y esos estímulos que en un principio son neutros se puede utilizar como ejemplo el experimento de Pavlov.

Es también importante aclarar que la duración de las urgencias es limitada en el tiempo; este tipo de sensaciones suelen desvanecerse en menos de una hora si no son seguidas por consumo de cocaína. El terapeuta debe también explicar el proceso de extinción de las respuestas condicionadas a través de ejemplos concretos.

Cuadro 4.24. *Pasos para afrontar los deseos irresistibles de consumir cocaína*

-
-
- Comprensión de la urgencia.
 - Descripción de la urgencia.
 - Identificación de los desencadenantes.
 - Evitar señales.
 - Afrontamiento de la urgencia.
-

En segundo lugar, es necesario que el paciente describa las urgencias; es importante para el terapeuta tener una idea clara de cómo las experimenta. El terapeuta debe preguntar al paciente cómo es para él la urgencia. Los sujetos las experimentan de diferentes maneras. Por ejemplo, la experiencia puede ser más de tipo somático (por ejemplo, "mi corazón se acelera"), o de tipo cognitivo (por ejemplo, "lo necesito ahora") o de tipo afectivo (por ejemplo, "me siento nervioso). Hay que preguntarle al paciente cómo son de molestas para él estas experiencias; hay una variabilidad amplia en el nivel y en la intensidad con la que cada sujeto las vive. Para algunos, lograr y mantener el control durante las urgencias será el principal objetivo del tratamiento y les llevará algunas semanas lograrlo. Otros pacientes niegan que tengan urgencias. En este caso se recomienda explorarlo con el paciente; aquellos que niegan experimentar urgencias,

especialmente los que continúan usando cocaína, acostumbran a interpretar erróneamente una amplia variedad de experiencias o simplemente ignoran la urgencia cuando ocurre hasta que de repente se encuentran consumiendo la sustancia. Algunos pacientes, que están abstinentes y niegan tener deseos irresistibles de consumir cocaína, pueden tener un miedo profundo a recaer.

Otra pregunta que se le puede hacer al paciente es cuánto dura esa sensación de necesidad intensa de consumir cocaína. Se recomienda hacer énfasis sobre la limitación en el tiempo de la experiencia.

El clínico también debe averiguar cómo afronta la urgencia; de este modo, el terapeuta puede identificar las características del estilo de afrontamiento del paciente y seleccionar las estrategias más apropiadas para enseñarle.

El clínico deberá trabajar junto con su paciente en confeccionar una lista de estímulos que disparan el consumo de cocaína. A veces es una buena estrategia el concentrarse en identificar la urgencia y las señales que han sido más problemáticas en las últimas semanas. Esta lista debería comenzar a realizarla durante la sesión.

Después de identificar los estímulos que disparan el consumo, el terapeuta debería explorar el grado en el cual puede evitar alguna de esas señales (por ejemplo, reducir el contacto con otras personas consumidoras o que suministran droga). Es necesario estar alerta ante la posibilidad de que el sujeto consuma también alcohol, porque éste suele actuar como un potente estímulo desencadenante del consumo de cocaína. Cuando ocurre el deseo irresistible de consumir, una de las estrategias más efectivas es abandonar la situación donde ocurre e irse para algún lugar seguro. Otras, se han expuesto en el punto 4.3.2.(E).

Un ejemplo de las tareas para casa que se le asignan al paciente en función de cada una de las técnicas en que se le va entrenando y de cómo puede afrontar las urgencias, se puede observar en el [cuadro 4.25](#).

Cuadro 4.25. Tareas para casa para afrontar y superar las urgencias

- Elaborar una lista de estímulos desencadenantes de urgencias, utilizando un autorregistro.
 - El paciente tiene que cumplimentar un autorregistro cada día, anotando cada vez que experimente una urgencia la fecha y la hora, la situación, pensamientos y sentimientos, la intensidad de la urgencia en una escala de 0 a 100 y su duración en minutos y las estrategias que utilizó para afrontarlas.
 - Al paciente también se le puede dar una tarjeta con el resumen de las principales estrategias para afrontar los deseos irresistibles de consumir cocaína, recomendándole que la utilice cuando tenga que afrontar alguna experiencia de este tipo.
- Resumen para el paciente de cómo afrontar una urgencia.
 - Las urgencias o necesidades muy fuertes de consumir son normales. No son una señal de fracaso. En lugar de ello, intente aprender de ellas, especialmente averiguando qué estímulos las desencadenan.
 - La urgencia es como una ola en el océano. Alcanza su punto álgido y luego se desvanece.

- Si no consume, la sensación de urgencia será cada vez más débil y se desvanecerá antes.
 - Puede intentar evitar las urgencias, evitando o eliminando las señales que las disparan.
 - Puede afrontar las urgencias:
 - Distrayéndose durante unos minutos.
 - Hablando sobre la urgencia con alguien que le apoye.
 - No dejándose llevar por la urgencia.
 - Recordando las consecuencias negativas.
 - Hablándose a sí mismo sobre la urgencia.
-

D) Reforzar la motivación y el compromiso para dejar de consumir cocaína

Se debe trabajar el reforzamiento de la motivación y el compromiso para dejar de consumir cocaína cuando el terapeuta y el paciente han realizado el análisis funcional de algunas situaciones recientes de alto riesgo, y el paciente también tiene una idea más clara sobre el tratamiento ([cuadro 4.26](#)). A partir de aquí se puede explorar con el paciente su compromiso para la abstinencia y otras metas del tratamiento. Mientras algunos pacientes intentan dejar completamente el consumo de cocaína y de otras sustancias, otros pueden tener otro tipo de metas tales como reducirlo, dejar de consumir cocaína pero continuar consumiendo en exceso alcohol u otras sustancias, permanecer en tratamiento hasta que desaparezcan las presiones que le han empujado al mismo, etc. El terapeuta debe comprobar la opinión actual que tiene el paciente sobre el tratamiento y su motivación para el cambio, debe animar al paciente a hablar sobre sus metas, debe abstenerse de tener un papel demasiado activo en la sesión o imponer metas al paciente. Algunas técnicas pueden ser muy útiles para fortalecer el compromiso para cambiar, por ejemplo, comunicar su libertad de elección, hacer énfasis en los beneficios de la abstinencia como meta, proporcionar información y consejo sobre la clase de problemas y cuestiones que se deberían abordar si el paciente permanece abstinentes, etc. Es probable que en la sesión con el paciente salgan a la luz otros problemas que puedan tener relación con el consumo de cocaína. En este caso, el terapeuta debe valorar si intervenir sobre ellos o no, teniendo siempre en mente que la meta prioritaria del tratamiento que estamos sugiriendo es dejar de consumir cocaína.

Cuadro 4.26. Elementos a analizar para reforzar la motivación y que el paciente se comprometa a dejar de consumir cocaína

- Revisar y clarificar las metas de tratamiento.
 - Abordar la ambivalencia.
 - Identificar y afrontar los pensamientos relacionados con el consumo de la cocaína.
-

La ambivalencia se debe abordar lo antes posible para fomentar una alianza terapéutica que permita explorar los conflictos del paciente en relación a la abstinencia de la cocaína. El terapeuta debe animar al paciente a articular las razones por las que ha usado la cocaína, ayudarlo a que adopte una decisión propia de dejar el consumo totalmente, explorando con él lo que ganará y haciendo énfasis en la idea de que el consumo de cocaína no se puede separar de sus consecuencias. El terapeuta puede utilizar para ello la *matriz de decisiones* de Marlatt ([cuadro 4.27](#)); el paciente tiene que anotar sus expectativas respecto a las consecuencias inmediatas (positivas y negativas) y a largo plazo (también positivas y negativas) tanto de dejar de consumir cocaína o permanecer abstinentes, como de continuar o volver a consumir cocaína. Se le puede indicar al paciente que guarde esta hoja y que la utilice en situaciones de alto riesgo o cuando experimente una urgencia; le ayudará a recordar las consecuencias negativas del consumo de cocaína y esto le podrá ayudar a contrarrestar el recuerdo de la euforia asociada con el "colocón".

Cuadro 4.27. *Matriz de decisión para dejar de consumir cocaína*

	Consecuencias inmediatas		Consecuencias a largo plazo	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Dejar la cocaína o mantenerse abstinentes				
Continuar consumiendo o volver a consumir cocaína				

La ambivalencia se manifiesta con frecuencia en pensamientos sobre la cocaína y su uso que son difíciles de manejar. La cocaína fue un importante factor, incluso el dominante, en la vida del paciente y los pensamientos, tanto positivos como negativos, sobre la misma son normales y suelen persistir algún tiempo. Se recomienda como estrategia "identificar, evitar y afrontar". Primero, por tanto, es necesario detectar los pensamientos asociados al consumo de cocaína. En el [cuadro 4.28](#) se exponen algunos de los pensamientos más comunes asociados con el consumo de esta droga. El terapeuta

debe ayudar al paciente a identificar sus distorsiones cognitivas. Es importante que el terapeuta defina claramente lo que es un pensamiento automático (por ejemplo, "un pensamiento o una imagen visual de la que puede que no sea muy consciente a menos que centre su atención en ella") y las cogniciones (por ejemplo, "cosas que se dice a sí mismo").

Evitar los pensamientos relacionados con el consumo de cocaína no siempre es posible, pero si el paciente se centra en metas más positivas, estos pensamientos pasarán a ser menos problemáticos. Puede ser una buena estrategia pedirle al paciente que articule y registre sus metas a corto y a largo plazo, lo que puede ayudarle a ver más allá de las tentaciones inmediatas. Si la persona no tiene una idea clara de su futuro le costará más.

Cuadro 4.28. *Pensamientos que con frecuencia se asocian al consumo de cocaína*

- Poniéndose a prueba (por ejemplo, "yo puedo ir a una fiesta a la que van a acudir mis colegas de siempre sin consumir").
 - La vida nunca será la misma (por ejemplo, "me siento muy bien colocado").
 - Fracaso (por ejemplo, "los tratamientos que he llevado a cabo previamente no han funcionado conmigo. Nunca lo conseguiré").
 - Disminución del placer (por ejemplo, "el mundo es muy aburrido sin cocaína").
 - Tener derecho (por ejemplo, "merezco una recompensa").
 - Sentimiento de malestar (por ejemplo, "no sé cómo comportarme con la gente cuando no estoy colocado").
 - Escapar (por ejemplo, "mi vida es horrible, necesito desconectar por unas horas").
-

E) Entrenamiento en habilidades de rechazo de ofrecimiento de cocaína

Una cuestión fundamental para muchos cocainómanos es reducir la disponibilidad de cocaína y rechazar los ofrecimientos de modo eficaz (**cuadro 4.29**). En particular, los pacientes que presentan un estado de ambivalencia ante la reducción del consumo de cocaína suelen tener dificultades cuando se la ofrecen. La red social de muchos consumidores de cocaína está compuesta en su mayor parte por personas que también consumen o trafican con esta droga; la ruptura de relaciones con estas personas le puede conducir a un total aislamiento. Algunos están implicados en la distribución y el librarse de esta red no es fácil. Otros carecen de las habilidades de asertividad más básicas.

Cuadro 4.29. *Objetivos en el entrenamiento en habilidades para rechazar ofrecimientos de cocaína*

-
-
1. Evaluar la disponibilidad de cocaína y los pasos necesarios para reducirla.
 2. Explorar estrategias para romper los contactos con las personas que suministran la cocaína.
 3. Aprender y practicar habilidades de rechazo de cocaína.
 4. Revisar la diferencia entre responder de forma pasiva, agresiva y asertiva.
-

El terapeuta debe evaluar junto con el paciente la disponibilidad de cocaína y proponer estrategias para limitarla. Es especialmente importante que el terapeuta evalúe si el paciente está implicado en la venta de cocaína, la naturaleza de las fuentes de la misma y si hay otras personas en su casa o lugar de trabajo que la consuman. También es necesario conocer quiénes son los suministradores y explorar las estrategias para reducir el contacto con ellos. En algunos casos, puede ser suficiente que el paciente rechace el ofrecimiento de cocaína de forma clara y asertiva, manifestando que ha decidido dejarlo y pidiendo que no le ofrezcan más cocaína. En otros casos, el paciente puede organizarse para evitar cualquier contacto con usuarios o proveedores. Este problema es más difícil de solventar cuando el paciente mantiene una relación íntima o muy estrecha con alguien que usa o vende cocaína. Pocas veces el paciente va estar preparado para romper la relación. En este caso es mejor buscar formas para reducir el riesgo (por ejemplo, que la otra persona no lleve cocaína o no la consuma en casa).

Cuando el paciente presente deficiencias en habilidades de rechazo, lo más indicado es enseñarle cómo hacer en una situación de ese tipo. Una vez revisadas las mismas, debería practicarlas a través de la técnica de juego de roles, escogiendo para ello una situación que le haya ocurrido recientemente al paciente. De este modo el terapeuta puede detectar aquellos problemas que tenga el sujeto al poner en práctica este tipo de estrategias y corregirlos. También es importante enseñarle al paciente la diferencia entre ser asertivo, pasivo y agresivo.

F) La relevancia de las decisiones aparentemente irrelevantes

Cuando progresa el tratamiento, el paciente abstinentes se encontrará con situaciones de alto riesgo relacionadas con la cocaína, incluso aunque haya hecho los mayores esfuerzos para evitarlas. Algunas de estas situaciones están más allá del control del paciente, como, por ejemplo, vivir en una zona en la que el tráfico de cocaína es muy frecuente. Sin embargo, hay una clase de situaciones a las que se expondrá el paciente que considerará fuera de su control, pero que realmente están muy relacionadas con su conducta. Marlatt y Gordon (1985) les llamó a este tipo de conductas *decisiones aparentemente irrelevantes*. Este concepto se refiere a las decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que lleva a los pacientes a exponerse a situaciones de alto riesgo, aunque les puedan parecer que no tienen relación con la cocaína (cuadro 4.30).

Constituye un elemento básico no sólo en el tratamiento sino luego como estrategia de prevención de la recaída.

Una cuestión importante es enseñar al paciente a reconocer y a interrumpir las decisiones aparentemente irrelevantes al principio de la cadena que le llevará a una situación de alto riesgo. Mientras que es relativamente sencillo detener y controlar la conducta en los primeros eslabones de la cadena, ya no lo será tanto hacia el final de la misma, cuando el paciente ya puede estar en la situación de riesgo en la que podrá disponer fácilmente de cocaína y los estímulos condicionados dispararán la conducta de consumo. Por ejemplo, al pasar por ese lugar piensa en el "camello" y en el lugar donde acostumbraba a consumir; experimenta pensamientos sobre los efectos placenteros del consumo, al mismo tiempo que nota cómo las palmas de sus manos empiezan a sudar y el corazón le late más deprisa. Por lo tanto, es importante que el terapeuta enseñe al paciente cómo detectar las decisiones aparentemente irrelevantes que ocurren al principio de esa cadena, donde el riesgo, la urgencia y la disponibilidad de cocaína son relativamente bajos. Es decir, todavía estará a tiempo para corregirla si es consciente de lo que está sucediendo y adopta una respuesta de afrontamiento, en este caso, volviendo a tomar la ruta habitual. Si es así, notará un sentimiento general de autoeficacia y la probabilidad de recaída disminuirá. Además, también aprenderá que la inminencia de la recaída puede ser alterada, analizando de forma racional la situación y dando una respuesta de afrontamiento adecuada. Por el contrario, si el individuo permanece en la situación de riesgo por un período de tiempo prolongado, es probable que comience a racionalizar el dilema de volver a consumir después de dos meses de abstinencia (por ejemplo, "por intentarlo una vez no pasa nada"). También es posible que anticipe los efectos positivos de la sustancia y piense que si vuelve a esnifar se va a sentir muy bien, con mucha energía y vitalidad.

Cuadro 4.30. *Objetivos sobre las decisiones aparentemente irrelevantes*

-
-
- Comprender el concepto de decisiones aparentemente irrelevantes y su relación con situaciones de alto riesgo.
 - Identificar ejemplos de decisiones aparentemente irrelevantes.
 - Practicar la toma de decisiones seguras.
-

Esto implica que el paciente aprenda a detectar estados afectivos sutiles (por ejemplo, aburrimiento, soledad), pero en muchas ocasiones muy desagradables, en los que suele utilizar la cocaína para aliviarlos. En estos casos es necesario que el paciente se familiarice con sus distorsiones del pensamiento (por ejemplo, racionalizaciones, negaciones), así las podrá detectar y usar como señales de alerta. Algunas distorsiones son bastante comunes (por ejemplo, "podría arreglármelas si entro en un pub"). Otras

están más relacionadas con el estilo cognitivo del paciente como, por ejemplo, tender a proyectar los propios pensamientos en los otros (por ejemplo, en una situación en la que se encontrara con un colega con droga, el paciente puede pensar que le cogerá desprevenido o con su guardia baja). Otras veces, habrá una serie de pensamientos que le conducirán progresivamente a la situación de riesgo (por ejemplo, "tengo que asistir a la boda de Luis, es mi amigo, y ésta es una ocasión muy especial. No puedo fallarle"). En algunos casos, el paciente puede haber tomado una decisión como pasar unas vacaciones, ir a una fiesta o pasar el tiempo con sus amigos, muchos de los cuales es probable que consuman cocaína.

La estrategia general en la que hay que entrenar al paciente es en reconocer las decisiones aparentemente irrelevantes y los pensamientos asociados a las mismas, evitar las decisiones que comporten riesgo y afrontar las situaciones de alto riesgo ([cuadro 4.31](#)).

El terapeuta puede trabajar estos aspectos a través de una historia, casos reales que haya tratado similares al del paciente o con una situación de este tipo que haya experimentando recientemente el paciente. Por último, el terapeuta debe enfatizar la noción de adoptar decisiones seguras. El paciente puede ser menos vulnerable en situaciones de alto riesgo si se entrena en reconocer y se centra en todas las pequeñas decisiones que toma cada día, enseñándole que debe decidir en base a pensar previamente sobre las consecuencias de riesgo por oposición a las de seguridad que seguirán a su decisión ([cuadro 4.32](#)). Al igual que en el caso anterior, esto se puede hacer analizando alguna historia o algún caso real o las propias experiencias del paciente.

Es aconsejable, si ya no se ha abordado antes, identificar las rutas de búsqueda de droga en el barrio y en la ciudad y generar rutas alternativas en las que el consumo de droga no exista o sea mucho menor.

Cuadro 4.31. *Decisiones aparentemente irrelevantes que se observan con más frecuencia en los consumidores de cocaína*

-
-
- Consumir alcohol, marihuana u otras drogas.
 - Tener alcohol en casa.
 - No deshacerse completamente de toda la cocaína que ha comprado.
 - Ir a fiestas donde pueden estar disponibles alcohol y cocaína.
 - Relacionarse con gente que consume cocaína.
 - Ocultar a sus familiares su pasado como consumidor de cocaína.
 - No comunicar a otros colegas que consumen cocaína su decisión de dejarla.
 - No planificar qué hacer durante su tiempo libre.
 - No controlar el cansancio o el estrés.
-

Cuadro 4.32. *Pasos a seguir para tomar una decisión*

-
-
- Considerar todas las opciones posibles.
 - Pensar sobre las consecuencias, tanto positivas como negativas, para cada una de las opciones.
 - Seleccionar una de las opciones. Escoger una decisión segura que minimice el riesgo de recaída.
 - Mantenerse alerta ante pensamientos como "tengo que...", "puedo arreglármelas...", "no es un problema si...".
-

G) Realización de un plan de afrontamiento para futuras situaciones de riesgo

A pesar de los esfuerzos del paciente, algunas circunstancias imprevistas pueden conducirlo a situaciones de alto riesgo: sentimientos y estados de ánimo negativos, idealizar el efecto de "estar colocado", poner a prueba el control personal, deseo de gratificación, estados de ánimo positivos, problemas sexuales y de relaciones, sueños relacionados con la recaída, etc. Especial importancia revisten los eventos que suelen estar relacionados con situaciones estresantes o crisis, tales como la muerte o la enfermedad de un ser querido, conocer que es seropositivo, perder el trabajo, ruptura de una relación, etc. Sin embargo, no sólo eventos negativos pueden conducir a una situación de riesgo, algunos positivos también pueden ser peligrosos (por ejemplo, recibir una cantidad importante de dinero, comenzar una nueva relación). Dado que este tipo de acontecimientos pueden ocurrir alguna vez, tanto durante como después del tratamiento, se deberá trabajar con el paciente en el diseño de un plan de emergencia para estas situaciones.

El terapeuta debe subrayar que la vida es impredecible en muchas ocasiones y que no siempre es posible identificar todas las situaciones de alto riesgo. Los períodos de crisis, los eventos estresantes e incluso los positivos pueden conducir a situaciones de riesgo. Se le pide al paciente que imagine vívidamente posibles escenarios de recaída, describiendo paso a paso cómo sería la situación, dónde y con quién estaría, qué sentimientos le provocarían y qué alternativas tendría disponibles para afrontar con éxito el desliz o la recaída. Para cada una de estas situaciones, el terapeuta y el paciente deben desarrollar un plan de afrontamiento. Cuando una persona que ha consumido drogas vive una experiencia estresante es mucho más vulnerable y más probable que utilice estrategias de afrontamiento anteriores y familiares y no aquellas que ha aprendido durante el tratamiento. Es, por tanto, importante desarrollar un plan general de afrontamiento que pueda utilizar el paciente ante cualquier crisis. En él se deberían incluir varios elementos, como se muestran en el [cuadro 4.33](#).

Cuadro 4.33. Elementos mínimos que se deben incluir en el diseño de un plan genérico de afrontamiento

- Disponer de varios teléfonos de apoyo a los que pueda llamar y pedir ayuda en caso de emergencia.

- Una lista de consecuencias negativas relacionadas con volver a consumir cocaína.
 - Una lista de pensamientos positivos que pueda utilizar para contrarrestar los pensamientos negativos relacionados con el consumo de cocaína.
 - Una lista de actividades de distracción.
 - Una lista con lugares seguros (que no haya estímulos desencadenantes del consumo) en los que el paciente pueda estar durante la crisis (por ejemplo, casa de sus padres).
-

H) Entrenamiento en solución de problemas

A menudo, las personas que han estado consumiendo cocaína u otras drogas durante un período relativamente largo, suelen tener un déficit acusado en la habilidad de solución de problemas. En muchos casos, la única estrategia que utilizaba el individuo para solucionar sus problemas era la de consumir cocaína. No es extraño que estas personas, la mayoría de las veces, no sean conscientes de los problemas cuando surgen y los ignoren hasta que se vean inmersos en una crisis como resultado de no haber detectado y afrontado eficazmente el problema.

En este caso se recomienda utilizar la estrategia de solución de problemas expuesta en el apartado 4.3.2.(H), que está pensada para que el paciente la utilice no sólo para aquellos problemas relacionados con la cocaína, sino para cualquier otro problema que le pueda surgir durante el tratamiento y después de su finalización. Con ella el paciente podrá conocer e identificar sus problemas, analizarlos y encontrarles soluciones adecuadas que le resulten satisfactorias. De este modo, el control de aquellas situaciones problemáticas relacionadas con la cocaína u otros problemas será fácilmente manejable y le permitirá mantenerse abstinentes.

El terapeuta debe hacer énfasis en que todo el mundo tiene problemas alguna vez y que la mayoría de ellos se pueden manejar eficazmente. También, aunque tener un problema puede conducirle a sentirse ansioso, resolverlo eficazmente lleva su tiempo y esfuerzo, no siendo las decisiones impulsivas las mejores.

El segundo objetivo planteado es practicar la técnica aprendida. El terapeuta puede pedirle al paciente que identifique uno o dos problemas recientes, uno que esté relacionado con el consumo de cocaína y otro que no. Entonces, se trabaja con el paciente siguiendo los pasos indicados más atrás cuando se habló del entrenamiento en solución de problemas.

I) El tratamiento de la comorbilidad

Las personas que consumen cocaína pueden tener otros problemas psiquiátricos. La mayoría de los estudios de comorbilidad en pacientes con adicción a la cocaína muestran que los problemas psiquiátricos más frecuentes asociados con la cocaína son el trastorno

de depresión mayor, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, los trastornos de ansiedad y el trastorno de personalidad antisocial. Por lo general, el desarrollo de trastornos del estado de ánimo y los problemas con el alcohol siguen a la adicción a la cocaína, mientras que los problemas de ansiedad, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de hiperactividad con déficit de atención suelen preceder al consumo de cocaína. Algunos de estos problemas pueden ser mejor evaluados y abordados después de que el paciente haya logrado un período estable de abstinencia, mientras otros problemas, si no son abordados pronto, es probable que hagan fracasar al paciente en su objetivo de conseguir la abstinencia.

Debido a la propensión de uso de cocaína y de otras drogas a producir perturbaciones psicológicas, cuando los pacientes solicitan ayuda con otros problemas co-ocurrentes psiquiátricos y por uso de sustancias, no necesariamente pueden estar implicados dos diagnósticos independientes. Por lo tanto, es trabajo del clínico sintetizar los datos obtenidos en la evaluación y tomar una decisión fundamentada en los mismos. Puede ser útil diferenciar entre síntomas y signos relacionados con sustancias y síndromes inducidos por sustancias (ver DSM-IV). Aunque el consumo prolongado de cocaína y de otras drogas puede producir síntomas psiquiátricos o, a veces, síndromes psiquiátricos inducidos por sustancias, graves y prolongados, estos trastornos relacionados con el consumo de sustancias es probable que mejoren notablemente con la abstinencia, a diferencia de los trastornos psiquiátricos que les acompañan. Se aconseja un período de observación entre dos y cuatro semanas antes de considerar el uso de medicación o algún tipo de tratamiento psicológico.

- *Trastornos del estado de ánimo*

Suele ser bastante habitual experimentar un estado de ánimo disfórico después de haber conseguido la abstinencia de la cocaína. Sin embargo, también puede estar este trastorno asociado al consumo de cocaína o desarrollarse un cuadro depresivo una vez que ha dejado de consumir y mantenerse el mismo a lo largo del tiempo. En uno u otro caso es necesario un tratamiento adecuado para este trastorno, si es concomitante al consumo de cocaína, o si surge después del abandono de la misma. Se podría utilizar para su abordaje un tratamiento psicológico específico para este trastorno (por ejemplo, terapia cognitiva de Beck), farmacoterapia o una combinación de ambos.

- *Dependencia del alcohol*

El consumo de alcohol suele ir asociado a la dependencia de la cocaína. En ocasiones la persona bebe abusivamente y tiene dependencia del alcohol junto a la dependencia de la cocaína. En este caso es necesario conseguir la abstinencia no sólo de la cocaína sino también del alcohol. Éste constituye un aspecto de gran relevancia en el tratamiento, ya que de lo contrario es poco probable que se consiga mantener la abstinencia. Los programas más recientes de tratamiento de la cocaína insisten especialmente en este aspecto y en nuestro medio ésta es una cuestión de gran relevancia por nuestra alta

prevalencia de personas con dependencia del alcohol.

- *Trastorno de personalidad antisocial*

Tanto en la dependencia de la heroína como de la cocaína un trastorno asociado en un porcentaje significativo de individuos es el trastorno de personalidad antisocial. Cuando éste está presente es preciso un abordaje del mismo al tiempo que se trata la dependencia de la cocaína. La dificultad de abordar el trastorno en ocasiones, con técnicas cognitivas o conductuales, va a ser una razón para no siempre conseguir los objetivos terapéuticos o que el paciente abandone prematuramente el tratamiento. En otras ocasiones también pueden estar asociados otros trastornos de personalidad. Constituyen una característica para tener en cuenta en estos pacientes, que hay que evaluar cuidadosamente y tratar, para conseguir las metas terapéuticas propuestas.

- *Reducción del riesgo de contraer el VIH*

A menudo se combina la cocaína con la heroína (*speed-ball*) para obtener los efectos rápidos *del flash* cocaínico y los sedantes de la heroína, sin llegar a padecer los síntomas de abstinencia aguda de la cocaína (*crash*) por falta de la misma. El *speed-ball* se consume por vía endovenosa, lo que va a dar lugar a complicaciones inherentes a esta vía de administración, tales como el VIH, al poder existir el riesgo de utilizar agujas infectadas (cuadro 4.34). Otros pacientes cocainómanos pueden contraer el VIH como consecuencia de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo o por inyectarse la cocaína.

Cuadro 4.34. Objetivos sobre la reducción del riesgo de contraer el VIH

-
- Evaluar el riesgo del paciente de contraer el VIH e incrementar su motivación para cambiar las conductas de riesgo.
 - Establecer qué conductas cambiar.
 - Aplicar la técnica de solución de problemas para superar las barreras para reducir el riesgo.
 - Proporcionar pautas específicas en áreas relacionadas con la reducción de riesgo.
-

El primer paso a dar por el terapeuta es revisar con el paciente su nivel de riesgo. Esto se puede hacer analizándolo directamente con el paciente o a través de un instrumento estandarizado como el *inventario de conductas de riesgo del VIH* (Metzger *et al.*, 1992). Si se utiliza un test, se le debería dar al paciente por escrito las puntuaciones. Una estrategia muy útil para reforzar la conciencia de riesgo e incrementar la motivación para el cambio del paciente es preguntarle por sus reacciones y que las explique con detalle. En el proceso de evaluación y revisión del nivel de riesgo con el paciente, es aconsejable que el terapeuta use las estrategias motivacionales ya descritas

(por ejemplo, esquivar las resistencias, provocar afirmaciones de automotivación). Si el paciente está motivado para cambiar, el terapeuta puede trabajar con él la programación de metas concretas y realistas para reducir la conducta de riesgo (por ejemplo, comenzar a usar preservativos cuando tenga contactos sexuales con otra persona). También es aconsejable revisar los posibles obstáculos que puedan surgir y que dificulten el llevar a cabo las conductas programadas; el paciente puede utilizar las estrategias aprendidas durante el tratamiento (por ejemplo, la técnica de solución de problemas) para solventarlos. En algunas ocasiones es necesario dar información o pautas de cómo actuar en áreas que tienen relación con la reducción del riesgo ([cuadro 4.35](#)).

Cuadro 4.35. *Algunas áreas sobre las que los pacientes pueden necesitar información*

-
-
- Clarificación de conceptos de reducción del daño *versus* abstinencia.
 - Métodos de transmisión del VIH, otras enfermedades transmitidas sexualmente y la tuberculosis.
 - Riesgos asociados a compartir jeringuillas.
 - Uso eficaz de los preservativos.
 - Pruebas de detección del VIH.
-

J) El apoyo de la familia y otras personas significativas para el paciente

El cambio de un hábito de dependencia de la cocaína u otras drogas por otro que conlleve un estilo de vida nuevo implica que tanto el drogodependiente como su familia participen de forma activa en un programa de tratamiento, cuyo objetivo es la abstinencia total de la cocaína y otras drogas. En la mayoría de los casos el terapeuta puede hablar con el paciente sobre la posibilidad de que asista a alguna sesión su esposa, pareja u otras personas con las que convive (por ejemplo, madre) o tengan una relación significativa en su vida (por ejemplo, novia). El propósito de que otras personas acompañen al paciente en alguna sesión es el de incrementar el nivel de apoyo social. El terapeuta y el paciente deben aclarar y concretar previamente qué clase de apoyo le van a pedir a esa persona y las formas en las cuáles esa persona puede ofrecer apoyo ([cuadro 4.36](#)). También se preparará al paciente para las probables peticiones de cambio que le van a formular las personas significativas. Éstas deben ser expresadas claramente y ser tan específicas como sea posible.

Cuadro 4.36. *Formas en las que la persona significativa puede ofrecer apoyo*

-
-
- Llevarle a consulta.
 - Ayudarle a reducir el consumo de cocaína y evitar distintos desencadenantes ambientales del consumo.
 - Tomar parte en actividades placenteras como recompensa por la abstinencia y por las conductas de

- cambio.
 - Ofrecer apoyo y hablar con él cuando está experimentando urgencias o pensamientos acerca de la cocaína.
 - Seguir la adherencia del paciente a la medicación.
-

No es infrecuente que las personas significativas aprovechen las primeras sesiones para quejarse y expresar ira o sentimientos similares sobre el paciente. El terapeuta debe manejar con habilidad los comentarios del paciente, aprovechando algunos de ellos para realzar la motivación del mismo para los cambios (por ejemplo, "¿qué cambios te gustaría que hiciera Luis?"); otros los hay que neutralizar para que no se conviertan en críticas destructivas.

La familia también puede desempeñar un papel muy significativo al comienzo del tratamiento, si el paciente tiene dificultad para mantenerse abstinentemente ante la presencia de un síndrome de abstinencia. Es conveniente explicar al familiar cuáles van a ser las reacciones físicas y psicológicas más importantes del síndrome. El familiar debe acompañar al paciente a lo largo de todo el día para evitar que consuma o recaiga de forma anticipada, especialmente si su deseo de consumir cocaína aumenta de forma considerable.

K) El abordaje de los problemas maritales, legales y laborales

Como ya hemos indicado, el problema de dependencia de cocaína no siempre viene solo. Cuando hay presentes otros problemas se deben abordar al mismo tiempo, si son problemas maritales, y también simultáneamente cuando consiga la abstinencia si son de tipo legal o laboral, dependiendo de la situación de cada individuo. Cuanto mayores sean estos problemas, más atención habrá que prestarles en vista a que se pueda conseguir la abstinencia y no sea el consumo una excusa para solucionar estos otros problemas. En ocasiones el abordaje debe ir más allá, teniendo que acudir a los servicios sociales o buscarles distintas oportunidades para poder conseguir trabajo y mantener la abstinencia. Cuando el individuo tiene deudas hay que hacer un plan para que las pueda devolver y que siga trabajando o consiga trabajo. Son factores que hay que abordar con suma atención y pueden ser la causa de que el tratamiento no consiga un buen resultado o que lo abandone antes de finalizarlo. También es un elemento que puede relacionarse con la recaída.

4.3.7. Problemas más habituales

Los problemas más habituales con los que se puede encontrar el terapeuta son: la no

asunción de que la persona tiene un problema de dependencia de la cocaína; la falta de adherencia al tratamiento; el consumo de otras drogas, especialmente de alcohol, de modo abusivo; no finalizar el tratamiento, dejándolo al comienzo o en la mitad; la frecuente presencia de comorbilidad asociada; la recaída; otros problemas.

Estos problemas son en algunos casos semejantes a los que tienen otros adictos, como las personas dependientes de la heroína, y otros son más específicos. Quizás uno de los mayores problemas está en aquellas personas que no reconocen que tengan realmente un problema, que consideren que tienen control sobre su consumo, o que sólo en ocasiones pierden el control. En muchos casos éste es un aspecto básico del tratamiento. De ahí que algunas personas con dependencia de la cocaína abandonen el tratamiento sin finalizarlo o en los comienzos del mismo. Motivarlos a hacer el cambio y que se mantengan en tratamiento es un aspecto de gran importancia al principio.

Con frecuencia consumen también otras drogas, especialmente alcohol, de modo abusivo, lo que puede exigir una intervención paralela para que dejen de beber o beban de modo más moderado. También pueden consumir otras drogas ilegales ocasionalmente o con frecuencia (por ejemplo, hachís, heroína, drogas de síntesis, etc.).

La comorbilidad, como ya hemos apuntado más atrás, es un problema importante, especialmente en personas dependientes de la cocaína. Ésta puede manifestarse al acudir a tratamiento o al dejar de consumir cocaína. Si está presente es imprescindible un buen abordaje terapéutico para que superando sus trastornos no tenga recaídas posteriores o que no utilice la cocaína para solventar dichos problemas.

Aún con todo tipo de intervenciones de lo más efectivas, la recaída es un hecho frecuente. Debemos entrenarle en prevención de la recaída, que en el caso de la cocaína es un componente terapéutico de una gran relevancia. De ahí que los objetivos de la intervención hay que planificarlos tanto a corto, como a medio y a largo plazo. Como un ejemplo, para los pacientes que no lograron una abstinencia estable se les debería animar a continuar en tratamiento hasta lograr una abstinencia continua.

Junto a todos estos problemas pueden surgir muchos otros, dependiendo de la gravedad del trastorno, consecuencias en el pasado y en el presente del consumo (por ejemplo, a nivel familiar, legal, etc.), problemas físicos asociados, etc.

4.3.8. Exposición del caso: tratamiento y evolución del caso de dependencia de la cocaína

El tratamiento de Juan se orientó, por un parte, a que dejase de consumir cocaína y, por otra, a que superase sus otros trastornos asociados. Para la dependencia de la cocaína se le aplicó un tratamiento en la línea del comentado, utilizando fundamentalmente técnicas cognitivas. Estuvo de acuerdo en dejar de consumir cocaína y se le entrenó para que no recayese en el consumo con estrategias como afrontar los pensamientos relacionados con la cocaína, rechazar los ofrecimientos de cocaína de sus amigos, superar el "*craving*" en ciertas situaciones, solución de problemas,

autorreforzamiento por mantener la abstinencia, estrategias de prevención de la recaída y evitación de situaciones de alto riesgo.

Paralelamente al tratamiento de la dependencia de la cocaína, para que mantuviese la abstinencia, se le entrenó en distintas técnicas para solventar sus problemas asociados, como su dependencia de la cafeína (tenía insomnio), trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia. El tratamiento se realizó integrado para estos trastornos y para la dependencia de la cocaína. Para los trastornos asociados al consumo de cocaína se le aplicó fundamentalmente terapia cognitiva (reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, entrenamiento en solución de problemas), complementado con entrenamiento en relajación, exposición, planificación del tiempo y otras estrategias orientadas a que pudiese conseguir un funcionamiento normalizado (por ejemplo, ejercicio físico, asistir a clases para mejorar laboralmente, etc.).

El tratamiento duró seis meses. A lo largo del mismo se mantuvo sin consumir ante el miedo que tenía a los problemas físicos que le podría causar la cocaína. Se le entrenó en exposición a distintas situaciones y a indicios internos para comprobar que las sensaciones negativas que sentía le disminuían o desaparecían. Este fue un aspecto difícil porque le costó mucho aceptarlo y se avanzó de modo lento a lo largo del tratamiento. Por ejemplo, para sus sensaciones físicas relacionadas con su miedo a tener un infarto se le entrenó en una bicicleta estática a notar distintas sensaciones; luego incrementó la realización de ejercicio físico (caminar deprisa) para poder superar dichas sensaciones desagradables. No fue posible que volviese a jugar al fútbol como antes.

Fue de gran relevancia entrenarle en detección del pensamiento porque para él lo importante era desconectar, ya que si estaba pendiente de sus sensaciones corporales se sentía a morir. Si no se daba cuenta de ellas estaba bien. Sin embargo, de vez en cuando tenía *flashbacks*, que él interpretaba como sensaciones extrañas en las que se veía a sí mismo sin motivo y en las que estaba como si fuese a consumir cocaína o acabase de consumirla. Estas sensaciones le asustaban mucho y le ponían mal.

A lo largo del tratamiento dejó de consumir café, después de una paulatina reducción.

Conforme avanzó el tratamiento siguió con la chica con la que salía, pero las relaciones siempre fueron problemáticas, aduciendo como razón que no se encontraba bien, y tampoco quiso introducir a la misma en el tratamiento. También se apuntó a unas clases de informática para poder mejorar en su trabajo. Éstas le ayudaron a integrarse mejor y conocer nueva gente aunque hubo que darle instrucciones específicas para integrarse bien en ellas porque al principio le costaba mucho adaptarse. Hubo que entrenarlo en reorganizar el tiempo, dado que previamente se acostaba muy tarde y, consiguientemente, se levantaba muy tarde. Fue distanciándose poco a poco de sus anteriores amigos, por los horarios, y conociendo a algunas otras personas, pero manteniendo una relación superficial. Al finalizar el tratamiento, la relación con la chica con la que salía no acababa de consolidarse, aunque había mejorado de modo significativo, y estaba abstinentes del consumo de cocaína. Llevaba una vida normal pero los *flashback* le hacían sentirse mal.

En el seguimiento, un año más tarde seguía manteniendo los cambios, no consumía cocaína, había conseguido trabajo, pero éste no cubría totalmente sus expectativas. Las relaciones con la chica seguían igual, aunque ahora había superado las conductas de escape que tenía antes del tratamiento y su miedo a que le pasase algo a nivel físico había disminuido significativamente.

4.4. Dependencia de las drogas de síntesis o de diseño

4.4.1. Objetivos

Es muy poco lo que conocemos sobre el abandono de las drogas de síntesis o de diseño. La mayoría de la investigación que se ha hecho se ha centrado en el estudio de los efectos del éxtasis. Los datos son poco fiables y la etiología no se conoce con precisión. El consumo de esta sustancia es un fenómeno relativamente frecuente en la adolescencia junto con el consumo de alcohol y del cannabis. Las drogas de diseño gozan de una elevada popularidad entre los adolescentes porque son relativamente baratas, fáciles de conseguir, tienen fama de no crear dependencia y la mayoría son estimulantes. Su uso problemático para nada se parece al de otras drogas. La población que las usa está normalizada, sin connotaciones de marginalidad o exclusión social. El contexto de uso reviste otras características muy diferentes, por ejemplo, al de la heroína. Sus riesgos nada tienen que ver con ellas. Sin embargo, numerosos jóvenes tienen un consumo regular e incluso compulsivo, especialmente en ambientes recreativos. Una complicación adicional es que los jóvenes no acuden a consulta para dejar de consumir éxtasis. Teniendo en cuenta esto y que estas sustancias producen efectos secundarios, se desconocen sus efectos a largo plazo, y que incluso una sobredosis puede producir la muerte, en aquellos que consumen es muy importante educarles para que hagan un consumo más seguro. A este tipo de abordaje se le conoce como reducción de daños. El concepto de reducción de daños se refiere a un amplio rango de actividades cuyo objetivo es reducir las consecuencias adversas para la salud. Se orienta a enseñar a los usuarios de drogas de diseño cómo consumirlas de modo más seguro.

En la mayoría de los casos serán los padres de estos jóvenes los que demandarán ayuda. En este caso, uno de los primeros objetivos del clínico será desdramatizar la situación de sospecha o conocimiento del consumo. Igualmente, reducir los niveles de preocupación que presentan los familiares, enmarcando el problema de una manera realista mediante la información adecuada sobre la sustancia, su consumo y sus efectos.

Por último, dos de cada tres jóvenes no pasan del uso experimental u ocasional de las drogas de síntesis. El resto tendrá usos regulares con finalidades concretas, por ejemplo, el caso del joven que sale el fin de semana y no es capaz de divertirse si no lo hace con pastillas. Son usuarios en los que las pastillas juegan un papel central en la manera de divertirse. Algunos de ellos (menos del 15%) llegarán a tener períodos de uso muy intensos y en algunos casos descontrolado. En este último caso sería aconsejable

alguna modalidad de tratamiento o, al menos, de consejo. Para el tratamiento se recomienda, plantear los mismos objetivos que ya expusimos anteriormente para la dependencia de la cocaína (ver cuadros 4.19 y 4.22).

4.4.2. Consideraciones sobre las intervenciones farmacológicas

Actualmente no hay tratamientos farmacológicos específicos para la dependencia de las drogas de síntesis. Se están sometiendo a prueba tratamientos farmacológicos similares a los utilizados en la dependencia de la cocaína. La medicación antidepresiva es útil para combatir los síntomas depresivos que experimentan frecuentemente los usuarios de estas drogas que han conseguido la abstinencia recientemente. Cuando se produce una sobredosis por drogas de síntesis, es frecuente que se produzca hipertemia y convulsiones, síntomas que si no son abordados correctamente podrían producir la muerte del paciente. Se recomienda aplicar agua templada, aireación y la administración de anticonvulsionantes. Durante un episodio de intoxicación meta-anfetamínica se recomienda observar al paciente, que debe estar en un lugar seguro y tranquilo. Los casos de extrema agitación o pánico responden bien a las benzodiazepinas. Para los casos de psicosis inducida por el consumo de drogas de síntesis son útiles el uso de neurolépticos tradicionales como el haloperidol.

4.4.3. Revisión crítica de los programas de intervención

Aunque todavía no se ha demostrado que el éxtasis y sustancias similares produzcan dependencia fisiológica, algunos individuos utilizan la droga compulsivamente. El *National Institute on Drug Abuse* señala que los tratamientos más eficaces para los adictos a estas sustancias son los cognitivo-conductuales. Éstos se basan en los principios del aprendizaje. Como ya hemos visto en el caso de la cocaína, están diseñados para ayudar a modificar los pensamientos, las expectativas y las conductas de los pacientes e incrementar sus habilidades de afrontamiento ante los acontecimientos estresantes de la vida. Los componentes del tratamiento pueden incluir autorregistros, entrenamiento en habilidades sociales (por ejemplo, resolver problemas o entrenarlos en asertividad), regulación del estado de ánimo (por ejemplo, entrenamiento en relajación, manejo de la ira o modificación de sus distorsiones cognitivas) y prevención de la recaída. El modelado, el ensayo conductual y las tareas para casa son otras de las técnicas que se utilizan en este tipo de tratamientos.

La intervención mejor evaluada es la del *modelo de matriz* (Rawson *et al.*, 1995). Esta intervención fue desarrollada durante la década de los años ochenta para tratar de forma ambulatoria a personas que tuviesen problemas con drogas estimulantes, aunque posteriormente se adaptó para el tratamiento de otro tipo de adicciones (por ejemplo, marihuana y alcohol). A lo largo del tratamiento se centra en aspectos como: dejar de consumir la drogas; retenerle en el tratamiento; enseñarle las cuestiones más importantes

relacionadas con la adicción y la recaída; recibir instrucciones y apoyo del terapeuta; dar información a los miembros de la familia afectados; familiarizarle con los programas de autoayuda; y realizar controles mediante urinoanálisis. Este modelo ha mostrado ser útil tanto para las personas con dependencia de la cocaína como de las drogas de síntesis.

4.4.4. Pautas para la reducción del riesgo de consumo

Como se ha indicado anteriormente, la mayoría de los consumidores de drogas de diseño no estarán dispuestos a dejar de consumirlas. En este caso es aconsejable darles una serie de consejos para minimizar el riesgo de su consumo (**recuadro 4.6**). Es obvio que el riesgo principal comienza por no saber nunca qué es lo que están tomando y cuál será su efecto real. De esa manera los principales problemas suelen surgir por un abuso no previsto en la cantidad consumida o por combinaciones de pastillas que resultan dañinas. Por ello, si las usan, deberían aprender a pedir unas y no otras, separando -si pueden- el *speed* y las anfetaminas del éxtasis y similares. Las primeras tienen un claro efecto de tolerancia y si se toman muchas y regularmente aparecerá una tendencia a aumentar la cantidad. Además, la resaca cuando se abandonan, o simplemente cuando terminan los efectos, suele ser borrascosa, tan depresiva como estimulante fue su abuso. Por el contrario, si estuvieran utilizando sólo éxtasis y algunos de sus similares, no aparecerían fenómenos de tolerancia y difícilmente se crearía una situación de dependencia. En condiciones normales un uso esporádico no tendría por que producir problemas, siempre que no contengan aditivos inadecuados o adulterantes nocivos, más por desconocimiento de su fabricación o utilización de medios rudimentarios o malas materias primas que por la sustancia química en sí.

Recuadro 4.6

Pautas para consumir drogas de síntesis de forma más segura

- Beber suficiente cantidad de líquidos sin alcohol, especialmente agua.
 - Descansar a ratos para no agotarse.
 - No mezclarlas con alcohol y otras drogas.
 - No consumirlas si padece del corazón, riñón, hígado o tiene problemas psicológicos.
 - No consumirlas si al día siguiente tiene que ir a trabajar.
 - No repetir el consumo, dado que aumentan los efectos tóxicos.
 - No conducir. Ir en autobús, tren, taxi o que le lleve alguien.
 - Acudir al médico al encontrarse mal o si se le corta la sudoración.
-

El contexto en el que se usan es más bien proclive a que aparezcan problemas. Todas esas sustancias tienen efectos sobre el organismo. Algunos de éstos son

especialmente importantes, como la regulación de la temperatura y la pérdida de líquidos. De aquí que tenga especial importancia aconsejarles la ventilación y beber líquidos, especialmente agua. Otros tienen que ver con el impacto del consumo de estas sustancias sobre el cerebro y cómo inciden sus efectos con algunas características individuales. Sean unas u otras, su uso intenso o en dosis descontroladas tiene efectos tóxicos bastante duraderos sobre el sistema nervioso (como los adolescentes dicen, "mata neuronas"). Si su abuso se mantiene, aparecerán trastornos psiquiátricos de importancia (paranoias) que pueden llegar a psicosis, a la despersonalización y a la pérdida de contacto con la realidad. Un conjunto de dificultades que, aún con tratamiento, tardarán tiempo en desaparecer.

4.4.5. Pautas para los padres

Con bastante frecuencia, los padres son los que van a pedir ayuda al clínico ante una posible sospecha de que sus hijos estén tomando drogas de síntesis o de otro tipo. Lo primero que tiene que hacer el clínico en la mayoría de los casos es quitarle importancia a la situación de un consumo que puede ser esporádico. De este modo se podrá abordar el tema con ellos de una forma más objetiva y realista. En el caso de que el hijo todavía no haya tomado este tipo de sustancias u otras, la pretensión básica de los padres debe ser la de ayudar a sus hijos a crecer y a madurar en un mundo en el que el consumo de este tipo de drogas está de moda. Hay que enseñarles que consumir drogas no es como una enfermedad tradicional en la que existen unas causas que se pueden controlar y un tratamiento efectivo para erradicarlas. Los padres pueden ayudar a sus hijos a través de unas pautas educativas que los formen sin necesidad de que tengan que utilizar el éxtasis, u otras drogas, para ser de una determinada forma (por ejemplo, divirtiéndose). La herramienta más útil que tiene un padre y una madre para prevenir el consumo de esta u otra sustancia adictiva es dotar a su hijo de las capacidades que le permitan elegir, decidir, aprender de los errores y afrontar las situaciones comprometidas. Si se le enseña al joven a resistir la presión de sus amigos para que se comporte de una manera determinada, en el futuro ello podrá servirle para cuando decida no tomar drogas de síntesis u otras sustancias, aunque todos sus compañeros lo hagan.

Los padres, por tanto, pueden no sólo ayudar a sus hijos a prevenir el consumo de drogas de síntesis, sino que el objetivo debe ser más amplio. Su finalidad es que su hijo desarrolle hábitos y actitudes saludables como medio de prevenir su consumo junto a fomentar valores que favorezcan la madurez personal, tales como la autoestima, las relaciones interpersonales, el espíritu crítico, la toma de decisiones y la resistencia a la presión de sus compañeros al consumo.

El consumo de drogas de síntesis también tiene que ver con el estilo de vida del adolescente. Darle alternativas para que ocupe su tiempo libre (por ejemplo, realizar deporte, tener aficiones) es una buena medida, que puede ayudar al joven a evitar que intente paliar el aburrimiento con la búsqueda de nuevas experiencias a partir del

consumo de drogas de síntesis u otras drogas.

Cuando la persona consume éxtasis lo primero que hay que hacer con los padres es darles información objetiva sobre la sustancia que consume su hijo y qué efectos produce en el organismo. Una vez informados, habría que enseñarles a abordar el problema con su hijo o hija. Para ello no es necesario que conozcan lo que consume su hijo sino por qué lo hace y desde cuándo. Los padres deben hablar con su hijo, preferentemente ambos padres, mostrando preocupación, evitando que la conversación sea invasiva o incriminatoria, intentando recoger información sobre su estilo de vida, sobre cómo se siente, qué relaciones tiene, en qué ambientes se mueve y qué espera conseguir con la droga. Hay que indicarle a los padres que tienen que pedirle disculpas si han estado alejados de él, le han prestado poca atención o se han despreocupado de cómo estaba, de sus estudios, amigos, de sus inquietudes, de falta de diálogo, etc. En ocasiones puede ser necesaria una intervención familiar o de pareja más amplia.

Cuadro 4.37. *Consejos para los padres cuando sus hijos han probado o consumen con regularidad drogas de síntesis*

-
-
1. Informarles de qué tipo de sustancia se trata y qué efectos produce en el organismo.
 2. Que se informen de por qué su hijo consume estas sustancias y desde cuándo.
 3. Que hablen con su hijo, sobre su estilo de vida, sus expectativas, sobre cómo se siente, qué relaciones tiene, etc. Deben hacerlo de forma cálida, franca, evitando acusarle o culpabilizarle.
 4. Indicarles que utilicen el problema de consumo como un hecho positivo, que les puede permitir un acercamiento a la vida, inquietudes, problemas y preocupaciones de su hijo.
 5. Que muestren interés por su hijo y su vida, no sólo por el hecho de que haya consumido o consuma drogas.
 6. Que le informen sobre el peligro de tomar drogas de síntesis.
 7. Que analicen con su hijo los problemas que pueda tener a nivel personal, interpersonal, laboral, etc.
 8. Que le transmitan claramente que los problemas que tiene pueden resolverse y que ellos estarán a su lado para ayudarle.
-

Los padres deben mostrar interés por su hijo y por su vida, no sólo por el hecho de que haya podido consumir éxtasis u otra clase de drogas. Este hecho debe ser aprovechado por los padres para acercarse más a su hijo, a sus inquietudes, problemas y preocupaciones. Los padres también deben abordar con su hijo el peligro de consumir este tipo de sustancias u otras. La información tiene que ir encauzada a generar creencias, actitudes y expectativas que, finalmente, lleven a un posicionamiento concreto con respecto al consumo de este tipo de sustancias, o de otras, si es el caso. La información sobre las consecuencias nocivas de las drogas de síntesis tiene que estar centrada sobre aspectos que tengan que ver con las sensaciones y vivencias actuales (por ejemplo, toxicidad, agresividad, etc.). Al joven poco le interesa que dentro de varios años

pueda tener problemas por consumir estas drogas. La idea de salud del joven tiene que ver con las molestias del momento, no con las enfermedades hipotéticas del futuro.

4.4.6. Programa de intervención

La realidad en nuestro medio es que son muy escasos los consumidores de éxtasis que acuden a tratamiento. Como se ha comentado, hay muchas razones para ello. Por lo general, son adolescentes, la utilización del éxtasis es para propósitos recreativos, tienen propiedades estimulantes, los consumidores de esta clase de drogas las perciben como benignas, que facilitan la comunicación, etc. Se trata de una droga de la sociabilidad, tomada cuando se está en grupo, cuando uno quiere divertirse, casi siempre entre amigos, etc. Es la droga de la compañía. De ahí el nombre de "éxtasis".

Por otro lado, en nuestro medio no hay información sobre qué tipo de tratamiento sería el más adecuado, aunque, por ejemplo, el *National Institute on Drug Abuse* recomienda intervenciones similares a las que se llevan a cabo con las personas que tienen problemas con la cocaína, especialmente las cognitivo-conductuales. Teniendo en cuenta estos datos, cuando algún joven demande ayuda para dejar de consumir drogas de diseño, se recomienda plantear los mismos objetivos y utilizar las mismas técnicas de tratamiento que hemos descrito previamente para la dependencia de la cocaína. Esto es, se debe plantear el problema con las drogas de diseño como un proceso relativamente largo de recuperación, que se puede dividir en distintos momentos: 1) demanda del tratamiento; 2) valoración o evaluación; 3) dejar de consumir drogas de diseño y otras sustancias; 4) deshabitación; y 5) prevención de la recaída.

La primera respuesta a una demanda de tratamiento pretende: 1) reforzar la motivación del joven (y de su familia, si es el caso) para adentrarse en el proceso terapéutico; 2) aclarar y modificar algunas reacciones poco útiles para el proceso que se va a poner en marcha; 3) determinar qué es lo que ha movido al joven a buscar tratamiento; y 4) determinar los objetivos que espera conseguir con el mismo.

Reforzar la motivación del joven para seguir el tratamiento es el aspecto más importante. Sin él no hay tratamiento. Las estrategias de la entrevista motivacional tienen aquí su máxima relevancia. En la fase de valoración o evaluación se pretende, como señalamos anteriormente, establecer un diagnóstico y realizar un análisis funcional. Hay que recabar información médica (situación orgánica del sujeto), psicológica (antecedentes y consecuentes) y social (características del medio en el que se desenvuelve el adolescente). La información se recogerá antes del tratamiento y a lo largo de la línea base, a través de la entrevista clínica, cuestionarios, autorregistros, observación, etc. (ver capítulo 3). De este modo se conocerán las causas o determinantes ambientales del consumo de drogas, junto a todos aquellos otros factores personales y fisiológicos que se relacionan con el problema adictivo. Igualmente, si hay otros trastornos asociados al consumo, como elementos causales o antecedentes del mismo, o si bien la droga, como sustancia química y con claras propiedades adictivas, produce a su vez otra

sintomatología o problemas por dicho consumo. Entendemos que es relevante obtener información sobre la sustancia consumida, sus factores antecedentes y consecuentes, y otras consecuencias antecedentes o consecuentes claramente relacionadas con el consumo de la droga. También, como es hoy ampliamente aceptado en el análisis funcional de la conducta, el objetivo del mismo nos debe llevar a conocer de modo preciso cuál o cuáles son los estímulos antecedentes, variables del organismo, conductas o respuestas en sus tres niveles (cognitivo, motórico y psicofisiológico) y los consecuentes de realizar la misma. Este conocimiento nos permite, con un criterio fiable y objetivo, poder diseñar la mejor estrategia de intervención para incidir directamente sobre la conducta problema y sus antecedentes y/o consecuentes.

En la primera fase del tratamiento es fundamental que la persona deje de consumir la sustancia o sustancias a las que es adicto. El clínico debe tener en mente que ésta es una condición necesaria, pero no suficiente, para la consecución del mantenimiento a largo plazo de la abstinencia.

En la segunda fase se abordan otras cuestiones fundamentales: la deshabitación psicológica y la modificación del estilo de vida. En la deshabitación psicológica, el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia y a lograr un cambio en el estilo de vida del joven, que haga innecesario el consumo excesivo de las drogas en distintas situaciones (diversión, aburrimiento, tensiones, miedo, etc.). La modificación del estilo de vida se inicia de forma simultánea al abandono del consumo de drogas de diseño u otras sustancias. Para ello se utilizan procedimientos de tratamiento conductual (por ejemplo, programación de actividades reforzantes) y cognitivo (por ejemplo, reestructuración cognitiva). La programación de actividades implica analizar el estilo de vida general del joven y buscar actividades alternativas, aficiones, intereses y nuevas amistades. Es necesario programar actividades para ocupar el tiempo que el joven invertía en consumir drogas. El aburrimiento y la apatía son las dos situaciones más críticas para el mantenimiento de la abstinencia. Las técnicas de reestructuración cognitiva se utilizan para modificar las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas que presente el joven y que puedan influir negativamente en el proceso de recuperación de la adicción.

En la tercera fase, el punto fundamental es abordar la prevención de la recaída. Los estudios realizados en esta área han permitido desarrollar estrategias específicas para reducir la recaída y proporcionar estrategias específicas de afrontamiento para fomentar la abstinencia continuada. Las estrategias más eficaces para la prevención de la recaída son conductuales o cognitivas, persiguiendo los siguientes objetivos: aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias globales y específicas de prevención de la recaída pueden agruparse en tres categorías fundamentales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y cambio en el estilo de vida. Los procedimientos de reestructuración cognitiva están dirigidos a proveer a los pacientes de cogniciones alternativas para manejar los impulsos y señales iniciales y reestructurar las reacciones que se produzcan en la primera caída. Las estrategias de cambio en el

estilo de vida están dirigidas a fortalecer la capacidad global de afrontamiento del paciente y a reducir la frecuencia e intensidad de los impulsos y los deseos irresistibles de la sustancia que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado. Entre las estrategias de intervención específicas más habituales están el autorregistro, la observación directa, las descripciones de recaídas pasadas o fantasías de recaída, el entrenamiento en relajación, los procedimientos de manejo del estrés y la matriz de decisión.

4.4.7. Exposición del caso: tratamiento y evolución de la persona consumidora de drogas de síntesis

José no asumía que tuviese un problema de consumo de drogas. Su consumo de drogas de síntesis lo consideraba normal, porque con ellas se divertía mejor. En cambio consideraba más problemáticas las borracheras que con relativa frecuencia venía teniendo en los últimos meses. Con todas las anteriores pegadas, estuvo dispuesto a acudir a tratamiento, para ver que ocurriría en el mismo. También es cierto que era bastante clara la presión de su madre para que acudiese a tratamiento, aunque él negaba que ello fuese así.

El objetivo de las primeras sesiones se orientó a establecer una buena relación terapéutica con él, incrementar la confianza, utilizar estrategias motivacionales para que se mantuviese en tratamiento, realizar autorregistros, informarle sobre las sustancias y sus efectos, cómo planificar su vida a corto y a medio plazo, etc. Sólo acudió a tres sesiones de tratamiento. Dejó de venir porque consideró que ya no tenía problemas justificándolo en que ya no se emborrachaba y en que apenas consumía cocaína y drogas de síntesis. A lo largo de las mismas se consiguió establecer una buena relación con él, dejó de emborracharse, redujo su consumo de cocaína y drogas de síntesis, pero sin abandonarlo totalmente.

Como ya hemos indicado, son pocas las personas que acuden a tratamiento por un problema con las drogas de síntesis. La planificación de las siguientes sesiones se iba a orientar al abandono de las drogas de síntesis, previo entrenamiento en un consumo menos peligroso, como ya se venía haciendo en las primeras sesiones, al abandono del consumo de cocaína y a entrenarle en beber de un modo controlado, no abusivo como venía haciendo los fines de semana.

En contactos posteriores, a lo largo del siguiente año, con él o su madre, se pudo observar que tenía menos problemas con el alcohol que antes, al menos en lo que se refería a borracheras, y que su consumo de drogas de síntesis había disminuido significativamente dado que las consumía de vez en cuando, en uno o dos fines de semana al mes. También había disminuido el consumo de cocaína, pero la consumía de vez en cuando, especialmente cuando salía de marcha toda la noche. Su situación a nivel de estudios y laboral seguía igual, como con su novia.

Un caso como éste u otros semejantes será importante para conocer su evolución a

más largo plazo, varios años después.

Cuadro resumen

- Los objetivos básicos del tratamiento de la dependencia de la heroína, cuando lo que se persigue es la abstinencia, son la desintoxicación, la deshabitación psicológica y la prevención de la recaída.
- La desintoxicación de la heroína y de otras sustancias puede ser ambulatoria u hospitalaria y, dentro de ésta, clásica (7-10 días), corta y ultracorta. En todas ellas se combinan distintos fármacos para mitigar la sintomatología del síndrome de abstinencia y atajan las complicaciones que puedan presentarse en él.
- En la fase de deshabitación psicológica se utilizan distintas técnicas de tratamiento cognitivas y conductuales de tipo individual (por ejemplo, la técnica de exposición, el entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva), familiar y grupal.
- En la prevención de recaídas se entrena al paciente en una serie de estrategias cognitivo-conductuales que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo, afrontar las crisis con éxito y mantenerse abstinentes a lo largo del tiempo.
- Los tratamientos para la dependencia de la cocaína que se están llevando a cabo actualmente son adaptaciones de intervenciones que se emplean en los tratamientos de la dependencia del alcohol y opiáceos.
- En los tratamientos clínicos de personas con problemas de abuso y dependencia de la cocaína se utilizan técnicas como las motivacionales, la autoobservación, los contratos de contingencias, cómo afrontar las urgencias, reestructuración cognitiva, etc.
- A los consumidores de drogas de síntesis se les debe enseñar a consumir de forma segura, si no quieren acudir a tratamiento (por ejemplo, reducir la frecuencia y dosis ingerida) o a conseguir la abstinencia. En este caso las técnicas utilizadas son las mismas que para las personas dependientes de la cocaína.

Preguntas de autoevaluación

1. En la utilización terapéutica con adictos a opiáceos la metadona se ingiere por vía:
- a) Pulmonar.
 - b) Oral.
 - c) Nasal.

- d)* Intravenosa.
- e)* Rectal.
2. La sustancia más utilizada en los programas de antagonistas opiáceos es:
- a)* La naloxona.
- b)* La naltrexona.
- c)* La codeína.
- d)* La metadona.
- e)* El Laam.
3. Uno de los principios generales de la entrevista motivacional es:
- a)* Proporcionar retroalimentación.
- b)* Escuchar reflexivamente.
- c)* Remover la resistencia.
- d)* Hacer preguntas abiertas.
- e)* Resumir periódicamente.
4. Una estrategia cognitivo-conductual incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída es:
- a)* El entrenamiento en solución de problemas.
- b)* El entrenamiento en reducción de ansiedad y estrés.
- c)* El entrenamiento en habilidades sociales.
- d)* El entrenamiento en inoculación de estrés.
- e)* El entrenamiento en exposición con prevención de respuesta.
5. A las decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que llevan a los pacientes a exponerse a situaciones de alto riesgo se les llama:
- a)* Decisiones aparentemente irrelevantes.
- b)* Racionalización del dilema.
- c)* Ambivalencia.
- d)* Anticipación de los efectos positivos.
- e)* Distorsiones del pensamiento.

Tratamiento (II). Guía para el paciente

5.1. Explicación resumida del problema

El consumo de drogas constituye hoy en día un importante problema por las consecuencias que acarrea tanto al individuo, en la esfera personal y familiar, como a nivel físico (enfermedades y muertes), social, laboral, sistema penal, servicios sanitarios, etc.

Aunque las drogas legales, tabaco y alcohol, son las que acarrearán el mayor número de problemas a los individuos en nuestra sociedad, tanto a nivel de morbi-mortalidad como de costes personales, sanitarios y sociales, este capítulo se centra únicamente en la heroína, cocaína y drogas de síntesis.

Cuando una persona consume una de las anteriores sustancias, en muchos casos, especialmente en el caso de la heroína y cocaína, puede darse un problema de dependencia. Cuando hay un problema de dependencia, la sustancia y su consumo acaparan toda la vida del individuo. Esto es, su vida se centra en conseguir la sustancia y ésta es lo más importante en la misma. Cuando no tiene la sustancia disponible, o la que tiene no llega a la cantidad que precisa, el síndrome de abstinencia de la sustancia, claramente desagradable y molesto, le lleva a conseguirla por el modo que sea, o el dinero para comprarla, tanto sea de tipo legal como ilegal. Poco a poco entra en una cadena que acarreará otros problemas que, conforme pase el tiempo, se harán más graves. Otras esferas como la familiar, afectiva, laboral, estudios, social, etc., se verán cada vez más afectadas. Cambiará de amigos y adoptará, en los casos más graves, un estilo de vida caracterizado por y para el consumo de la sustancia. Este último cuadro ocurre con frecuencia en la heroína, con menos frecuencia en la cocaína y escasamente en las drogas de síntesis. O, si ocurre en éstas, puede ser un hecho ocasional, que puede durar varios años, relacionados con la adolescencia o adultez temprana.

En los capítulos previos se describió detalladamente cada una de las sustancias de las que trata este libro, heroína, cocaína y drogas de síntesis, junto a cuadros explicativos para conocer más adecuadamente sus características. En éste capítulo se va a exponer cómo puede la persona ayudarse a sí misma. Si con su propio esfuerzo consigue superar o mejorar su problema de dependencia claramente su vida mejorará. Si no, es necesario que acuda en busca de ayuda profesional. En ambos casos, la búsqueda de ayuda profesional o acudir a un centro especializado de tratamiento siempre será una buena elección.

5.2. Objetivos y técnicas disponibles

Previamente se ha desarrollado un modelo de tratamiento que es aplicable para las conductas adictivas, como se puede ver en Becoña (1996), basado en la experiencia clínica y en los estudios de investigación que existen sobre las mismas. Este tratamiento en formato de autoayuda puede ser utilizado por aquella persona que tenga problemas con alguna de las adicciones a las sustancias que se expusieron en este libro; esto es, la heroína, la cocaína y las drogas de síntesis. Sin embargo, en algún caso, y si el problema reviste una importante gravedad, es conveniente que se consulte a un especialista para que le pueda ayudar más adecuadamente y seguir bien el caso.

Este tratamiento, que puede llevar a cabo la persona en una primera aproximación a su problema, se compone de diez fases (cuadro 5.1):

1. Conozca su problema.
2. El cambio es posible.
3. Todo problema tiene solución.
4. Busque apoyo a su alrededor.
5. Refuércese constantemente por los avances de su recuperación.
6. Afronte y venza el desánimo cuando aparezca.
7. Descubra conductas alternativas.
8. Si ocurre una caída puede remontarla.
9. Si lo precisa, acuda a un profesional o centro de drogodependencias.
10. Ser feliz es más sencillo de lo que parece.

Cuadro 5.1. *Elementos del tratamiento de autoayuda y características más importantes de cada uno de ellos*

<i>Pasos del tratamiento de entrenamiento</i>	<i>Características más importantes</i>
1. Conozca su problema.	Observe su propia conducta. Haga registros de su consumo. No dé nada por cierto; bájese sólo en lo que ve, en la evidencia.
2. El cambio es posible.	Las conductas no son siempre estáticas a lo largo del tiempo. El cambio es posible. El individuo puede cambiar por sí mismo; también otras circunstancias externas a él pueden hacerle cambiar.
3. Todo problema tiene solución.	Todos nos enfrentamos en nuestra vida a distintos problemas. Debemos saber cómo afrontar y solucionar todo tipo de problemas, desde los más fáciles hasta los más difíciles.

4. Busque apoyo a su alrededor.

Cuando no nos vemos capaces por nosotros mismos de dar una respuesta adecuada a un problema podemos acudir en busca de ayuda de los demás, especialmente de las personas más cercanas a nosotros o de personas que sabemos que nos pueden ayudar.

5. Refuézese constantemente por los avances de su recuperación.

Para poder continuar adecuadamente en la dirección que se ha marcado es importante obtener fuentes de gratificación (refuerzos) que le permitan disfrutar de otras cosas con las que pueda también obtener una gran satisfacción.

6. Afronte y venza el desánimo cuando aparezca.

En ocasiones aparecerá el desánimo. Hay que saber que esto puede ocurrir. Si aparece, hay que hacerle frente y saber que puede hacerlo con todo lo que lleva aprendido hasta ahora y con la meta que se ha propuesto.

7. Descubra conductas alternativas.

Conforme se va avanzando se van descubriendo nuevas conductas que hasta ahora le eran desconocidas. Buscar conductas alternativas al consumo facilita que éstas puedan competir con la conducta de consumo de la sustancia.

8. Si ocurre una caída puede remontarla.

A pesar de todo lo anterior en ocasiones puede ocurrir una caída o una recaída. Si ello ocurriese lo que tiene que hacer es poner en práctica estrategias de prevención de la recaída.

9. Si lo precisa acuda a un profesional, centro de drogodependencias u otros servicios de su comunidad.

Siempre que crea que lo precisa no dude en acudir a un profesional, centro de drogodependencias u otros servicios de su comunidad.

10. Ser feliz es más sencillo de lo que parece.

Ser nosotros mismos lo tenemos a nuestro alcance aquí mismo.

5.2.1. Conozca su conducta

Una persona para poder ayudarse a sí misma debe conocer adecuadamente su conducta, su conducta adictiva en este caso. Sin embargo, todo el mundo cree que se conoce muy bien a sí mismo y que no hay nadie que puede saber más que él. La realidad no es esa, ya que todos distorsionamos la información sobre nosotros mismos, y lo más evidente a veces se nos escapa.

El mejor modo de conocer la conducta es observándola, pero observándola objetivamente. La utilización de autorregistros resulta de gran utilidad. Como ya se ha descrito (capítulo 3), éstos consisten en unas hojas de registro para cubrir diariamente donde la persona indica aspectos relevantes sobre su conducta tales como la hora en que la realiza, en qué situación se encuentra, con quién, qué pensamientos tiene mientras realiza la misma, si le produce ansiedad, etc. Su estructura más sencilla o más compleja va a depender del problema, de la persona que lo va a cubrir y del objetivo que se pretenda con el mismo. En el [cuadro 5.2](#) se indican los aspectos más importantes que se deben evaluar en un autorregistro.

También seguir un listado de preguntas, o cumplimentar uno mismo una entrevista, como la expuesta más atrás en el capítulo 3 ([cuadro 3.2](#)), sirve para darse cuenta de ciertos comportamientos que creyéndolos normales puede que no lo sean tanto, o no lo sean en absoluto. De este modo podemos conocer un poco más la conducta que llevamos a cabo, si la hacemos en exceso, si es distinta a lo que hacen los demás, etc.

Por tanto, conocer la propia conducta es lo primero que una persona con problemas de dependencia debe hacer para luego pasar a los siguientes pasos. Una vez realizado el análisis conductual de su conducta (ver capítulo 3) ya conocerá importantes aspectos de la misma hasta ahora desconocidos. Pero no debe olvidarse que la evaluación no finaliza aquí; debe seguir a lo largo de todo el proceso hasta que deje de ser un problema para la persona.

5.2.2. El cambio es posible

Para que el cambio se produzca o para que se comience en la vía del cambio hay que saber que puede realmente darse. Estar motivado para el cambio es una cuestión primordial. Hoy se sabe, como ya se ha visto en el capítulo 3, que cada persona pasa por varias fases cuando el objetivo es romper con una adicción. Si cree que puede intentar cambiar bien vale la pena hacer el esfuerzo. Si la persona no tiene ningún interés en cambiar en los próximos seis meses (estadio de precontemplación), porque considera que no tiene ningún problema, debe analizar cómo le está influyendo el consumo de una o más sustancias en su comportamiento cotidiano, respecto a las personas más cercanas, al trabajo, a sus expectativas, a cómo se comportaba hace uno o dos años, etc. Aquí es necesario analizar las creencias inadecuadas y los pensamientos distorsionados sobre las conductas adictivas, como ya se ha expuesto más atrás (ver apartado 4.3.2F).

Si la persona cree que tiene que hacer un cambio (estadio de contemplación o de acción), tiene que marcarse pequeñas metas, más que metas importantes, difíciles de

conseguir o de saber si se pueden conseguir. También tienen que ser metas claras, objetivas y alcanzables, que se puedan realizar en plazos concretos (un día, una semana, dos semanas, etc.). Conforme consiga las primeras metas márquese las siguientes. Conseguir las primeras anima a proseguir.

Cuadro 5.2. *Hoja de autorregistro para el consumo de sustancias*

Si tiene dificultades no se desanime ante ellas. Pueden servirle para no bajar la guardia y para con más ahínco afrontar todas las situaciones difíciles que le produce su dependencia, ya que el abandono y el mantenimiento, en las primeras fases, es difícil. Conforme transcurra el tiempo, el control se incrementa y mejora la confianza en uno mismo. Por ello debe siempre pensar positivamente en cada nuevo paso que dé. Las dificultades, en esta fase, son el motivo para poner más empeño en superarlas.

5.2.3. Todo problema tiene solución

Los problemas o situaciones problemáticas son normales en nuestra vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria a la que tenemos que dar una solución, pero de la cual no disponemos en este momento. Al no encontrar solución a un problema surge, o se incrementa, el estrés y otros estados emocionales negativos. Y, si se actúa sin tener una solución adecuada, se hace de un modo que no se desea o de forma poco eficaz, o no se actúa al no encontrar solución.

Como ya se ha expuesto en el capítulo 4, el entrenamiento en solución de problemas consiste en un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases: orientación general hacia el problema; definición y formulación del problema; generación de soluciones alternativas; toma de decisiones; y puesta en práctica y verificación de la solución.

En el entrenamiento en solución de problemas para pasar de un paso a otro se tiene que superar previamente el anterior. Cuando en un paso no hay suficiente información puede que se haya infravalorado o saltado una fase previa, se esté en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no sea la adecuada. En este caso se recomienda volver a la fase o fases previas, para que una vez que haya sido realizada correctamente se pueda continuar con las siguientes.

Una vez que ha decidido la mejor solución para el problema tiene que pasar a ponerla en práctica y verificar si en la vida real es efectivamente la más adecuada. Cuando la comparación entre el resultado esperado de la solución y el observado coinciden entonces se ha encontrado una solución satisfactoria al mismo. Pero en algunos casos esto no es así. Cuando existen discrepancias suele ser debido a dificultades en el proceso de solución de problemas o en la ejecución de la solución. Si ocurre esto hay que volver a las fases previas del entrenamiento en solución de problemas y comprobar si se ha definido claramente el problema, se han generado todas las alternativas posibles, se ha elegido la solución adecuada y se ha puesto en práctica la misma.

El entrenamiento en solución de problemas que se ha visto hasta aquí permite conocer e identificar los problemas, analizarlos y encontrarles soluciones adecuadas que resulten satisfactorias.

5.2.4. Busque apoyo

El apoyo social es importante para todas las personas. Muchas personas con problemas de dependencia tienen su ambiente social, y especialmente el de las personas que le prestan apoyo, deteriorado. Por ello si tiene apoyo debe mantenerlo e incluso potenciarlo; en caso de que no lo posea debe buscar el modo de crear su propia red de apoyo social.

En ocasiones los distintos conflictos interpersonales pueden constituir la base para la aparición de la adicción. En tales casos puede ser adecuado entrenar a la persona en asertividad o en la adquisición de habilidades sociales.

El apoyo social, especialmente de los miembros de la familia y amigos, constituye un factor importante para el cambio de hábitos. En el [cuadro 5.3](#) se indican algunas estrategias que se podrían seguir para que los demás nos presten su ayuda.

No dude, por ello, en explicar a la gente que le rodea su problema y en que le presten ayuda para superarlo.

5.2.5. Refuércese constantemente

Un reforzador puede definirse como cualquier suceso, sea interno o externo, que siguiendo a una determinada conducta incrementa la probabilidad de que se vuelva a repetir. Un reforzador positivo también se denomina recompensa o premio. Se diferencia el reforzador positivo del negativo, también llamado estímulo aversivo, porque su retirada contingente incrementa la emisión de una respuesta. Los programas de reforzamiento consisten en la aplicación de reforzadores.

Cuadro 5.3. *Cómo ayudar a los demás a que le ayuden*

Puesto que las demás personas tienen una influencia considerable en una autoobservación eficaz, he aquí algunos consejos sobre cómo estimular a los amigos y conocidos a prestar el apoyo adecuado:

1. Pídales que tomen en serio sus esfuerzos; que no bromeen sobre ellos ni los critiquen.
 2. Dígales que no le den consejos sobre lo que ha de hacer para cambiar su comportamiento.
 3. Pídales que eviten controlar sus progresos o ponerlos a prueba.
 4. Pídales que reconozcan y alaben sus esfuerzos por cambiar.
 5. Anímelos a que ignoren sus recaídas temporales y a que nunca critiquen momentáneos "deslices" en su control.
 6. Explíqueles exactamente lo que deben decir o hacer para ayudarle.
 7. Recuérdeles que es usted quien debe tener la responsabilidad sobre su propia vida.
 8. Pídales una actitud positiva y de estímulo.
-

Los reforzadores pueden ser extrínsecos (premios, actividades, dinero, etc.) o

intrínsecos o internos (sentimiento de orgullo, aprobación del propio comportamiento, etc.).

Son múltiples los reforzadores que nos rodean y múltiples los que se pueden aplicar para incrementar la probabilidad de emisión de una conducta, en este caso mejorar de la dependencia haciendo conductas o actividades incompatibles. Hay tres tipos básicos de reforzadores: materiales, sociales y de actividad, los cuales deben utilizarse al principio. También hay que utilizar reforzadores internos, ya que al final serán éstos los que van a mantener en grado muy importante la conducta, especialmente con el sentimiento de bienestar y de incremento del autocontrol y autoconfianza.

En el [cuadro 5.4](#) se exponen algunas instrucciones útiles para aplicar adecuadamente el reforzamiento positivo.

Cuadro 5.4. Instrucciones útiles para aplicar adecuadamente el reforzamiento positivo

1. Identificar los reforzadores eficaces, objetos materiales, actividades y reforzadores sociales.
 2. Liberar los reforzadores de forma inmediata, y contingente con la aparición de la conducta, a fin de maximizar la fuerza de ésta.
 3. Usar diferentes reforzadores para minimizar la pérdida de potencia por la presentación repetida de un suceso o estímulo reforzante único.
 4. Los reforzadores deben ser compatibles con el programa global de intervención.
 5. Usar siempre que sea posible reforzadores generalizados, y señales de logro de rendimiento. Los reforzadores sociales, y aquellos que son naturales en el medio habitual del sujeto, han de ser prioritarios. Si en principio el reforzamiento social carece de fuerza se debe asociar a los reforzadores primarios hasta que adquiera valor reforzante.
 6. Asegurarse el control de las fuentes de reforzamiento, el que no existan contingencias competidoras. Si el sujeto tiene acceso a los reforzadores de forma no contingente a la conducta entonces el programa no funcionará. Igualmente si le refuerzan con su aprobación las conductas que se quieren eliminar
 7. Reforzar la conducta frecuentemente (de forma continua a ser posible) hasta que llega a una frecuencia óptima, luego pasar a un programa intermitente de forma gradual, haciendo que la tasa de reforzamiento programada sea cada vez más baja.
 8. No dar valor exclusivamente a los reforzadores extrínsecos, con el objeto de que los sujetos no atribuyan la causa de su conducta a la consecución de estos premios materiales y dejen de emitir las respuestas entrenadas una vez que las contingencias materiales no están presentes.
-

Por ello, la persona con una dependencia de drogas debe saber qué refuerzos va a utilizar para premiarse por los avances que vaya consiguiendo en el control de la adicción, aunque para la elección de estos refuerzos debe tener en cuenta que: *a)* sean asequibles, fáciles de utilizar y disponibles en su entorno; *b)* no sean otras conductas adictivas, ya que en tal caso se podría dar la paradoja de abandonar una conducta y potenciar otra conducta adictiva; *c)* se vayan pasando de externos (premios, objetos materiales) a internos (sentimientos de que se vence la adicción), para que se produzca el proceso de generalización. Además, si nos sentimos bien, lo más adecuado será que nos

lleguemos a sentir bien con nosotros mismos. ¿Hay algo mejor?

Algunos refuerzos sencillos que se pueden utilizar se indican en el [cuadro 5.5](#).

Cuadro 5.5. *Algunos reforzadores sencillos, de fácil disposición y aplicación*

- *Materiales:*
 - Comprar una prenda de ropa.
 - Comprar un libro o una revista para leer.
 - Oír música o la radio.
 - Comer la comida favorita.
 - Ver la televisión.
 - Llevar ropa limpia.
 - Dormir unas horas de más.

 - *Sociales:*
 - Hablar con la familia o amigos.
 - Acudir a un acontecimiento deportivo.
 - Estar con los amigos.
 - Ir a bailar a la discoteca.
 - Invitar amigos a casa.
 - Viajar con un grupo.
 - Volver a ver a viejos amigos.

 - *Actividad:*
 - Ir al campo.
 - Ir a la playa.
 - Hacer manualidades.
 - Respirar aire puro.
 - Hacer crucigramas.
 - Pasear.
-

5.2.6. Afronte y venza el desánimo

Los problemas de dependencia a sustancias psicoactivas son difíciles de vencer. Se adquieren y mantienen durante un largo período de tiempo y, cuando la persona se da cuenta de que los padece, le parece como si hubiese estado en un largo letargo del que no era consciente ya que ahora están bien asentadas en su vida cotidiana. Por ello, aunque su abandono es posible, hay que ir superando varios obstáculos que suelen presentarse a lo largo de este camino.

En el proceso de recuperación no es infrecuente, por tanto, que surja el desánimo, al

aparecer obstáculos en el camino, así como problemas de ansiedad y depresión. Emociones como la angustia, el aburrimiento, la soledad, la depresión, la tensión, la ansiedad, juegan un destacado papel como antecedentes de las conductas adictivas. El estrés y la depresión, junto a la angustia, son males de nuestro tiempo. Por ello es tan importante el conocimiento y control de los mismos. Si aparece algún obstáculo, especialmente de tipo emocional, la persona tiene que tener en mente que la meta que tiene que conseguir es: controlar su conducta adictiva, romper con ella y superarla para siempre.

Cuando surgen problemas de ansiedad, bien por el desánimo, bien por el propio proceso de recuperación de la conducta problema, es aconsejable realizar ejercicios de respiración y de relajación o técnicas de distracción. Esto ayudará a encontrarse mejor y, al mismo tiempo, a reducir la ansiedad. Con la práctica, a eliminarla totalmente.

Si tiene pensamientos depresivos debe hacer un programa de actividades que le lleven a estar ocupado y, de este modo, poder afrontar mejor su problema y manejarlo adecuadamente. La lista de actividades reforzantes que se ha visto con anterioridad sirve aquí para superar estos sentimientos depresivos.

Igualmente es útil en esta etapa darse a sí mismo autoinstrucciones para superar los temores y los pensamientos negativos y distorsionados que vayan apareciendo. La recuperación es un proceso a lo largo de varias fases. Cada dificultad no debe verse en sentido negativo, sino al contrario; es un modo de apreciar que ciertas áreas hay que trabajarlas más, o que se debe prestar más atención a ciertos aspectos de la recuperación.

5.2.7. Descubra conductas alternativas

En el proceso de recuperación cobra gran importancia descubrir nuevas conductas, sustituir las viejas por otras nuevas, o cambiar unas por otras. Descubrir viejas aficiones o encontrar otras nuevas, así como *hobbies*, deportes, ejercicio físico, etc., tiene aquí un lugar importante.

Pero lo más importante no es buscar lo esotérico o lo desconocido. Hay que centrarse en el aquí y en el ahora; esto es, en lo cotidiano. En lo cotidiano, en el mundo circundante, podemos descubrir muchas cosas. Observe detenidamente su alrededor, las personas que están en él y cada pequeño detalle que crea insignificante. Podrá descubrir, redescubrir más bien, nuevas cosas que hasta ahora no era capaz de apreciar. Diversificando sus actividades, no centrándose en una sola, podrá comprobar lo que se le acaba de decir.

La familia, los amigos y el trabajo pueden ser de gran ayuda en descubrir cosas nuevas. Contando con su apoyo ello será posible. Si el apoyo lo ha perdido como consecuencia de su problema tiene la importante tarea de ganarlo, lentamente, sin prisas pero sin pausas. Esta, como otras tareas alternativas, le harán descubrir cosas nuevas y darse cuenta de que su dependencia le llevaba por mal camino y que había abandonado lo más importante para usted y para sentirse mejor consigo mismo.

5.2.8. Si ocurre una caída o recaída puede remontarla

En el proceso de recuperación de las conductas adictivas no es infrecuente que se produzcan caídas, e igualmente recaídas.

Actualmente se diferencia la caída de la recaída. La caída es la ocurrencia de la conducta problema una sola vez en el tiempo sin que se vuelva a repetir. Esto es, la persona vuelve a consumir y al darse cuenta de ello pone todos los mecanismos en marcha para no continuar haciéndolo. En caso de que no haga frente a esta situación de forma activa volverá a su consumo anterior. En este caso se habla de recaída. Pero para que se de la recaída tiene que darse antes la caída, que también se puede denominar "desliz". Por ello hay que centrarse en la caída, si ocurre, para no llegar a la recaída. Remontar la caída es mucho más fácil que enfrentarse a una recaída.

Las caídas y recaídas suelen darse asociadas a estados emocionales negativos, como la ansiedad y depresión, a situaciones de estrés, ante el dolor, la presión social al consumo o a realizar la conducta y a la pérdida del control personal.

Si le ocurre una caída o recaída lo que debe hacer es:

1. Deténgase, obsérvese y escúchese.
2. Tranquilícese; no dé rienda suelta a sus pensamientos y sentimientos negativos por este incidente.
3. Renueve su compromiso de abandono de su dependencia.
4. Revise la situación que le ha llevado al consumo.
5. Haga un plan para recuperarse inmediatamente.
6. Pida ayuda, si ve que la precisa. Si cree que no puede superar por sí mismo su problema, otros podrán ayudarle eficazmente.

5.2.9. Si lo precisa, acuda a un profesional, a un centro de drogodependencias u otros servicios de su comunidad

Cuando una persona ve que por sí misma no puede superar su problema, entonces debe buscar ayuda en un profesional, en un centro de drogodependencias o en otros servicios que existan en su comunidad. Sin embargo, aun acudiendo a ellos, ya habrá ganado mucho en el proceso de recuperación si con anterioridad ha intentado por sí mismo abandonar el consumo de la sustancia o sustancias. Como hoy se sabe por los estadios de cambio, por la motivación al cambio y por los intentos que llevan a cabo las personas para abandonar el consumo, un intento actual favorece, si se fracasa, el intento posterior o el acudir a un profesional para dejar a un lado el consumo.

5.2.10. Ser feliz es más sencillo de lo que parece

Consumir drogas es reforzante cuando la persona tiene dependencia de las mismas.

Por contra, dicho consumo suele acarrearle paralelamente graves consecuencias en todos los aspectos, por lo que ese momento agradable acarrea muchos más momentos desagradables. Al final, el consumo produce un "enganche" importante, y lleva a la persona a no aceptarse a sí misma, a infravalorarse y, en suma, a ser infeliz.

Ser feliz, entendido en este sentido, o más feliz que antes, se consigue siendo la persona lo que quiera ser, pero no dependiendo de una sustancia. En tal caso no es libre; es dependiente. Ser uno mismo, poder elegir, implica controlar a la sustancia y no al revés, que la sustancia le tenga controlado.

Cuando una persona tiene control personal, cuando siente que lo que hace lo hace porque quiere hacerlo y lo hace cuando quiere, entonces tiene un sentido de libertad que implica sentirse bien consigo mismo y feliz. Ello se aprecia en estar más contento, dar importancia a las cosas sencillas, redescubrir el mundo de su entorno y, en suma, aceptarse mejor a sí mismo. Este es el camino de ser más feliz. Ser feliz es más sencillo de lo que parece y el conseguirlo está dentro de nosotros mismos, no fuera, ni en los productos químicos ni en las conductas adictivas. Nuestro organismo nos permite gratificarnos y ser nosotros los que guemos esa gratificación y no que nos venga impuesta de fuera y que no la podamos controlar.

Cuadro resumen

- Una persona para poder ayudarse a sí misma debe conocer adecuadamente su conducta. El mejor modo de conocerla es observándola a través de autorregistros.
- El cambio es posible. Una persona antes de dejar su adicción tiene que pasar por una serie de fases. Deben programarse pequeñas metas que sean claras, objetivas y que puedan realizarse en plazos concretos.
- Los problemas o situaciones problemáticas ocurren con frecuencia en la vida de las personas. Hay algunas técnicas, como por ejemplo el entrenamiento en solución de problemas, que pueden ayudar a las personas a afrontar de una forma más eficaz sus problemas. Se entrena al sujeto en reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema.
- El apoyo social, especialmente de los miembros de la familia y amigos, es un factor clave en el cambio de una conducta.
- Para superar una adicción es necesario que la persona se refuerce constantemente, especialmente a través de su implicación en actividades incompatibles reforzantes.
- En el proceso de recuperación puede surgir el desánimo como consecuencia de la aparición de diversos obstáculos que dificultan la superación de la adicción, así como de problemas de ansiedad y depresión. La relajación, la distracción, la

autoaplicación de autoinstrucciones, etc., pueden ser de gran ayuda para afrontar estos estados de ánimo negativos.

- En el proceso de recuperación es muy importante implicarse en nuevas actividades alternativas que hagan sentirse mejor a uno mismo.
- En el proceso de recuperación de una adicción no es infrecuente que se produzcan caídas o recaídas, pero si se afrontan activamente se pueden superar.

Preguntas de autoevaluación

1. Los autorregistros se utilizan para:
 - a) Incrementar la motivación.
 - b) Disminuir la motivación.
 - c) Incrementar la conducta problema.
 - d) Disminuir la conducta problema.
 - e) Observar la conducta problema.

2. Una de las estrategias que se puede seguir para que los demás nos presten ayuda es:
 - a) Pedirles que controlen los progresos de uno.
 - b) Pedirles que pongan a uno a prueba.
 - c) Pedirles que reconozcan y alaben los esfuerzos que uno hace por cambiar.
 - d) Pedirles que critiquen los "deslices" que tenga uno en el proceso de dejar la sustancia.
 - e) Pedirles que le den consejos a uno sobre cómo cambiar.

3. El procedimiento que promueve el incremento de la conducta mediante el retiro contingente de una situación aversiva se denomina:
 - a) Reforzamiento positivo.
 - b) Castigo positivo.
 - c) Reforzamiento negativo.
 - d) Coste de respuesta.
 - e) Extinción.

4. A los reforzadores que hacen referencia a actividades que resultan placenteras para el sujeto y que al seguir de manera contingente a una conducta aumentan su probabilidad se les conoce por:
 - a) Reforzadores materiales o tangibles.
 - b) Reforzadores de actividad.
 - c) Reforzadores sociales.

- d)* Reforzadores extrínsecos.
 - e)* Reforzadores naturales.
5. Al fenómeno de la ocurrencia de un nuevo consumo de sustancias en un momento puntual del tiempo una vez que ya se había superado la adicción se le conoce por:
- a)* Recaída.
 - b)* Caída.
 - c)* Flashback
 - d)* Instauración de la dependencia.
 - e)* Sustitución de síntomas.

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (Coord.) (1996). *Drogodependencias. III Drogas ilegales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Goldstein, A. (1995). *Adicción*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós (original 1991).
- Mothner, I. y Weitz, A. (1986). *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Martínez-Roca
- Rice-Licare, J. y Delaney-McLoughlin, K. (1996). *Cocaína. Soluciones*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Bibliografía

- Beck, A. T., Wright, F. O., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós (original 1993).
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Rodríguez, A. y Salazar, I. (Coord.) (1999). *Drogodependencias. V Avances 1999*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Bobes, J., Lorenzo, P. y Sáiz, P. (1998). *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. Barcelona: Masson.
- Cadafalch, J. y Casas, M. (Coord.) (1993). *El paciente heroínómano en el hospital general*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Galanter, M. y Kleber, D. (1999). *Textbook of substance abuse treatment (2.^a ed.)*. Washington, DC: The American Psychiatric Press.
- Graña, J. L. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Higgins, S. T. y Silverman, K. (Eds.) (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers*. Washington, DC: American Psychological Association.

- 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 VandenBos, G. R. (Eds.) (1997). *Addictive behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McCrary, B. S. y Epstein, E. E. (Eds.) (1999). *Addictions. A comprehensive guidebook*. Nueva York: Oxford University Press.
- Miller, N. S. (1997). *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia, PA: W.W. Saunders Company.
- Miller, W. R. y Heather, N. (Eds.) (1998). *Treating addictive behaviors* (2.^a ed.). Nueva York: Plenum.
- Onken, L. S., Blaine, J. D. y Boren, J. J. (Eds.) (1993). *Behavioral treatment for drug abuse and dependence*. Rockville, MD: NIDA.
- Ott, P. J., Tarter, R. E. y Ammerman, R. T. (Eds.) (1999). *Sourcebook of substance abuse. Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (2.^a ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Platt, J. J. (1997). *Cocaine addiction. Theory, research, and treatment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse* (5.^a ed.). Nueva York: Plenum.
- Senay, E. (1998). *Substance abuse disorders in clinical practice* (2.^a ed.). Nueva York: W.W. Norton & Company.

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 5

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Pregunta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pregunta:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice

Portada	2
Créditos	6
Índice	8
Presentación	12
Capítulo I. Introducción	14
1.1. El concepto de droga y drogodependencia	15
1.2. Prevalencia del consumo de drogas	16
1.3. El problema del consumo de drogas	18
1.3.1. Heroína	19
1.3.2. Cocaína	21
1.3.3. Drogas de síntesis	23
1.4. Uso, abuso y dependencia de drogas	24
1.5. Intoxicación, síndrome de abstinencia y otros conceptos relevantes en drogodependencias	27
1.6. Problemas y patologías asociadas al consumo de drogas	29
1.7. Tipos de abordajes en drogodependencias	30
Cuadro resumen	31
Exposición de tres casos clínicos	32
Preguntas de autoevaluación	34
Capítulo 2. Etiología	36
2.1. Fase previa o de predisposición	39
2.1.1. Predisposición sociocultural	39
2.1.2. Predisposición biológica	40
2.1.3. Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia	41
2.2. Fase de conocimiento	42
2.2.1. Ambiente, aprendizaje, socialización y expectativas	43
2.3. Fase de experimentación e inicio al consumo	47
2.3.1. Factores de riesgo y de protección	47
2.3.2. Disponibilidad de la sustancia	47
2.3.3. Accesibilidad y precio de la sustancia	49
2.3.4. Tipo de sustancia y percepción del riesgo de la misma	50

2.3.5. Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones	50
2.3.6. El estado emocional	51
2.3.7. Habilidades de atontamiento	51
2.3.8. Prueba/no prueba de las sustancias disponibles	51
2.4. Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia	52
2.5. Fase de abandono o mantenimiento	52
2.6. Fase de recaída	53
Cuadro resumen	53
Preguntas de autoevaluación	54
Capítulo 3. Evaluación	56
3.1. Aspectos clave	57
3.2. Instrumentos de evaluación	58
3.2.1. Entrevistas	58
3.2.2. Cuestionarios	64
3.2.3. Autorregistros	69
3.2.4. Pruebas psicofisiológicas	70
3.2.5. Otras pruebas	70
3.3. Diagnóstico y diagnóstico diferencial	72
3.3.1. Heroína	72
3.3.2. Cocaína	74
3.3.3. Drogas de síntesis	77
3.4. Formulación del trastorno	79
Cuadro resumen	82
Exposición de la formulación clínica de los tres casos	83
Preguntas de autoevaluación	85
Capítulo 4. Tratamiento (I). Guía para el terapeuta	87
4.1. Objetivos del tratamiento de la dependencia a una droga	88
4.2. Dependencia de la heroína	90
4.2.1. Tipos de abordajes terapéuticos	90
4.2.2. Objetivos	103
4.2.3. Técnicas para los distintos objetivos del tratamiento de la dependencia de opiáceos	106
4.2.4. Revisión crítica de los programas de intervención	124
4.2.5. Problemas más habituales	125
4.2.6. Exposición del caso: tratamiento y evolución del caso de dependencia	

de la heroína	
4.3. Dependencia de la cocaína	127
4.3.1. Objetivos	127
4.3.2. Técnicas de tratamiento más habituales	130
4.3.3. Consideraciones sobre el tratamiento farmacológico	135
4.3.4. Revisión crítica de los programas de intervención	135
4.3.5. Eficacia de los distintos tratamientos	138
4.3.6. Programa de intervención: objetivos y técnicas para el tratamiento de la dependencia de la cocaína	139
4.3.7. Problemas más habituales	157
4.3.8. Exposición del caso: tratamiento y evolución del caso de dependencia de la cocaína	158
4.4. Dependencia de las drogas de síntesis o de diseño	160
4.4.1. Objetivos	160
4.4.2. Consideraciones sobre las intervenciones farmacológicas	161
4.4.3. Revisión crítica de los programas de intervención	161
4.4.4. Pautas para la reducción del riesgo de consumo	162
4.4.5. Pautas para los padres	163
4.4.6. Programa de intervención	165
4.4.7. Exposición del caso: tratamiento y evolución de la persona consumidora de drogas de síntesis	167
Cuadro resumen	168
Preguntas de autoevaluación	168
Capítulo 5. Tratamiento (II). Guía para el paciente	170
5.1. Explicación resumida del problema	171
5.2. Objetivos y técnicas disponibles	171
5.2.1. Conozca su conducta	173
5.2.2. El cambio es posible	174
5.2.3. Todo problema tiene solución	177
5.2.4. Busque apoyo	178
5.2.5. Refuércese constantemente	178
5.2.6. Afronte y venza el desánimo	180
5.2.7. Descubra conductas alternativas	181
5.2.8. Si ocurre una caída o recaída puede remontarla	182
5.2.9. Si lo precisa, acuda a un profesional, a un centro de drogodependencias u otros servicios de su comunidad	182

drogodependencias u otros servicios de su comunidad	
5.2.10. Ser feliz es más sencillo de lo que parece	182
Cuadro resumen	183
Preguntas de autoevaluación	184
Lecturas recomendadas y bibliografía	186
Clave de respuestas	188